

# La clínica del dolor precordial no alcanza para identificar o descartar un síndrome coronario agudo

Swap C y col. JAMA. 2005; 294:2623-29.

## Objetivo

Valorar qué características del dolor precordial pueden ser más beneficiosas para identificar o descartar un Síndrome Coronario Agudo (SCA).

## Fuente y Selección de Datos

Los autores realizaron la búsqueda en las bases de datos MEDLINE y OVID (1970-2005), las referencias de los artículos y los libros de cardiología más usados.

Seleccionaron artículos en idioma inglés que fueran revisiones sistemáticas o estudios observacionales prospectivos y retrospectivos, con al menos 80 pacientes.

Debían describir, por lo menos una característica del dolor precordial y contar con el diagnóstico de SCA o infarto agudo de miocardio (IAM) por un método apropiado. No se reporta el número de estudios incluidos.

Las características consideradas fueron: calidad del dolor, localización, irradiación, área de distribución, severidad (en escala de 1 a 10), tiempo desde el comienzo de los síntomas y, si el dolor aún continuaba, duración del dolor, primer episodio, frecuencia, similitud con episodios previos, síntomas asociados, factores precipitantes o agravantes (pleurítico, posicional, palpable, ejercicio, estrés) y factores atenuantes (nitratos, antiácidos, reposo).

## Resultados Principales

Ninguna de las características del dolor precordial fue un predictor suficientemente poderoso por sí solo como para descartar un SCA. Estas características fueron consideradas mayoritariamente como variables independientes y no como factores interrelacionados entre sí, por lo que su cociente de probabilidad podría estar

sobreestimado. Los autores encontraron varios estudios que demuestran la utilidad de un puntaje para determinar grupos de riesgo de SCA en el marco experimental. Sin embargo ninguno ha sido todavía validado en la práctica clínica.

Tabla 1. Cociente de probabilidad por tiempo de dolor.

	Característica del dolor		Nro. de pacientes	Cociente de Probabilidad* (IC95%)
Se asocian a un mayor riesgo de infarto agudo de miocardio o síndrome coronario agudo	Irradiación	Brazo u hombro derecho	770	4,7 (1,9-12,0)
		Ambos brazos u hombros	893	4,1 (2,5-6,5)
		Brazo izquierdo	278	2,3 (1,7-3,1)
	Asociado a esfuerzos		893	2,4 (1,5-3,8)
	Síntomas asociados	Sudoración	8426	2,0 (1,9-2,2)
		Náuseas o vómitos	970	1,9 (1,7-2,3)
Peor que episodio previos de angina o IAM		7734	1,8 (1,6-2,0)	
Opresivo		11504	1,3 (1,2-1,5)	
Se asocian a menor riesgo de infarto agudo de miocardio o síndrome coronario agudo	Características del dolor	Pleurítico	8822	0,2 (0,1-0,3)
		Posicional	8330	0,3 (0,2-0,5)
		Lacerante	1088	0,3 (0,2-0,5)
		Localización inframamaria	903	0,8 (0,7-0,9)
		Reproducible a la palpación	8822	0,3 (0,2-0,4)
	No asociado a esfuerzos		893	0,8 (0,6-0,9)

## Conclusiones

A pesar de que algunas características del dolor precordial están asociadas a un incremento o decremento del riesgo de SCA o IAM, ninguna de ellas, sola ni en combinación, pudo identificar un grupo de pacientes que puedan ser dados de alta sin la realización de pruebas diagnósticas.

Fuente de financiamiento: no se reporta.



## Comentario

La estratificación de riesgo de los pacientes que consultan por dolor precordial es una gran preocupación debido a la alta incidencia y morbimortalidad de esta patología. Aproximadamente el 20% de los pacientes con dolor precordial que consultan al médico de familia o clínico y el 60% de los que consultan a centros de emergencia tienen una etiología cardíaca. Sólo el 30% de los pacientes que se internan con sospecha de SCA confirman este diagnóstico. El gran valor de esta revisión sistemática -no demasiado detallada- es el esfuerzo por tratar de maximizar la utilidad del interrogatorio a la hora de definir un dolor precordial como de etiología coronaria. Si bien se corroboró que algunas características del dolor pueden aumentar o decrecer el riesgo de que se trate de un SCA, ninguna por sí sola ni combinadas en un puntaje fue un predictor poderoso. Una dificultad importante a la hora de interpretar los resultados en este tipo de estudios es la validación de la terminología, debido a las diferencias lingüísticas y culturales (¿es lo mismo la definición de opresivo o punzante para todos?).

Por otra parte está demostrado que el resultado de un test diagnóstico de bajo costo, como es el electrocardiograma (ECG), está

directamente relacionado con el pronóstico de estos pacientes. Cuando éste es normal la tasa de mortalidad y riesgos de complicaciones son muy bajos. Sin embargo, alrededor del 3% de los pacientes con IAM y un tercio de los pacientes con angina inestable pueden tener un ECG normal. Por lo tanto este tampoco puede utilizarse en forma aislada para excluir un SCA. Existen algunos puntajes que combinan las características clínicas y electrocardiográficas, pero ninguno es de uso difundido en la actualidad.

## Conclusión del comentador

Si bien las características del dolor precordial pueden ayudar no alcanzan por sí solas para identificar o descartar un SCA. Asociarlas al examen físico y a un electrocardiograma suelen ser suficientes herramientas, en manos de un médico experimentado, a la hora de decidir si un paciente puede ser dado de alta, si necesita continuar con más estudios para determinar su riesgo o si hace falta una internación inmediata en cuidados intensivos.

Andrea Alcaraz [ Médica Especialista en Cardiología - Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. ]

Recibido el 03/03/06 y aceptado el 15/09/06.

Alcaraz A. La clínica del dolor precordial no alcanza para identificar o descartar un síndrome coronario agudo. Evid. actual. práct. ambul. 9(5) ;143. Sep -Oct. 2006. Comentario de: Swap C, Nagurney J. Value and limitations of chest pain history in the evaluation of patients with suspected acute coronary syndromes. JAMA. 2005 Nov 23/30; 294:2623-29. PMID: 16304077.1

## Referencias

- Braunwald's Cardiología. Braunwald E, Zipes D, Libby P. MARBÁN libros. 2004.
- Evidencias en cardiología IV. Doval H, Tajer C, Ferrante D. GEDIC. 2005.
- Cardiología 2000 Bertolasi. Barrero C, Gimeno G, Liniado G. Editorial Panamericana. 2000.