

1.1 DOLOR TORÁCICO EN URGENCIAS

M. E. Navarro, J. Navarro, C. Gonzalvo y A. Sánchez

Puntos clave

- El electrocardiograma (ECG) y la radiografía simple de tórax son exploraciones inexcusables.
- Las causas potencialmente graves del dolor torácico son: angina inestable. Infarto agudo de miocardio (IAM). Aneurisma disecante de aorta. Pericarditis/taponamiento cardíaco. Neumonía. Neumotórax a tensión. Tromboembolismo pulmonar (TEP). Rotura esofágica/mediastinitis.

INTRODUCCIÓN

El dolor torácico constituye una de las causas más frecuentes de consulta en los servicios de urgencias, estimándose en entre un 5-7 % de todas las demandas asistenciales. Puede definirse como cualquier molestia o sensación álgica localizada en la zona situada entre el diafragma y la fosa supraclavicular. La valoración inicial debe determinar la presencia de datos de gravedad y descartar situaciones que supongan un riesgo vital. Para ello debe realizarse la toma de constantes vitales y un ECG en menos de 10 minutos.

ETIOLOGÍA

- Origen cardiovascular: isquémico (angina, IAM, espasmo coronario), no isquémico (pericarditis y miopericarditis, valvulopatías, miocardiopatía hipertrófica, hipertensión pulmonar, arritmias), disección aórtica.
- Origen pleuropulmonar: TEP, neumotórax, neumonía, pleuritis, neumomediastino.
- Origen gastrointestinal: enfermedad por reflujo, hernia de hiato, espasmo esofágico, úlcera péptica, pancreatitis, colecistitis.
- Origen musculoesquelético: fracturas costales, osteocondritis (síndrome de Tieze), espondiloartrosis.
- Otros orígenes: psicógeno, herpes zóster.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

- **Llegada del paciente:** debe realizarse la toma de constantes vitales y un ECG en menos de 10 minutos.
- **Anamnesis:** a) Características del dolor: inicio, duración, localización, tipo (opresivo, escozor, punzante, quemazón), factores desencadenantes y agravantes. b) Síntomas asociados: disnea, sudoración, palpitaciones,

náuseas, vómitos, síncope. c) Enfermedades subyacentes y tratamiento actual de éstas. d) Factores de riesgo cardiovascular: tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes, obesidad, dislipidemia, consumo de drogas.

- **Exploración física:** valorar estado general del paciente (nivel de consciencia, hidratación) y signos vitales (presión arterial [PA], frecuencia cardíaca [FC], frecuencia respiratoria [FR], temperatura corporal [T^a], saturación de oxígeno [SatO₂]). Exploración de cuello: descartar la presencia de enfisema subcutáneo, soplo carotídeo, ingurgitación yugular. Inspección torácica: en busca de lesiones dérmicas o contusiones. Palpación torácica: enfisema subcutáneo, puntos dolorosos. Auscultación cardíaca y pulmonar: soplos, roce pericárdico, aparición de tercero o cuarto ruido, abolición de murmullo vesicular, estertores y crepitantes, soplos tubáricos y roces pleurales. Exploración osteomuscular de articulaciones de hombros, condroesternales, raquis dorsal y cervical. Palpación y auscultación abdominal: buscando masas, defensa, silencio abdominal para descartar origen infradiafragmático del dolor. Exploración de extremidades: ausencia de pulsos periféricos, signos de trombosis venosa profunda. Exploración neurológica básica: centrada en dermatomas C2-D6, descartar focalidad neurológica.
- **Pruebas complementarias:** ECG y radiografía de tórax. Considerar analítica de sangre con hemograma, bioquímica, enzimas cardíacas (determinación de creatina-fosfoquinasa [CPK], creatina-quinasa MB [CKMB], mioglobina y troponina en dolores de perfil isquémico o de causa no aclarada) y gasometría arterial. Según la sospecha clínica, ampliar estudio con tomografía computarizada (TC), ecocardiograma o ecografía abdominal.

Errores a evitar

- ✓ No realizar ECG en dolores torácicos «inespecíficos» o en equivalentes anginosos (síncope, epigastralgia, hipotensión).

BIBLIOGRAFÍA

- FOY AJ, FILIPPONE L. Chest pain evaluation in the emergency department. *Med Clin North Am* 2015 Jul;99(4):835-47.
- POON M, CORTEGIANO M, ABRAMOWICZ AJ, et al. Associations between routine coronary computed tomographic angiography and reduced unnecessary hospital admissions, length of stay, recidivism rates, and invasive coronary angiography in the emergency department triage of chest pain. *J Am Coll Cardiol* 2013;62(6):543-52.