



www.elsevier.es/mgyf



Clínica cotidiana

Dolor torácico en el centro de salud: ¿seguimos las nuevas guías?

Carlos Palacios Román* y Ángel Lara Font

Centro de Salud Las Delicias, Jerez de la Frontera, Cádiz, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 13 de agosto de 2014

Aceptado el 19 de enero de 2015

On-line el 19 de octubre de 2015

Palabras clave:

Dolor torácico

Incidente cardiovascular

Dislipidemia

Guías de práctica clínica

Factores de riesgo cardiovascular

Keywords:

Chest pain

Cardiovascular incident

Dyslipidaemia

Clinical practice guidelines

Cardiovascular risk factors

R E S U M E N

El dolor torácico tiene una enorme variedad de causas, algunas de las cuales requieren mayor urgencia en su abordaje que otras. Uno de los orígenes a tener muy en cuenta en atención primaria es la cardiopatía isquémica, ya que presenta una alta morbilidad prehospitalaria.

Presentamos el caso de un paciente que acude a su centro de salud por malestar general con decaimiento y artromialgias en ambos brazos.

Realizamos un ECG en el que se aprecia fibrilación auricular rápida y elevación del ST en la cara inferior. Tras comprobar que el resto de constantes vitales se encuentran dentro de la normalidad, se deriva al paciente al servicio de urgencias del hospital de referencia.

Allí ingresa directamente en la UCI. Tras realizarle un cateterismo, es diagnosticado de infarto agudo de miocardio con clasificación funcional de Killip grado 1 y enfermedad de 2 vasos (coronaria derecha y arteria bisectriz).

© 2015 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Chest pain in the health centre: Do we follow the new guidelines?

A B S T R A C T

Chest pain can be due to a wide variety of causes, some of which require greater urgency in their approach than others. One of the origins to take very much into account in Primary Care is ischaemic heart disease, since it has a high pre-hospital morbidity and mortality.

The case is presented of a patient who went to his Health Centre due to feeling generally unwell with weakness and muscle and joint pains in both arms.

An ECG was performed, which showed rapid atrial fibrillation with ST elevation in the lower side. After checking that rest of the vital signs were within normal, the patient was

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anemoah@hotmail.com (C. Palacios Román).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.mgyf.2015.09.002>

1889-5433/© 2015 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

referred to the Emergency Department of the reference hospital. From there he was admitted directly into the ICU. After performing a catheterisation, he was diagnosed with an acute myocardial infarction with Grade 1 Killip functional class, and 2-vessel disease (right coronary and bisecting artery).

© 2015 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Varón de 53 años de edad, no fumador, con antecedentes de dislipidemia (colesterol total 307 mg/dl y colesterol-LDL de 246 mg/dl hace 2 años) en tratamiento solamente dietético; la ergometría realizada hace un año por disnea tuvo un resultado negativo, presenta reflujo gastroesofágico y fue intervenido de hernia inguinal hace 30 años.

Acude a urgencias de su centro de salud. Refiere malestar general con dolor en ambos miembros superiores, sudoración, mareo con sensación de giro de los objetos y náuseas sin vómitos de aparición súbita una hora antes.

En la exploración el paciente presenta regular estado general y decaimiento. Se encuentra afebril al tacto, con los reflejos osteotendinosos conservados y sin signos meníngeos. En la auscultación los tonos cardiacos no presentan soplos y la ventilación pulmonar es normal y sin ruidos añadidos.

La presión arterial es de 130/79 mm Hg y la glucemia capilar de 92 mg/dl. En el ECG se aprecia fibrilación auricular a unos 140 lpm y elevación del ST en II, III y AVF (fig. 1).

Se avisa desde la consulta para solicitar el traslado medicalizado al hospital de referencia, y se administra un comprimido de nitroglicerina sublingual, ácido acetilsalicílico y clopidogrel.

A su llegada al hospital el paciente es atendido directamente por los intensivistas de guardia, que habían sido avisados por el facultativo de la ambulancia, y es ingresado en la UCI ante la persistencia de las alteraciones en el ECG.

Las analíticas realizadas durante la hospitalización revelan niveles iniciales de CK de 72 U/l, troponina T ultra-sensible de 12,91 ng/l, Nt-proBNP de 37,6 pg/ml, colesterol total de 243 mg/dl y colesterol-LDL de 179 mg/dl. Las enzimas de daño cardiaco alcanzan unos niveles máximos de CK 1.478 U/l y Troponin T 3.594 ng/l con posterior descenso.

La radiografía convencional de tórax no muestra alteraciones significativas en la silueta cardiaca ni en los campos pulmonares.

Se le realiza de forma programada un cateterismo diagnóstico y terapéutico. Se halla un ramo bisectriz con lesión intensa de 80% y coronaria derecha con oclusión trombótica aguda de 100%. Se realiza angioplastia coronaria transluminal percutánea primaria, cuyo resultado angiográfico final es bueno.

Tras la estancia en la UCI poscateterismo el paciente se encuentra estable, tanto clínica como hemodinámicamente, y es derivado al alta a la planta de cardiología para la continuación del estudio y del tratamiento de la cardiopatía isquémica.

En el momento del alta domiciliar se le prescribe como tratamiento estatina a dosis altas, ácido acetilsalicílico, clopidogrel, bloqueador beta, inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina y ranitidina.

En los controles posteriores realizados por su médico de cabecera los niveles de colesterol total son de 149 mg/dl y las cifras tensionales y los ECG están dentro de la normalidad (fig. 2).

Comentario

El dolor torácico no traumático es un motivo muy frecuente de consulta en los servicios de urgencias: se estima en 5-20% de las consultas totales. Se calcula que por cada 1.000 habitantes un hospital de referencia atiende una urgencia tipificada como dolor torácico al mes¹.

El síndrome coronario agudo es una de las causas más importantes de dicha entidad clínica. Puede tener presentaciones atípicas, como dolor cervical y en la mandíbula, dolor solo en un brazo o incluso presentar exclusivamente cortejo vegetativo sin dolor torácico como tal.

Hay que tener en cuenta que los pacientes que presentan factores de riesgo cardiovascular (FRCV) tienen más posibilidades de padecer incidentes cardiovasculares, y que dicho riesgo aumenta cuando se suman varios FRCV y cuanto peor controlados están. Por ello debemos intentar que estos parámetros se encuentren dentro de los niveles recomendados por la medicina basada en la experiencia clínica, metaanálisis y guías de práctica clínica.

Como ejemplo de la constante evolución que sufre el tratamiento de estos FRCV tenemos el *Adult Treatment Panel*, un comité estadounidense que ofrece recomendaciones basadas en estudios aleatorizados y controlados y en datos recogidos por el *American College of Cardiology/American Heart Association*. En su cuarta reunión, celebrada en noviembre de 2013 (ATP IV) se sugieren ciertos cambios respecto a la terapéutica hipolipidemiante, como restringir el arsenal farmacológico a las estatinas (evitando ezetimiba, fibratos y demás), y se mantiene como primera línea de tratamiento el fomento de hábitos saludables y cambios de estilo de vida para todos los pacientes^{2,3}.

La novedad más llamativa es el abandono de las cifras de LDL como objetivo de tratamiento. La monitorización de niveles de lípidos durante el tratamiento farmacológico tendrá como objetivo evaluar la adhesión, no comprobar si se consigue o no dicho objetivo. Recomiendan un abordaje individualizado de los pacientes (*tailored treatment approach*). Se les divide en 4 grupos de riesgo con estrategias terapéuticas asociadas⁴:

- Pacientes con enfermedad arteriosclerótica establecida: tratamiento de alta intensidad con estatinas (menores de 75 años) o moderada intensidad (mayores de 75 años).

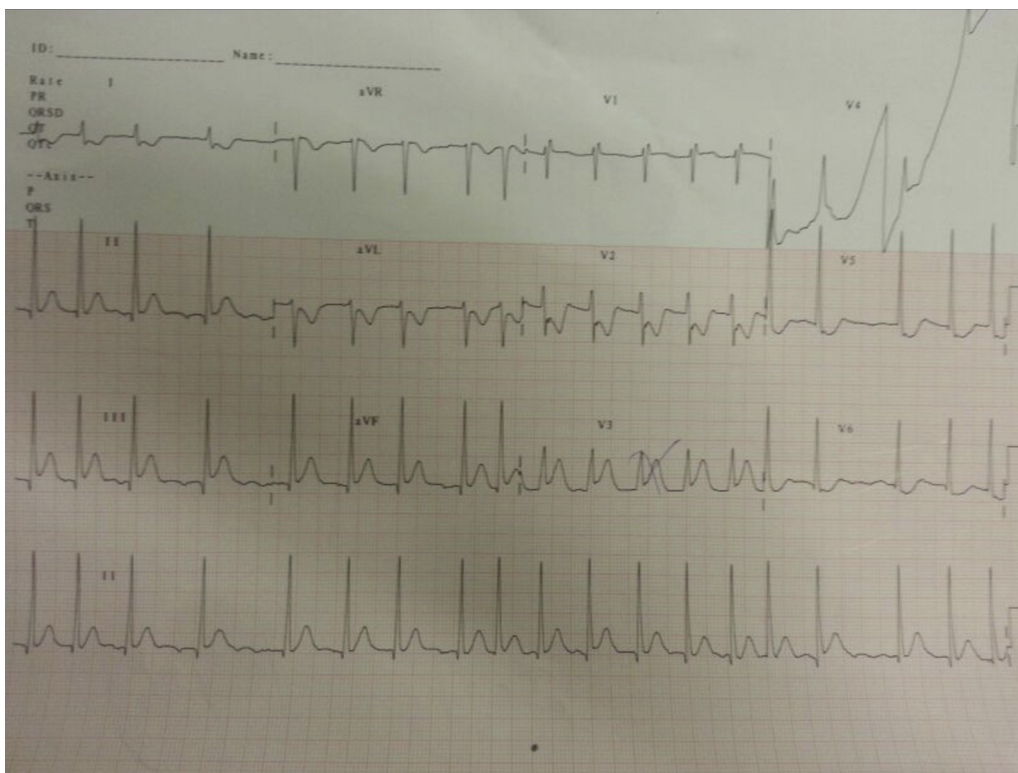


Figura 1 - ECG al inicio.

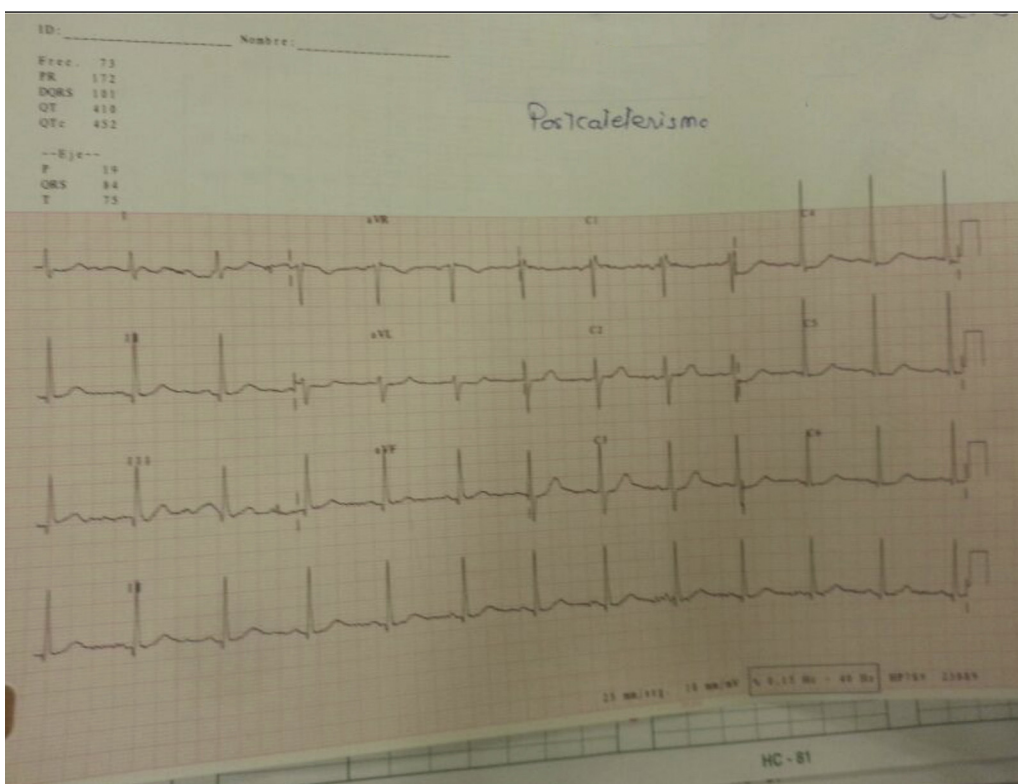


Figura 2 - ECG poscateterismo.

- Pacientes con LDL de al menos 190 mg/dl: tratamiento de alta intensidad.
- Pacientes diabéticos de 40-75 años, LDL 70-189 mg/dl, sin enfermedad arteriosclerótica: al menos tratamiento de moderada intensidad y probablemente de alta intensidad si hay riesgo cardiovascular estimado a 10 años de al menos el 7,5%.
- Resto de pacientes de 40-75 años, con LDL 70-189 mg/dl y riesgo estimado de al menos 7,5%: tratamiento de moderada o alta intensidad.

La guía considera como tratamiento de alta intensidad atorvastatina 40-80 mg y rosuvastatina 20-40 mg; y como tratamiento de moderada intensidad atorvastatina 10-20 mg, rosuvastatina 5-10 mg, simvastatina 20-40 mg y pravastatina 40-80 mg.

Al parecer, la fórmula que utilizan para calcular el RCV, disponible en las páginas web de la ACC y la AHA en formato descargable y como aplicación móvil, sobreestima dicho riesgo en la población hispana, según estudios publicados en el *British Medical Journal*⁵ y en *Lancet*⁶, por lo que más de 1.000 millones de pacientes en el mundo pueden necesitar estatinas según sus estimaciones.

Al aplicar la tabla SCORE calibrada para España⁷ sobre nuestro paciente, usando el colesterol total, y al no presentar otros factores de riesgo (no fumador, sin hipertensión, obesidad, ni diabetes) se le asigna un RCV bajo, en torno al 3%; pero teniendo en cuenta que se parte de unas cifras de LDL superiores a 190 mg/dl (246 mg/dl 2 años antes), sí necesita tomar estatinas⁸. Si el caso clínico que nos ocupa hubiera ocurrido un mes después, cuando la ATP IV lanzó sus recomendaciones, tendríamos que encuadrar este mismo paciente dentro de uno de los grupos de riesgo, por lo que debería seguir tratamiento de alta intensidad con los fármacos arriba descritos.

La inercia terapéutica, descrita en 2001 por Phillips como el fracaso de los médicos en iniciar o intensificar una terapia que está indicada, con el consecuente perjuicio para los pacientes⁹, hizo que el médico de este caso clínico no añadiese un hipolipidemiante. La falta de tiempo en las consultas de atención primaria, la falta de consenso sobre los objetivos de múltiples enfermedades, una sobreestimación del grado de adhesión a las guías de práctica clínica por parte del médico o una falsa impresión de buen control de la enfermedad son los motivos más frecuentes de inercia terapéutica¹⁰.

Esta situación se puede presentar casi a diario en la práctica clínica, y es uno de los enemigos más importantes

del médico de atención primaria. Podemos decir que la medicina de familia es una de las especialidades que más estudio continuo necesita, ya que siempre hay algún fármaco nuevo o una guía nueva para utilizar en la consulta. Por ello, el médico de atención primaria debe estar siempre a la vanguardia, luchando contra esta lacra que es la inercia terapéutica.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez-Sellés M, Bueno H, Sacristán A, Estévez A, Ortiz J, Gallego L, et al. Dolor torácico en urgencias: frecuencia, perfil clínico y estratificación de riesgo. *Rev Esp Cardiol.* 2008;61:953-9.
2. Stone NJ, Robinson J, Lichtenstein AH, Merz NB, Lloyd-Jones DM, Blum CB, et al. ACC/AHA Guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2013;63:2889-934.
3. Keane JF, Curfman GD, Jarcho JA. A pragmatic view of the new cholesterol treatment guidelines. *N Engl J Med.* 2014;370:3.
4. Coscollar C. Estatinización o el discreto encanto del colesterol LDL. *AMF.* 2014;10:59-60.
5. Abramson JD, Rosenberg HG, Jewell N, Wright JM. Should people at low risk of cardiovascular disease take a statin? *BMJ.* 2013;347, f.6123.
6. Ridker PM, Cook NR. Statins: New American guidelines for prevention of cardiovascular disease. *Lancet.* 2013;382(9907):1762-5.
7. Mostaza JM, Lahoz C, García-Iglesias F, Estirado E, Ruiz-Rivas J, González-Alegre T, et al. Uso de las estatinas en prevención primaria. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 2011;35:46-56.
8. Sans S, Fitzgerald A, Royo D, Conroy R, Graham I. Calibración de la tabla SCORE de riesgo cardiovascular para España. *Rev Esp Cardiol.* 2007;60:476-85.
9. Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, et al. Clinical inertia. *Ann Intern Med.* 2001;135:825-34.
10. Lázaro P, Murga N, Aguilar D, Hernández-Presa MA. Inercia terapéutica en el manejo extrahospitalario de la dislipemia en pacientes con cardiopatía isquémica. Estudio Inercia. *Rev Esp Cardiol.* 2010;63:1428-37.