

El dolor precordial en el niño: un reto en la atención médica de urgencia.

Pedro L. Rodríguez Cabrera (1), Pedro E. Posada Fernández (2), Nora Gómez Carro (3), Ariel Rodríguez Suárez (4), Gladys Guirola Montejó (5), Ricardo Gómez Carro (6), Jorge Ruiz Sarmiento (7).

Resumen

El dolor torácico de posible origen cardiaco en el niño es una causa frecuente de asistencia al Policlínico Principal de Urgencias, generando una larga y costosa evaluación diagnóstica, por ello se realizó un estudio observacional descriptivo en una muestra comprendida por 60 pacientes que acudieron aquejando dicho síntoma en el segundo semestre del año 1999 al PPU del municipio Ciro Redondo. Se diagnosticó anomalía cardiaca en el 16.7% de los niños estudiados, la presencia de antecedentes patológicos personales de enfermedad cardiaca, así como las características del dolor y los signos detectados en el examen físico, permitieron sugerir el diagnóstico de: Prolapso de Válvula Mitral (13.3%), Pericarditis Reumática y Estenosis Mitral Post Reumática (1.7%) respectivamente, en relación con el total de los casos estudiados. Estas impresiones diagnósticas se corroboraron por ecocardiografías, la radiografía de tórax fue positiva en un paciente y el electrocardiograma negativo en todos los cardiópatas. Las afecciones de origen no cardiaco más observadas fueron las correspondientes al sistema osteomioarticular y de la esfera psíquica. Se concluye que el dolor torácico en el niño rara vez tendrá origen cardiaco, y la anamnesis más un examen físico exhaustivo, son los principales medios diagnósticos para brindar adecuada atención a estos pacientes por parte del especialista en Medicina General Integral en el Policlínico Principal de Urgencias.

Palabras Clave: DOLOR PRECORDIAL EN LA INFANCIA.

1. Médico Especialista de Primer Grado en Pediatría. Master en Urgencia y Emergencia Médica en APS.
2. Médico Especialista de Segundo Grado en Higiene y Epidemiología. Master en Salud Pública. Profesor Asistente.
3. Médico Especialista de Primer Grado en Dermatología.
4. Médico Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.
5. Médico Especialista de Primer Grado en Gastroenterología.
6. Doctor en Ciencias Biológicas. Profesor Titular e Investigador Titular.
7. Médico Especialista de Primer Grado en Pediatría.

INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta los objetivos de la declaración de Alma Atá, Cuba adoptó en Atención Primaria de Salud (A.P.S.) el novedoso y ejemplar modelo del médico de la familia, y utilizó para ello a un médico especialista en Medicina General Integral (M.G.I.) que al formarse como tal pudiese comprender, integrar, coordinar y administrar los cuidados de la salud del individuo, de la familia y de la comunidad, experiencia única en el mundo (1).

La correcta atención a las urgencias médicas representa un reto para los sistemas sanitarios de todos los países desarrollados, debido al incremento de la demanda de este tipo de prestaciones en nuestro país, aun siendo una nación en vías de desarrollo, se crean los Policlínicos Principales de Urgencias (P.P.U.) como componentes del Sistema Integrado de

Urgencias Médicas (S.I.U.M.), con el objetivo de elevar el nivel de atención médica a la población, brindada por especialistas en M.G.I., dada su formación integral (2,3).

Se consideran Urgencias Sanitarias, según la O.M.S., a "toda situación que, en opinión del paciente, su familia o quien quiera que tome la decisión, requiere una atención médica inmediata". Esta definición implica la necesidad de clasificar y priorizar las solicitudes para poder dar una respuesta adecuada a cada una de ellas, dependiendo de los recursos disponibles. En el ámbito asistencial este tipo de demanda, considerada como una urgencia subjetiva requiere una valoración médica inicial para decidir si es una no urgencia, derivándola a su dispositivo asistencial correspondiente o, por el contrario, es una urgencia objetiva que será resuelta por los servicios de urgencias médicas(2).

En este marco de urgencias subjetivas se encuadra al paciente pediátrico que acude al P.P.U. aquejando dolor torácico de posible origen cardíaco, sobre el cual el M.G.I. debe decidir si es una no urgencia o una urgencia objetiva, cuestión ésta que está influenciada por los criterios de enfermedad coronaria, frecuentes en el adulto, pero muy raros según es menor la edad del paciente, además de la incorrecta creencia de que el niño es una miniatura del adulto(4,5).

Dada la creciente preocupación por la comunidad médica y la progresiva conciencia de los factores de riesgo en la enfermedad cardíaca de la población en general, cualquier queja de dolor torácico en los niños y adolescentes va siendo causa de una mayor atención, lo que ha motivado un aumento de solicitud de asistencia médica en los servicios de urgencias; dando lugar a que se inicie una evaluación diagnóstica prolongada y costosa, realizándose exámenes complementarios, así como remisión a Inter. consultas de Cardiología pediátrica a todos los pacientes, generando un aumento en la preocupación por parte del niño o su familia acerca de un síntoma complejo que raramente tendrá origen cardíaco y por tanto muy dudosamente va a resultar en una anomalía cardíológica o en una muerte súbita (6,7).

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional descriptivo para evaluar la utilidad de la anamnesis y el examen físico de pacientes pediátricos con dolor torácico de posible origen cardíaco, como medio diagnóstico, atendidos en la consulta del Policlínico Principal de Urgencias del Municipio Ciro Redondo, provincia Ciego de Ávila, durante el segundo semestre del año 1999.

Se utilizó un muestreo asistemático o incidental en los pacientes que acudieron a consulta del P.P.U. con dolor precordial en el semestre antes mencionado. La muestra se conformó por los 60 pacientes consultados por este síntoma. La unidad muestral se seleccionó de las hojas de cargo de la consulta referida.

Todos los pacientes se evaluaron en la Consulta Provincial de Cardiopediatría, los datos se obtuvieron de la revisión de las historias clínicas y en estas de las anotaciones realizadas por el Cardiólogo Pediatra, sobre la información brindada en la remisión de pacientes por el médico especialista en Medicina General Integral, quien asistió inicialmente al enfermo en el Policlínico Principal de Urgencias y en especial los datos sobre la anamnesis, examen físico y los medios diagnósticos complementarios: Radiografía de tórax, Electrocardiograma de 12 derivaciones y el Ecocardiograma como medio diagnóstico de mayor valor predictivo positivo.

Todos los pacientes recibieron inter consultas por especialistas en Psiquiatría Infantil y Ortopedia y Traumatología, además se interconsultaron con las especialidades de Gastroenterología, Reumatología, Endocrinología y Hematología según el diagnóstico de cada paciente.

Como medida de resumen de la información fueron utilizadas frecuencias absolutas y proporcionales.

RESULTADOS

En el Cuadro 1 se observa que el 75,0% de los pacientes tenían entre 10 y 14 años, grupo donde predominó el sexo masculino (62,2%).

El dolor que todos los niños localizaron en cara anterior del tórax y región precordial se caracterizó según se observa en el Cuadro 2, por aliviarse espontáneamente en el 85,0%, presentaron sudoración el 13,3% de los estudiados, refirieron palpitaciones 7 niños (11,7%) se relacionó con actividad física en el 10,0% y sólo hubo irradiación al miembro superior izquierdo en un paciente (1,7%).

El Cuadro 3 muestra que el dolor duró más de 30 minutos en el 58,3% y menos de 10 en el 16,7% de los niños estudiados.

La taquicardia fue el signo positivo encontrado con mayor frecuencia (26,6%), seguido del soplo cardíaco (18,3%), el desplazamiento del Apex y el roce pericárdico se presentaron en el 1,7% de los enfermos (Cuadro 4).

El 16,7% de los pacientes con dolor torácico tenían una enfermedad cardiovascular. En el 13,3% se diagnosticó Prolapso de la válvula mitral y en el 1,7% Pericarditis Reumática y Estenosis Mitral Post-reumática (Cuadro 5).

De los 6 pacientes con antecedentes patológicos personales de enfermedad cardiovascular, 5 de ellos (83,3%) padecían un Prolapso de la válvula mitral y 1 una Estenosis Mitral post-reumática. El 16,6% de los cardiópatas tenían antecedentes patológicos familiares de enfermedad cardíaca. (Cuadro 6).

El Cuadro 7 muestra que el Ecocardiograma resultó positivo en la totalidad de los pacientes con enfermedad cardiovascular. El Rx de tórax tuvo valor diagnóstico sólo en la Pericarditis Reumática y el ECG resultó negativo en todos los casos.

Las causas más frecuentes de dolor torácico de etiología no cardiovascular fueron la Reacción Situacional y la Osteocondritis esternocostal.

En el 83,3% de los pacientes pediátricos estudiados, el dolor torácico no era de causa cardiovascular (Cuadro 8).

DISCUSIÓN

El dolor torácico predominó en el grupo de edad de 10 a 14 años y en el sexo masculino, lo que se atribuye a una mayor actividad física, dado por la insistencia actual sobre la forma física, combinado con el énfasis sobre competiciones atléticas desde edades cada vez más tempranas que introducen un estrés tanto físico como emocional en niños incapaces aún de enfrentarse a ello (6,8).

En una proporción importante de pacientes el dolor se alivió espontáneamente, duró más de 30 minutos y el síntoma predominante fue la taquicardia. En la mayoría de los pacientes estudiados no se observó predominio de las características semiológicas del dolor cardiovascular según consigna Llanio (9).

La taquicardia es frecuente detectarla en la mayoría de las enfermedades, cardiovasculares o no, presentan mayor valor diagnóstico los soplos cardíacos y el roce pericárdico (10,11).

Una baja frecuencia de niños con dolor precordial tenía una enfermedad cardiovascular en la que predominó el Prolapso de la Válvula Mitral, los antecedentes patológicos personales y familiares se manifestaron según el tipo de enfermedad cardíaca. El Ecocardiograma fue positivo en la totalidad de los cardiópatas, la radiografía de tórax mostró pobre valor diagnóstico y el ECG fue negativo en todos los casos con enfermedad cardíaca (12,13).

Las alteraciones que dan lugar al dolor torácico de origen cardíaco derivan, bien, de una alteración en el balance de aporte y demanda de oxígeno miocárdico o bien de la irritación del pericardio y de la serosa pleural (9).

Existe divergencia de criterios sobre la asociación entre el Prolapso de la Válvula Mitral y el dolor torácico (14,15).

En la Pericarditis Aguda (casi siempre reumática) el dolor se localiza en la porción media o inferior del esternón, dura todo el tiempo que se mantenga el proceso y la obtención por palpación o auscultación de un roce pericárdico es evidencia concluyente del diagnóstico. En el estudio radiológico puede aparecer derrame pericárdico (9,16,17), en el paciente diagnosticado con esta afección se apreció todo el cortejo sintomático.

Se ha descrito relación entre el dolor torácico y la enfermedad del aparato valvular en pacientes jóvenes (11).

El Ecocardiograma resulta el medio diagnóstico de mayor valor predictivo positivo en las afecciones cardiovasculares (12,13).

La Reacción Situacional y la Osteocondritis Esternocostal fueron las causas más frecuentes de dolor torácico en niños.

El dolor torácico en niños y adolescentes rara vez es consecuencia de anomalías cardíacas, según varios autores son las afecciones musculoesqueléticas y dentro de éstas la Osteocondritis Esternocostal la causa más frecuente de dolor torácico en las edades pediátricas (7,8,14).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez F, Zayas M. Estudio para el perfeccionamiento del plan del Médico de la Familia. Rev Cubana Med Gen Integr 1997; 13(1): 12-18.
2. Martín A. Sistema Integral de Urgencias y Emergencias. En: Emergencias Pediátricas. Madrid: Ergon, 1999: 259-66.
3. Alvarez JA, Pérez JC. Organización de la atención urgente. Medicine 1999; 7(120): 5595-9.
4. Díaz G. Los factores de riesgo para la isquemia silente del miocardio. Rev Cubana Med Gen Integr 1996; 2(1): 190-1.
5. Córdoba L. La práctica pediátrica en Cuba. Pediatría 1. Ciudad de La Habana: Pueblo y Educación, 1996: 1-27.
6. Joel B, Richard E, Michael A. Perspectivas cardiológicas del dolor torácico en la infancia: Un problema para referir al especialista? A quién consultar?. Clin Ped Nor (Ed Esp) 1984; 6: 1255-70.
7. Pantell RH, Goodman BW. Adolescent's chest pain: a prospective study. Pediatrics 1993; 71: 881-7.
8. Brown RJ. Costochondritis in adolescents. J Adolesc Health Care 1981; 1: 198-201.
9. Llanio R. Datos anamnésticos y principales síntomas de las enfermedades circulatorias. En Propedéutica Clínica y Fisiopatología. T1. Ciudad de La Habana: Pueblo y Educación, 1982.
10. Bergdahl DM, Stevensos JI, Kawabor M. Prognosis in primary ventricular thachicardia in the pediatric patient. Circulation 1990; 62: 897-901.
11. Barlow JB, Pocok WA, Marchand P. The significance of late systolic murmurs. Am Heart J 1996; 66: 443-52.
12. Poop RL. Echocardiography. N Eng J Med 1990; 323: 101.
13. Selverman NH. Pediatric Echocardiography. Baltimore, Williams and Wilkins, 1993.
14. Driscoll DJ. Chest pain in children: prospective study. J Pediatric 1997; 57: 648-51.
15. Hussein S, Cáceres FM, Llerenas LR, Pérez H. Rev Cubana Cardiol 1998; 24(1): 5-12.
16. Kelly D, Strauss W. Inherited cardiomyopathies. N Eng J Med 1994 : 330-913
17. Hara KS, Ballard D, Ilstrup DM. Rheumatoid pericarditis. Clinical Features and survival. Medicine 1994: 69-81.

ANEXOS

Cuadro 1. Distribución de pacientes según grupos de edad y sexo.

GRUPOS DE EDAD	SEXO				TOTAL	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
De 4 a 9	7	46,7	8	53,3	15	25,0
De 10 a 14	28	62,2	17	37,8	45	75,0
Total	35	58,3	25	41,7	60	100,0

Fuente: Historias Clínicas de los pacientes.

Cuadro 2. Características del dolor

CARACTERISTICAS DEL DOLOR	PACIENTES(N=60)	
	No.	%
Irradiación a miembro superior izquierdo	1	1,7
Relación con actividad física	6	10,0
Alivio espontáneo	51	85,0
Acompañado por disnea	3	5,0
Presencia de sudoración	8	13,3
Presencia de palpitations	7	11,7
Presencia de palidez	6	10,0

Fuente: Historias Clínicas de los pacientes.

Cuadro 3. Tiempo de duración del dolor

DURACION EN MINUTOS	No.	%
Menos de 10	10	16,7
De 10 a 30	15	25,0
Más de 30	35	58,3
TOTAL	60	100,0

Fuente: Historias Clínicas de los pacientes.

Cuadro 4. Signos positivos en el examen físico del Sistema Cardiovascular

SIGNOS CLINICOS	PACIENTES(N=60)	
	No.	%
Taquicardia	16	26,6
Soplo Cardíaco	11	18,3
Desplazamiento del Apex	1	1,7
Roce pericárdico	1	1,7

Fuente: Historias Clínicas de los pacientes.

Cuadro 5. Distribución de pacientes según enfermedad cardiovascular

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR	PACIENTES(N=60)	
	No.	%
Prolápsos de válvula mitral	8	13,3
Pericarditis Reumática	1	1,7
Estenosis Mitral Post-Reumática	1	1,7
TOTAL	10	16,7

Fuente: Historias Clínicas de los pacientes.

Cuadro 6. Distribución de pacientes según Enfermedad Cardiovascular y Antecedentes Patológicos Personales y Familiares.

ENFERMEDAD CARDIACA	ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD CARDIACA			
	PERSONALES(N=6)		FAMILIARES(N=12)	
	No.	%	No.	%
Prolápsos de válvula mitral	5	83,3	1	8,3
Pericarditis Reumática	-	-	1	8,3
Estenosis mitral post-reumática	1	16,7	-	-
TOTAL	6	100,0	2	16,6

Fuente: Historias Clínicas de los pacientes.

Cuadro 7. Distribución de pacientes según enfermedad cardiaca y exámenes complementarios positivos.

ENFERMEDAD CARDIACA	EXAMENES COMPLEMENTARIOS					
	Rx DE TORAX		ECG		ECO	
	No.	%	No.	%	No.	%
Prolápsos de válvula mitral	-	-	-	-	8	80,0
Pericarditis Reumática	1	100,0	-	-	1	10,0
Estenosis mitral post Reumática	-	-	-	-	1	10,0
TOTAL	1	100,0	-	-	10	100,0

Fuente: Historias Clínicas de los pacientes.

Cuadro 8. Distribución de los pacientes con dolor torácico de causa no cardiovascular.

ENFERMEDADES	No.	%
Reacción situacional	17	34,0
Osteocondritis esternocostal	11	22,0
Tensión muscular	5	10,0
Escoliosos lumbotorácica	4	8,0
Síntomas psicósomáticos	4	8,0
Bronquitis alérgicas	3	6,0
Crisis aguda de asma bronquial	2	4,0
Duodenitis parasitaria	1	2,0
Síndrome de la pared costal	1	2,0
Esofagitis por ingestión de cáusticos	1	2,0
Sickleimia	1	2,0
TOTAL	50	100,0

Fuente: Historias Clínicas de los pacientes.