Análisis descriptivo de las consultas por dolor torácico en el Hospital General de Lanzarote

Anduaga Aguirre MA, González-Mohino Loro MB, Ibero Villa JL, Sánchez García ME, Carbajo Azabal S

Servicio de Urgencias del Hospital General de Lanzarote
Arrecife de Lanzarote (Las Palmas)

En la isla de Lanzarote la mortalidad estimada por enfermedad cardiovascular supera el 35%[1,2]. En todo nuestro país la enfermedad isquémica cardiaca ocupa el segundo lugar como causa de mortalidad cardiovascular (precedida por la enfermedad isquémica cerebrovascular) y alcanza cifras de hasta un 32%[3]. La enfermedad coronaria determina alteraciones funcionales sintomáticas o asintomáticas y complicaciones secundarias a arteriosclerosis que se manifiestan por diferentes síndromes. La molestia torácica más característica a la hora de consultar es el dolor[4].

Estudios realizados en Estados Unidos estiman que 8 millones de urgencias al año se deben a dolor torácico o síntomas sugestivos de evento isquémico, de los cuales se calcula que 5 millones ingresan en el hospital; en un 37,5% de ellos se demuestra un origen isquémico del dolor[5]. En nuestro país la demanda asistencial por dolor torácico se halla en un 4-7%[6,7]; sin embargo, hay estudios que afirman que está aumentando el número de ingresos por este motivo (presión social, legal...) y al mismo tiempo se observa que pacientes dados de alta de forma errónea tienen una mortalidad a corto plazo del 25% (doble de la que tendrían si hubiesen ingresado). Se estima que el número de ingresos por dolor torácico es del 60%, y que, a pesar del esfuerzo médico, del 40% de pacientes dados de alta un 1-2% sufrirán un infarto agudo de miocardio (IAM)[8,9]. Se estima también que la mayoría de ingresos se realiza por desconocimiento del dolor y que sólo en un 10-30% de los pacientes se demuestra una causa isquémica.

OBJETIVOS

- Realizar un análisis descriptivo del dolor torácico como motivo de consulta en el servicio de urgencias del Hospital General de Lanzarote.
- Estimar la prevalencia de los principales factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y hábitos tóxicos en la muestra analizada.
- Describir el perfil del paciente que consulta por dolor torácico.
- Definir la proporción de ingresos por este motivo de consulta en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, mediante revisión manual de las historias clínicas (HC) atendidas en el Servicio de Urgencias del Hospital General de Lanzarote durante el período comprendido entre el 1 de Enero y el 30 de Junio del año 2002 (número total de HC revisadas: 26.468). Se escogieron aquéllas cuyo motivo de consulta fue "dolor torácico" como tal, o "molestias torácicas" (disnea, palpitaciones...) que desembocaran en un diagnóstico final de "enfermedad coronaria" (para evitar un sesgo de selección en la fase de recogida de datos y la pérdida de casos clínicos con diagnóstico de "dolor isquémico").

En cada caso se rellenó una hoja de datos previamente diseñada en la que se analizaron:

- Variables sociodemográficas (sexo, edad y nacionalidad).
- FRCV: hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus y dislipemia.

- Existencia de enfermedad cardiovascular establecida.
- Consumo de tabaco, alcohol y cocaína.
- Tratamiento seguido en el momento de la consulta.
- Tipo de dolor presentado.

La variable "dolor" se clasificó en dos tipos (isquémico/no isquémico), según las características clínicas descritas por el paciente.

En el dolor isquémico se incluyeron IAM, angor estable, angor inestable y un cuarto grupo de "otros" (pacientes con cuadros de presentación clínica atípica en los que existía una alta sospecha -probabilidad de riesgo- de enfermedad coronaria).

El dolor no isquémico se dividió igualmente en cinco subtipos: osteomuscular, ansioso, pleurítico, pericárdico y un quinto grupo de "otros" (pacientes con dolores de distintos orígenes y características -digestivo, neurítico, dermatológico...- cuya presentación fue referida en el momento de la consulta como "dolor torácico").

Se contabilizó el número de casos que precisaron ingreso hospitalario.

Los datos fueron procesados con el programa estadístico SPSS versión 11.0. El nivel de confianza escogido fue del 95%.

RESULTADOS

Sobre un total de 272 pacientes que consultaron por "dolor torácico", el 64,3% (175 pacientes) fueron varones y el 35% restante mujeres. La mayoría (93%) tenía nacionalidad española. El 32,4% de los casos se agrupó en el intervalo de edad de 41-60 años; la edad media de la muestra fue de 50,63 años (DE +/- 19,62), con un rango de 7-92 años.

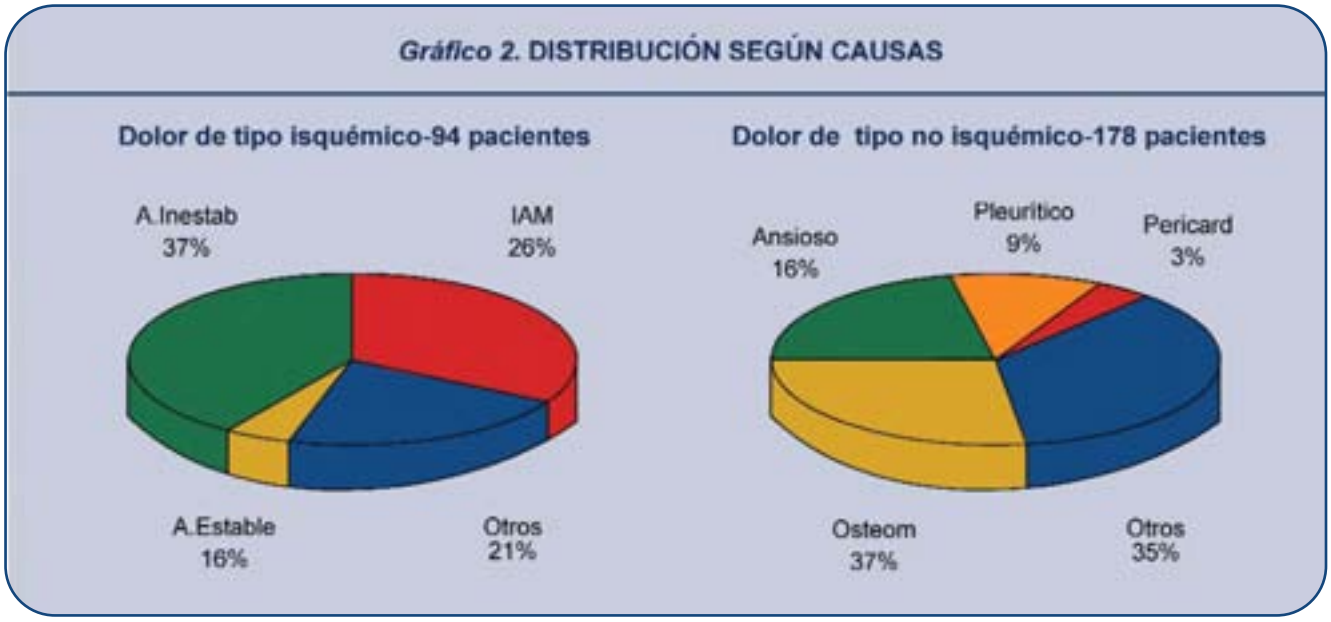
El 34,5% (90) de los pacientes estudiados eran hipertensos, un 12,6% eran diabéticos y un 17,2% tenían dislipemia. Según la distribución por sexos, dichos factores de riesgo resultaron más frecuentes en varones y en la distribución por intervalos de edad la mayoría de los casos se agrupó en el de 61-80 años *(gráfico 1)*. El 24% de la muestra (65 casos) presentaba diagnóstico de enfermedad cardiovascular establecida en el momento de la consulta, con predominio del sexo masculino e intervalo de edad de 61-80 años.

Se detectó tabaquismo en el 19,5% (51 pacientes) *(gráfico 1)*, la mayoría varones (84,3%), con una edad media de 49,3 años (DE +/- 14,2). Fue el único hábito y FRCV que presentó entre sexos una diferencia estadísticamente significativa ($p<0,05$). La mayoría de casos se agrupó en una edad de presentación menor a la del resto de FRCV (47,1% de los casos en 41-60 años). El 57% de los pacientes que consultaron por dolor no isquémico eran fumadores activos.

El consumo habitual de alcohol se encontró en el 2,3% de la muestra. El consumo de cocaína sólo fue detectado en 3 casos (test urinario del tóxico positivo); los tres eran pacientes varones jóvenes, diagnosticados en el momento de la consulta de síndrome coronario agudo.

El tipo de dolor más frecuente fue el no isquémico (65,4%, 178 casos, 109 varones); el isquémico apareció en el 34,6% restante *(gráfico 2)*. No se encontró diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la distribución por sexos; ambos tipos predominaron en varones.

El dolor no isquémico se agrupó en la mayoría de casos en el intervalo de 21-40 años (43,3% respecto al total de dolor no isquémico). El dolor osteomuscular fue el diagnóstico más frecuente (67 casos, 37,9%), seguido del dolor ansioso (28 casos, 15,8%), del pleurítico (16 casos, 9%) y del pericárdico (15 casos, 2,8%). Los 61 casos restantes se incluyeron en el grupo "otros" *(gráfico 2)*. El 7,3% de los pacientes diagnosticados de dolor no



isquémico tenía el antecedente de enfermedad cardiovascular establecida.

El dolor isquémico supuso el 34,6% de los casos analizados. El diagnóstico más frecuente fue angor inestable (35 casos, 36,8%), seguido del IAM (25 casos, 26,3%) y de angor estable (20 casos, 15,8%). La mayoría de casos se agrupó en el intervalo de 61-80 años (44 casos, 46,8% respecto al total de isquémicos). En el grupo "otros" se incluyó el 21,1% (gráfico 2). En 52 pacientes (55,3%) se recogió el dato de anteriores episodios de evento cardiovascular. Todos los FRCV se asociaron más a dolor isquémico (gráfico 3). La HTA se asoció en un 62,2% de casos, la diabetes en el 66,7% y la dislipemia en el 64,4%. El tabaquismo, a pesar de asociarse más al dolor no isquémico, se presentó en un 43% de casos.

El 40,4% (110 pacientes) seguía tratamiento previo a la consulta. Se analizaron sólo los fármacos en relación con FRCV y se obtuvieron los siguientes resultados: antihipertensivos, los más usados (83,6%); antiagregantes (67%); vasodilatadores (44,5%); hipolipemiantes (33%); antidiabéticos orales-insulinas (8,3%). No se encontró ningún caso en tratamiento para deshabituación tabáquica o alcohólica. Dada la etiología multifactorial de los casos (un paciente puede tomar varios fármacos), no se encontró correlación entre las frecuencias de fármacos analizados y la frecuencia de presentación de los FRCV.

Precisó ingreso hospitalario el 30,7% de la muestra (81 pacientes), en su mayoría varones (76,5%); es estadísticamente significativa la diferencia entre sexos.

En 37 casos de los ingresados existía el antecedente de enfermedad cardiovascular establecida. El intervalo de edad que agrupó al mayor porcentaje de ingresos fue el de 61-80 años (45,7% respecto al total de ingresos).

Ingresó un 5,8% de los casos de dolor no isquémico. El resto (94,2%) fueron dados de alta desde el Servicio de Urgencias. Ninguno de los pacientes diagnosticados de dolor osteomuscular o ansioso precisó ingreso hospitalario. Fueron ingresados el 31,3% de los dolores pleuríticos, el 20% de los pericárdicos y el 6,8% de los incluidos en el grupo "otros".

Ingresó el 76,3% de los pacientes con dolor isquémico. El 23,7% restante se dio de alta desde el Servicio de Urgencias, previa valoración por Cardiología y ajuste de tratamiento. Fueron ingresados el 33,3% de los pacientes con angor estable, el 100% de los de angor inestable y el 94% de los IAM (el 6% restante de este diagnóstico fueron pacientes *exitus*, o que por las características del episodio se trasladaron al Hospital de Referencia). Del grupo "otros" ingresó un 38,9%, todos a cargo del Servicio de Cardiología para proseguir estudio.

DISCUSIÓN

En el Servicio de Urgencias del Hospital General de Lanzarote, y según nuestro estudio, las molestias torácicas (referidas o no como dolor) suponen un 2% de las consultas (número menor respecto a otros hospitales según la bibliografía consultada, en estudios realizados con muestras de tamaño semejante)[7,10]; probablemente ello se debe a que es el único hospital público de la isla y a que recibe una media anual de consultas que supera los 50.000 pacientes.

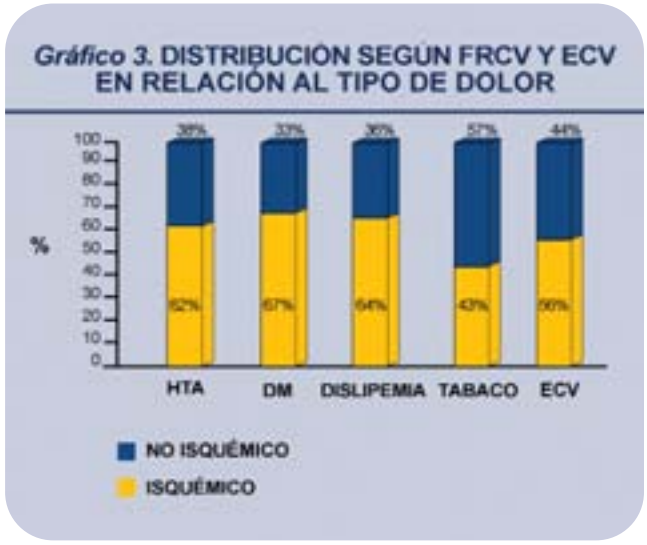
Al igual que en otros hospitales, el tipo de dolor más frecuente es el de características no isquémicas (65,4%); la proporción de casos de dolor isquémico (34,6%) se aproxima a la encontrada en otros hospitales, tanto de nuestro país como extranjeros[7,12].

La edad media de los pacientes que consultaron por dolor torácico en nuestro hospital durante el primer semestre del año 2002 no presenta diferencia estadísticamente significativa respecto a este dato en la bibliografía consultada[7,10]. El perfil del paciente que consulta por dolor torácico es heterogéneo. El más frecuente es el de un varón adulto que describe la molestia torácica con características de dolor no isquémico.

En cuanto al análisis de los principales FRCV (HTA, diabetes mellitus y dislipemias) en la muestra, conocida es su relación con el desarrollo de enfermedad cardiovascular y su manifestación como enfermedad coronaria. No era objetivo de nuestro estudio demostrar este concepto, sino analizar sus prevalencias. Fue la HTA el más prevalente y se halló en el 34,5% de casos, lo que corrobora los datos encontrados en la bibliografía[2,3]. No obstante, todos los factores presentaron altas prevalencias en la muestra (mayor a mayor intervalo de edad y en relación con las prevalencias encontradas en la bibliografía[2,3]), lo que puede ser reflejo de la tendencia ascendente que tienen en nuestra población y señal de alarma de cara a replantearnos el objetivo del control de riesgo cardiovascular en nuestra educación sanitaria. La mortalidad por enfermedad cardiovascular en la isla de Lanzarote, según datos oficiales de Sanidad en el año 1995, era del 34,59%[1,2]; aunque el diseño de este estudio no permita extrapolar resultados a la población general, estos datos pueden servir de reflexión para todos los profesionales sanitarios.

El hábito y FRCV más frecuente en nuestro análisis fue el tabaquismo, que se asocia a una edad de presentación menor que la HTA, la diabetes mellitus y la dislipemia, y es el único que presentó una diferencia estadísticamente significativa entre sexos. Con una frecuencia de presentación del 19,5% (fumadores activos en el momento del análisis), supone el más prevalente de los hábitos asociados como FRCV en pacientes jóvenes, lo que corrobora los datos encontrados en la bibliografía[1,2,3].

Los hábitos como alcohol o cocaína ocuparon en nuestro estudio una frecuencia de presentación menor. Según datos del Plan Nacional sobre Drogas (Madrid, 2002), el síndrome coronario agudo en pacientes consumidores de cocaína se presenta tan sólo en un 1,1% de casos; son más frecuentes las consultas en relación con



nerviosismo, insomnio, taquicardia...[10]. En nuestra muestra, los tres casos analizados en relación con consumo de cocaína tuvieron por diagnóstico un síndrome coronario agudo. No se encontró ningún caso de dolor no isquémico asociado a este hábito; en la muestra se observó un 15,8% de dolor ansioso y en el protocolo hospitalario no se recoge el estudio de Tóxicos en orina a estos

pacientes, por lo que es imposible con nuestros datos analizar los resultados de forma más completa.

En el análisis de tratamientos en relación con FRCV, a pesar de no encontrarse correlación, dada la etiología multifactorial de los casos (un paciente puede tomar varios fármacos para el mismo FR, o presentar FR en el momento de la consulta sin seguir tratamiento...), el grupo de fármacos más utilizados fueron los hipotensores, con un 83,6% de frecuencia. Son los más importantes de la muestra y presumiblemente los más extendidos en la población general[3].

Fueron ingresados el 30,7% de los casos estudiados (porcentaje menor al encontrado en la bibliografía). El ingreso como dolor isquémico fue del 76,3%, frecuencia que de forma global es mayor que la que presentan otros hospitales de nuestro país[9,10] y del extranjero según la bibliografía consultada[7]. No pudimos determinar por las características del estudio en cuántos casos de los ingresados únicamente por probabilidad de riesgo (alta sospecha clínica) se confirmó un origen isquémico del dolor.

CONCLUSIONES

- Las molestias torácicas suponen, según nuestro estudio, un 2% de las consultas en nuestro Servicio de Urgencias; el dolor de tipo no isquémico es el más frecuente y dentro del mismo el de origen osteomuscular.
- El FRCV más prevalente y más tratado en la muestra analizada fue la HTA; se encontraron altas prevalencias también de diabetes mellitus y dislipemia, así como de tabaquismo.
- El perfil del paciente que más frecuentemente consulta por dolor torácico en nuestro Servicio de Urgencias, y según nuestro estudio, es el de varón de 41-60 años, nacionalidad española, que presenta al menos un FRCV y que en el 19,5% de casos asocia además el hábito tabáquico.
- La proporción global de pacientes que ingresan por dolor torácico en nuestro hospital es menor respecto a otros hospitales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Plan de Salud de Canarias 1996-2000. Consejería de Sanidad y Consumo 1996.
2. Encuesta de Salud de Canarias, 1997. Servicio Canario de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo, 1998.
3. Factores de Riesgo Cardiovascular de la infancia y adolescencia en España. Estudio RICARDIN II: Sociedad Española de Hipertensión. Liga Española para la lucha contra la HTA. Madrid, 1997.
4. Masip J. Actualización en el tratamiento de los síndromes coronarios agudos. Med Clin (Barc), 1999; 113: 294-308.
5. Maignés Galán A, Brotons Cruixarts C, Villar Álvarez I. Grupo de trabajo de Prevención Cardiovascular. MSD. Madrid, 1997.
6. Durán Serrantes M, Calderón de la Barca Gázquez JM, Romero Moreno M y otros. Cardiopatía isquémica (I): angor. En: Jiménez Murillo L y Montero Pérez JF. Protocolos de actuación en Medicina de Urgencias. Mosby/Doyma. Barcelona, 1996; pág 51-56.
7. Bassan R, Gibbler WB. Chest Pain Units: state of the management of patients with chest pain in the emergency department. Rev Med Cardiol, 2001; 54(9):1103-1109.
8. Acedo Guriérrez MS, Barrios Blandino A, Díaz Simón R y otros. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. 4a Edición. MSD. Madrid, 1998; pág 72-79.
9. Aguayo de Hoyos E, Reina Toral A, Ruiz Bailén M y otros. Prehospital care in acute coronary síndromes. Experience of the ARIAM group. Aten Primaria, 2001 (Apr 30); 27(7): 478-483.
10. Piñera Salmerón P, Mariné Blanco M, Martín González C y otros. Características de los pacientes que consultan por dolor en nuestros Servicios de Urgencias. Emergencias, 2003; 15(6) (Extraordinario): 52-53.
11. Anta GB, Rodríguez Arenas MA, De la Fuente de Hoz L, Royuela Morales L. Emergency room admissions in cocaine ussers in spanish hospitals: first evidences of acute complications related to crack use. Work Group for the Study of Emergencies from Psychostimulants. Delegación Nacional para el Plan sobre Drogas. Madrid, 2002.
12. Irrazával MJ, Morán S, Zalaquet R y otros. Coronary reoperation: a 16 years retrospective análisis. Rev Med Chil, 2001; 129(10):1131-1141.
13. Aros F, Loma Osorio A, Bosch X y otros. Management of the registry of the Ischaemic Herat Disease Working Group (RISCI) of the Spain Society of Cardiology. Rev Med Cardiol, 2001; 54(9):1029-1030.