



6011-160. UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO: ¿QUÉ PERFIL TIENEN LOS PACIENTES CANDIDATOS? ¿QUÉ BENEFICIOS NOS APORTA?

Cristina Fraile Sanz, Alejandra Carbonell San Román, M. de la Paz Catalán Sanz, Teresa Segura de la Cal, David del Val Martín, Covadonga Fernández-Golfín Lobán, Marcelo Sanmartín Fernández y José Luis Zamorano Gómez del Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El desarrollo de las unidades de dolor torácico (UDT) se ha basado en la obtención de una máxima rentabilidad en el manejo de pacientes que acuden por dolor torácico al servicio de urgencias (SU), permitiendo una rápida estratificación de riesgo isquémico en estos casos. Nuestro propósito es analizar las características de los pacientes que se pueden beneficiar de la existencia y del manejo en una UDT convencional.

Métodos: Se estudió una población de 105 pacientes, durante dos años y medio, que acudió al SU por dolor torácico, con ECG no diagnóstico y sin elevación de marcadores de lesión miocárdica.

Resultados: La edad media fue de 58 años; 59 (56%) eran varones; 51 (48,6%) padecían HTA, 17 (16,2%) tenían DM, 44 (41,9%) eran hipercolesterolémicos, 26 (24,8%) eran fumadores, 24 (22,8%) habían tenido IAM previo (hacía más de 6 meses) y 6 (5,7%) padecían enfermedad arterial periférica, con un GRACE medio de 71,71 (DE 21,7) y 7 (6,6%) con un *score* por encima de 100. El ECG era normal en 76 pacientes (72,4%) y las determinaciones de troponinas eran negativas. Después de excluir necrosis miocárdica, 90 pacientes realizaron una prueba de esfuerzo (PE) sobre *treadmill*: resultado negativo en 62 casos (68,6%), positiva en 8 (8,9%) y no diagnóstica en 20 (22,2%). Se realizó estudio isotópico en 15 pacientes (14,3%), que resultó positivo en 3 casos (20%), todos ellos con PE negativa. Basándose en los resultados de la PE y los isótopos, se solicitó cateterismo en 10 pacientes (9,5%): 4 de ellos (3,8%) no tenían enfermedad coronaria y en los 6 restantes (5,7%) se llevó a cabo revascularización percutánea. Los pacientes con bajo riesgo para cardiopatía isquémica y PE no diagnóstica fueron dados de alta y reevaluados ambulatoriamente a los 30 días. Solo un paciente de 81 años, cuya PE fue no diagnóstica, acudió de nuevo al SU con diagnóstico de SCACEST, realizándose angioplastia primaria exitosa.

Conclusiones: El perfil de los pacientes candidatos a UDT incluye aquellos de bajo a intermedio riesgo para SCA, permitiéndonos una rápida estratificación y alta temprana del SU en aquellos con PE negativa. Sin embargo, se requiere una selección apropiada de los pacientes y una correcta interpretación de los resultados, especialmente en aquellos que presentan una PE no concluyente, para evitar errores diagnósticos y sus potenciales consecuencias.