



redEMC
Comunidad Médica

En asociación con

BMJ Learning

12 Septiembre - 24 Octubre

Pacientes con **cardiopatías frecuentes**

Una mirada desde el primer nivel de atención



Dolor Torácico: Enfoque Diagnóstico y Evaluación de Riesgo – Parte I

Dr. Oscar Bazzino

Cardiólogo clínico. Expresidente de la Sociedad Uruguaya de Cardiología (2012)

Actual Secretario de la Sociedad Sudamericana de Cardiología

Exdocente del Departamento de Cardiología de Facultad de Medicina (UdelaR, Uruguay)

Setiembre de 2017

Papiro Ebers: 2600 AC



“... si encuentras a un hombre con dolor del lado de su corazón, la muerte está cerca.”

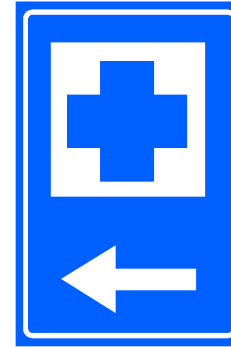
Problema

Consulta frecuente

10 %

25 %

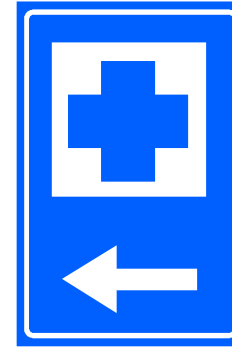
85 %



Problema

Consulta frecuente

10 % 25 % 85 %

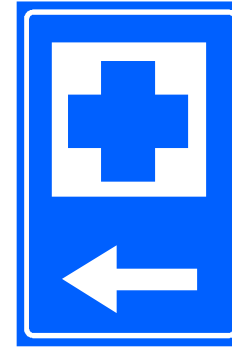


Múltiples y variadas etiologías

Problema

Consulta frecuente

10 % 25 % 85 %



Múltiples y variadas etiologías

Errores diagnósticos



Etiología

Enfoque diagnóstico

DOLOR TORÁCICO

Cardíacas

Isquémica

Angina estable
Síndromes coronarios agudos

No isquémica

Pericarditis
Síndromes aórticos
Patología valvular

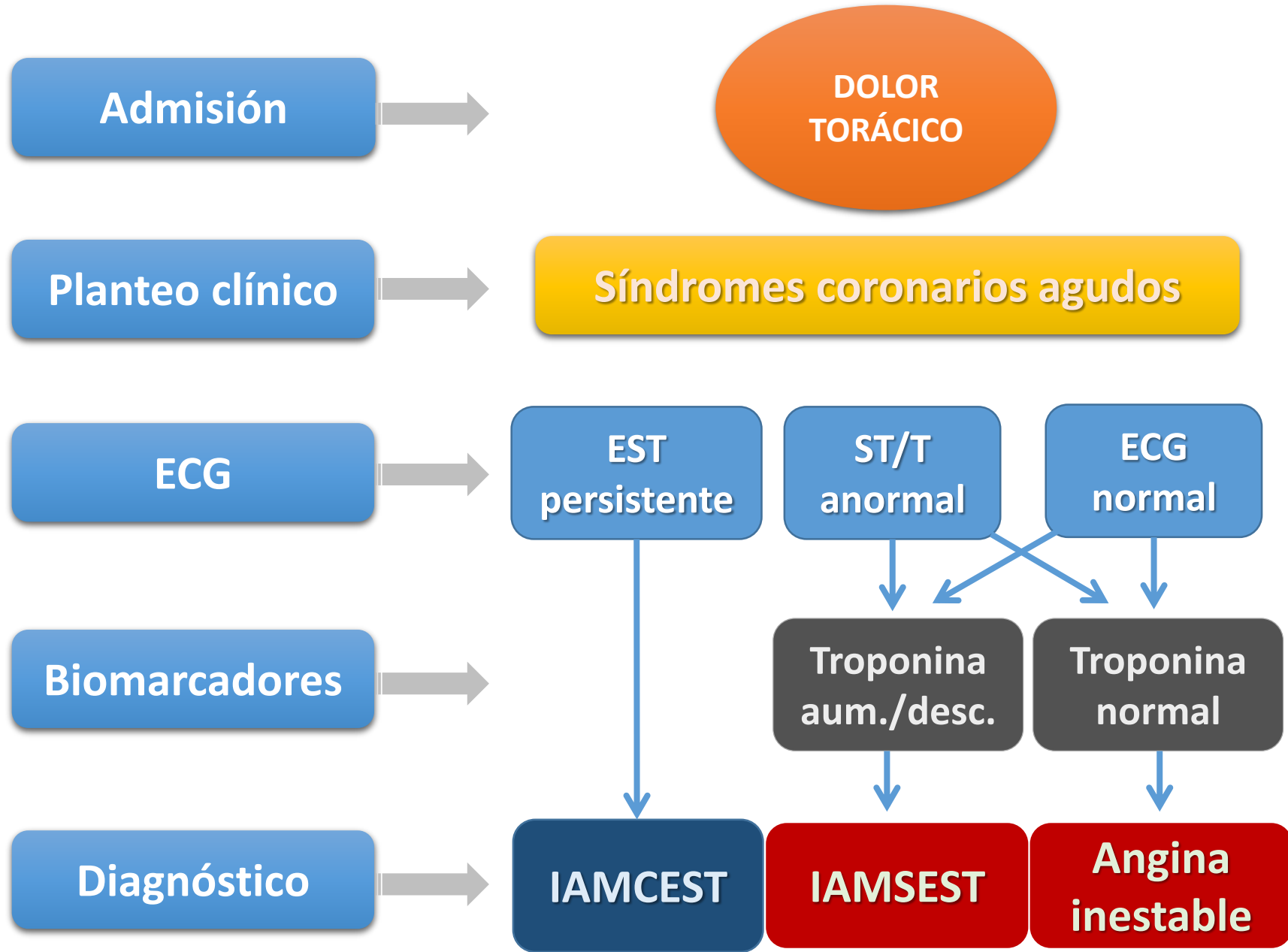
No cardíacas

Gastrointestinales

RGE
Espasmo esofágico
UGD

Otras

Neumotórax
TEP
Dolor músculo-esquelético
Síndromes somatiformes



Abordaje clínico

Género, edad, comorbilidades y personalidad



Descripción del dolor

Síntomas acompañantes

Factores de Riesgo

Examen físico



Descripción del dolor

Electrocardiograma

Biomarcadores

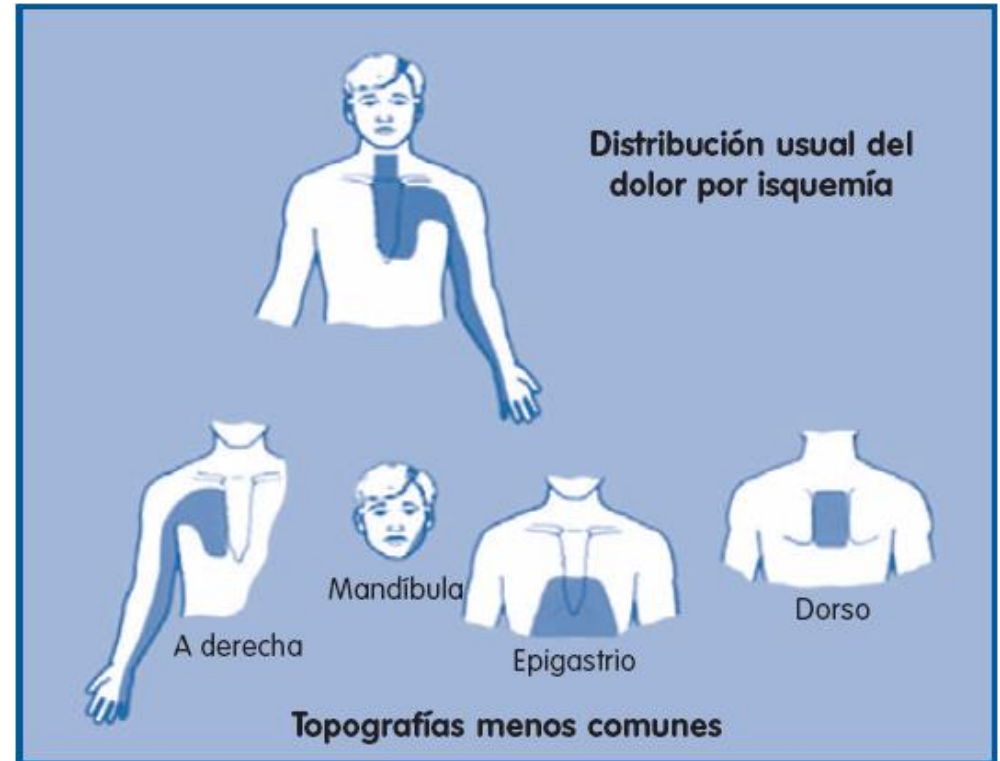
Scores

Características del dolor torácico

Criterios de Diamond 1983

Características
Molestia opresiva en región torácica anterior, cuello, mandíbula o brazos
Desencadenada ante esfuerzo o estrés
Alivio claro con nitritos o reposo

Diagnóstico
Angor típico Cumple con los tres criterios
Angor atípico cumple con dos criterios
Dolor torácico no anginoso cumple con un criterio



Consenso Uruguayo Dolor Torácico, SUC 2003.

Electrocardiograma

10 min.

20 % de dolor torácico
con ECG normal



Angina inestable

33 % de AI



ECG normal

Historia clínica típica → ECG normal no excluye diagnóstico

1-4 % de ECG normal → IAM

ECG anormal

✱ Q

✱ ST

✱ T (menos sensible)

Electrocardiograma

10 min.

20 % de dolor torácico
con ECG normal



Angina inestable

33 % de AI



ECG normal

Historia clínica típica → ECG normal no excluye diagnóstico

1-4 % de ECG normal → IAM

ECG anormal

❖ Q

❖ ST

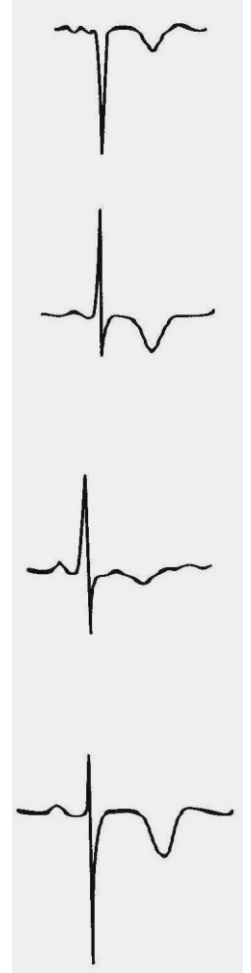
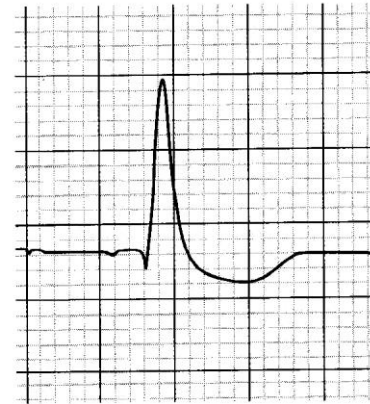
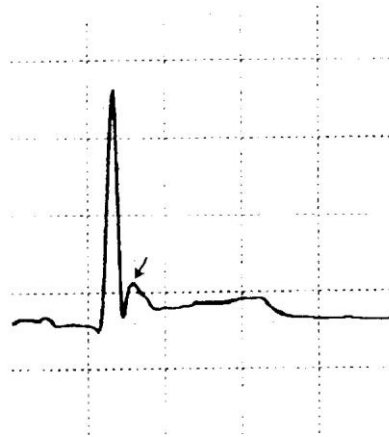
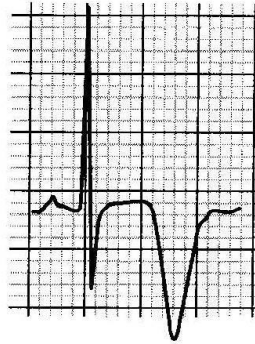
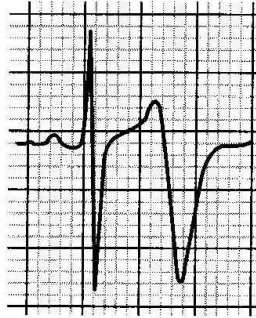
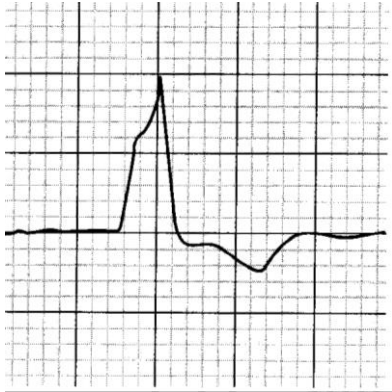
❖ T (menos sensible)

Descenso del ST de 2 mm en dos derivaciones
aumenta diez veces el riesgo de muerte

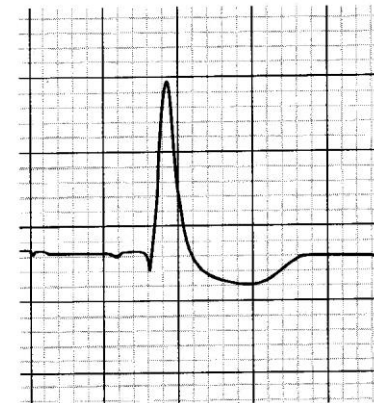
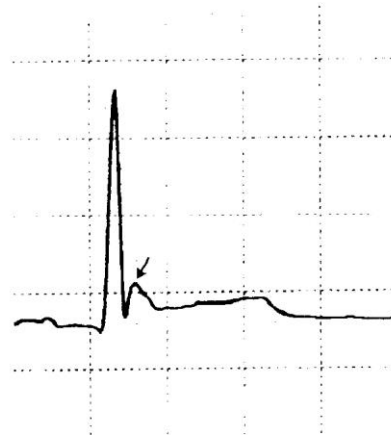
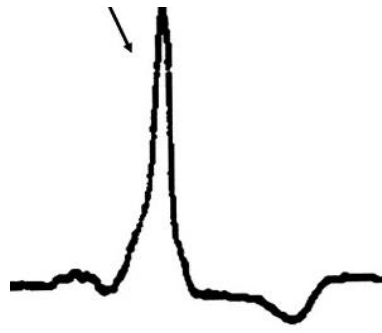
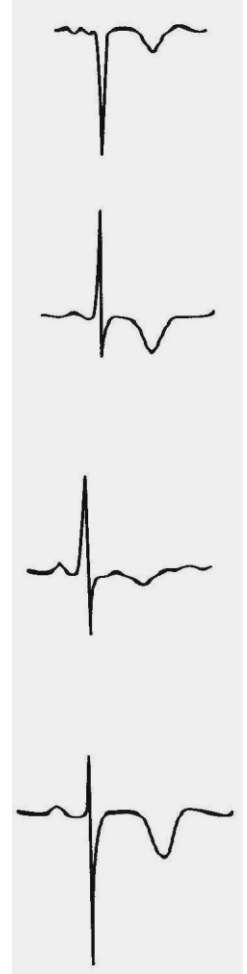
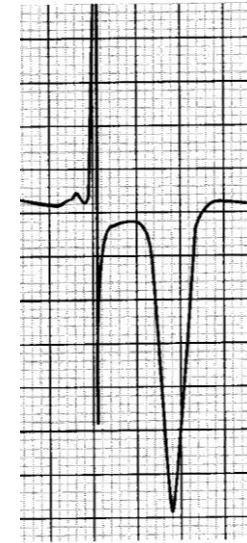
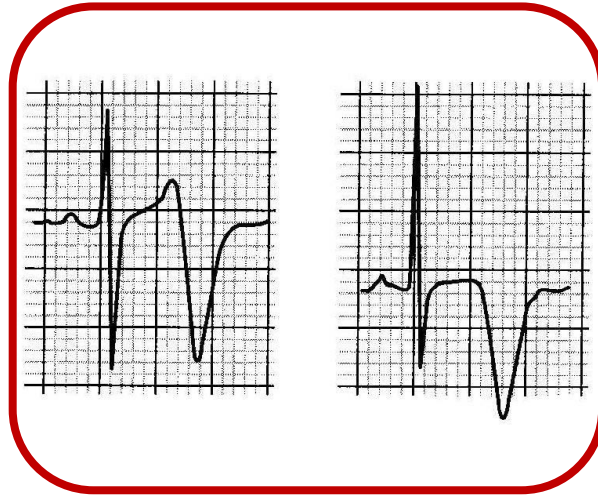
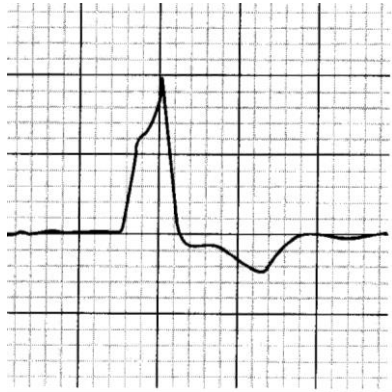
GUSTO II B. Heart 2005; 91: 876-881.

ECG: patrones de confusión

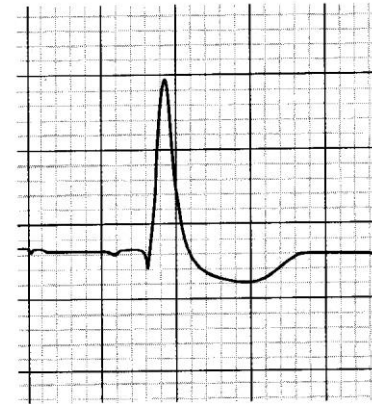
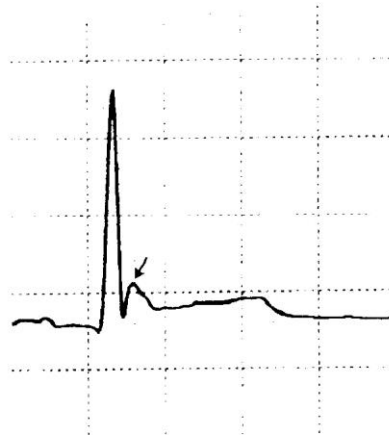
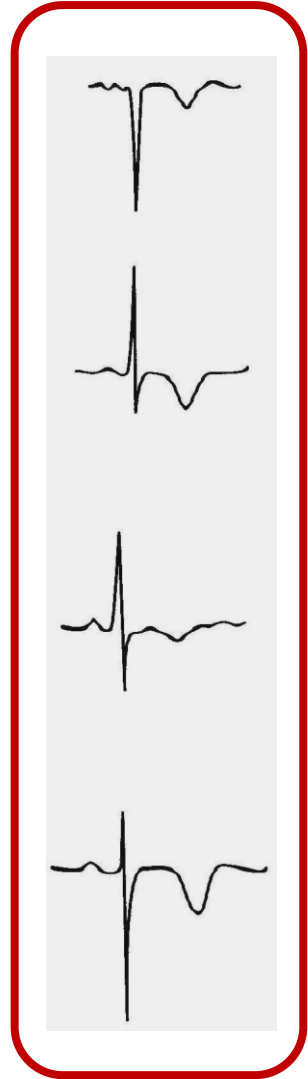
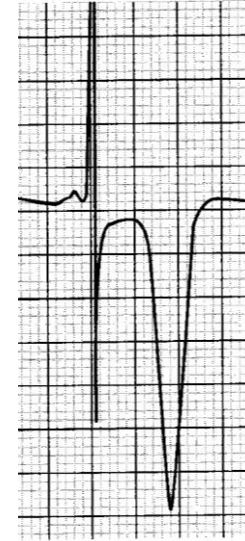
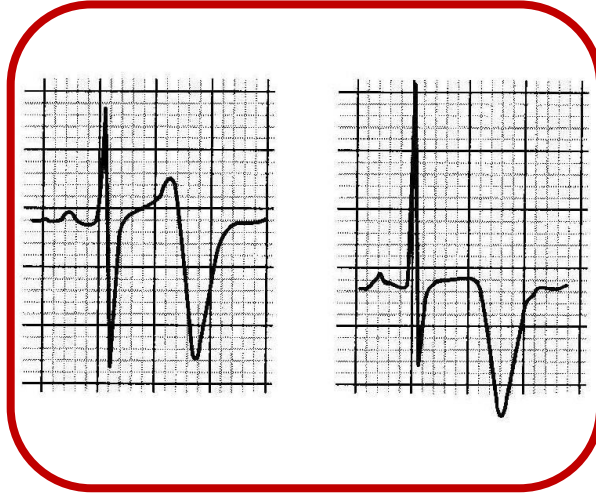
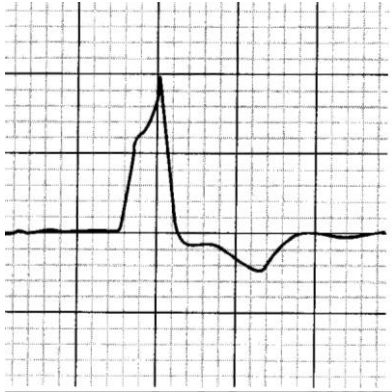
DOLOR TORÁCICO Enfoque diagnóstico



ECG: patrones de confusión



ECG: patrones de confusión

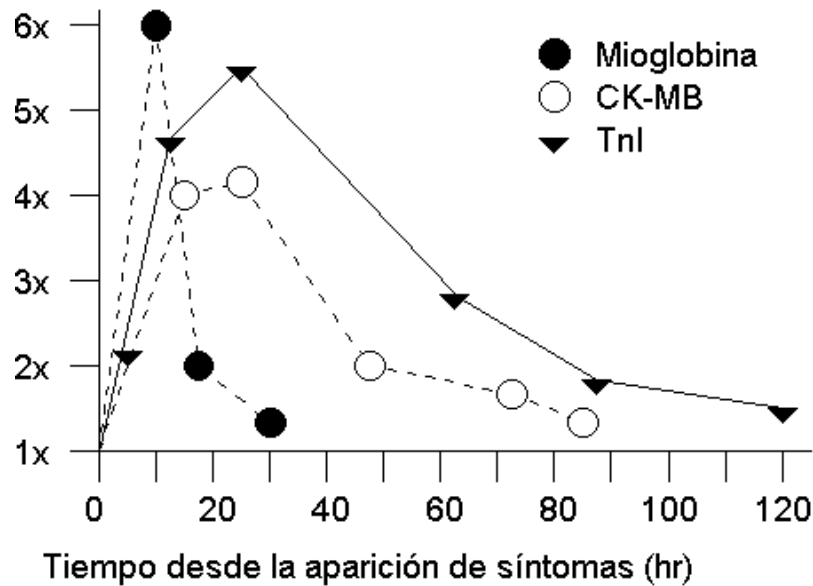


Radiografía de tórax



**33 % de Rx Tx
tiene una anomalía
que influye en el diagnóstico**

Biomarcadores



Enfermedades que pueden cursar con elevación de troponinas

- Traumatismo, cirugía, marcapaseo, cardioversión, ablación
- Disección aórtica
- Embolia pulmonar, hipertensión pulmonar
- Insuficiencia cardíaca aguda y crónica
- Enfermedad valvular aórtica
- Taquicardia o bradicardia
- Balonamiento apical
- Cardiopatía hipertrófica
- Enfermedades neurológicas agudas, stroke, hemorragia subaracnoidea
- Rabdomiólisis con injuria cardíaca
- Enfermedades infiltrativas, hemocromatosis, amiloidosis, sarcoidosis y esclerodermia
- Enfermedades inflamatorias, miocarditis, extensión miocárdica de endo o pericarditis
- Drogas y tóxicos, toxinas
- Estados críticos en especial falla respiratoria o sepsis
- Quemaduras extensas de más del 30% de la superficie corporal
- Ejercicio extremo
- Enfermedad renal terminal

Biomarcadores

Detección de troponina, mioglobina y CK (kit)

A las seis horas del inicio del dolor

Si no se puede determinar el inicio, realizarlo al ingreso y a las seis horas

Si no se dispone de kit de 3 BM: dosificación seriada de TT o TI

No baja los costos

Menor valor predictivo negativo.

Biomarcadores

Detección de troponina, mioglobina y CK (kit)

A las seis horas del inicio del dolor

Si no se puede determinar el inicio, realizarlo al ingreso y a las seis horas

Si no se dispone de kit de 3 BM: dosificación seriada de TT o TI

No baja los costos

Menor valor predictivo negativo.

Las troponinas de alta sensibilidad tienen un valor predictivo negativo del 95% en una sola prueba al ingreso, y casi 100% en una repetición de la muestra después de 3 horas.

Cuatro grupos de riesgo

SCA con elevación del ST

SCA con descenso del ST

Dolor torácico con ECG normal

Dolor torácico con diagnóstico etiológico