



ORIGINAL

Validez diagnóstica del lenguaje de las manos en el dolor torácico de origen coronario



F.J. Montero-Pérez^{a,*}, F. de Borja Quero-Espinosa^a, M.J. Clemente-Millán^a, J.A. Castro-Giménez^a, J. de Burgos-Marín^a y M.Á. Romero-Moreno^b

^a Unidad de Gestión Clínica de Urgencias, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Hospital Universitario Reina Sofía, Universidad de Córdoba, Córdoba, España

^b Unidad de Gestión Clínica de Cardiología, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Hospital Universitario Reina Sofía, Universidad de Córdoba, Córdoba, España

Recibido el 25 de octubre de 2016; aceptado el 23 de febrero de 2017

Disponible en Internet el 11 de abril de 2017

PALABRAS CLAVE

Medicina de urgencias;
Dolor torácico;
Gestos;
Síndrome coronario agudo

Resumen

Objetivos: Comprobar la frecuencia de 3 gestos realizados con las manos por los pacientes con dolor torácico y determinar su validez diagnóstica en el síndrome coronario agudo.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo de 383 pacientes adultos asistidos en un servicio de urgencias por dolor torácico. Se observó la realización de determinados signos gestuales con las manos, previamente referidos en la literatura médica como característicos de dolor coronario (gesto 1: mano en puño dispuesta sobre zona esternal o signo de Levine; gesto 2: mano abierta situada en la misma localización; gesto 3: ambas manos colocadas en el centro del tórax), así como la de otros gestos. Se analizó su asociación con el origen coronario del dolor.

Resultados: En 164 (43%) pacientes se confirmó el origen coronario del dolor (grupo SCA), y en 219 (57%) no se confirmó (grupo no SCA). Un 89% de pacientes identificaron su dolor con alguno de los 3 gestos clásicos. El más frecuente fue el 2, tanto globalmente (59%) como por grupos (60% grupo SCA; 57,5% grupo no SCA). No hubo asociación significativa entre el tipo de gesto realizado y el diagnóstico final ($p=0,172$). La mayor especificidad correspondió al signo de Levine (90%), seguida de otros gestos (86%) y del gesto 3 (81%).

Conclusiones: Aunque el 89% de los pacientes expresaron el dolor torácico con alguno de los 3 gestos manuales clásicamente asociados al dolor coronario, ninguno de ellos alcanzó suficiente precisión diagnóstica para ser utilizado como indicativo de este tipo de dolor.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javiermonteroperez@gmail.com (F.J. Montero-Pérez).

KEYWORDS

Emergency medicine;
Chest pain;
Gestures;
Acute coronary
syndrome

Diagnostic validity of hand gestures in chest pain of coronary origin**Abstract**

Objectives: To determine the frequency of 3 hand gestures by patients with chest pain and determine the diagnostic validity of the gestures in acute coronary syndrome.

Patients and methods: A prospective study was conducted on 383 adult patients treated for chest pain in an emergency department. We observed certain hand gestures, previously referred to in the medical literature as characteristic of coronary pain (gesture 1: a clenched fist held over the sternal area or Levine's sign; gesture 2: open hand located over the same area; gesture 3: both hands placed in the centre of the chest), as well as other gestures. We analysed their association with the coronary origin of the pain.

Results: We confirmed the coronary origin of the pain in 164 (43%) patients (ACS group). The other 219 patients (57%) did not have a coronary origin for the pain (nonACS group). Eighty-nine percent of the patients identified their pain with one of the 3 classical gestures. The most frequent gesture was number 2, both overall (59%) and by group (60% ACS group; 57.5% nonACS group). There was no significant association between the type of gesture and the final diagnosis ($P = .172$). The greater specificity corresponded to Levine's sign (90%), followed by other gestures (86%) and gesture 3 (81%).

Conclusions: Although 89% of the patients expressed their chest pain with one of the 3 manual gestures classically associated with coronary pain, none achieved sufficient diagnostic accuracy to be used as indicative of this type of pain.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). All rights reserved.

Introducción

Ante un dolor torácico agudo (DTA) el médico de urgencias debe discernir si su origen es banal o está causado por trastornos potencialmente mortales como el síndrome coronario agudo (SCA).

El DTA es un síntoma frecuente de consulta, que representa entre el 5-15% del total de asistencias urgentes atendidas^{1,2}. En España^{1,3,4}, entre el 26 y el 46% de casos de DTA son inicialmente considerados un SCA, pero dados de alta posteriormente sin confirmarse dicho diagnóstico. No obstante, el 2-10% de los pacientes enviados a domicilio con el diagnóstico de DTA no coronario tienen un SCA, con peor pronóstico que el de los correctamente identificados e ingresados.

Los pilares de la evaluación del paciente con DTA son la historia clínica, la exploración física, el electrocardiograma y los biomarcadores cardíacos. Posteriormente, diversos protocolos clínicos, algoritmos de decisión y escalas de puntuación⁵⁻¹⁰ han intentado mejorar la efectividad y eficiencia en el diagnóstico del DTA, pero no se han validado para discernir si el origen del DTA es o no coronario.

Cuando se inquiera a pacientes con DTA cuestiones como «muéstreme dónde tiene el dolor» y «¿cómo es?», muchos utilizan los movimientos de sus manos para localizar el dolor y transmitir su cualidad^{11,12}, ilustrando gráficamente sus síntomas. Así, importantes tratados de Cardiología¹³⁻¹⁷ han hecho referencia al signo de Levine, y otros, como sugestivos o incluso patognomónicos del origen coronario del DTA. Un puño cerrado sobre el esternón (signo de Levine¹³, fig. 1A) transmite una cualidad desgarradora del dolor. Una mano extendida describe la sensación de pesadez en el tórax

(fig. 1B). Una sensación de banda constrictiva en el tórax puede ser representada por un movimiento lateral de la superficie palmar de ambas manos desde el centro del pecho (fig. 1C). Los pacientes con dolor de origen no coronario pueden utilizar otras posiciones o movimientos para ilustrar su dolor, como el de los dedos arriba y abajo del esternón (dolor esofágico) o a punta de dedo (dolor de pared torácica¹⁸).

En la literatura son escasos los estudios que analizan la validez de estos signos en el diagnóstico del SCA, y sus resultados poco concluyentes, a pesar de haberse realizado en pacientes previamente seleccionados de unidades coronarias^{11,12}.

Por ello, este estudio analiza la frecuencia y validez diagnóstica de estos signos gestuales en una cohorte de pacientes que consultaron al servicio de urgencias hospitalario (SUH) por DTA. La hipótesis inicial fue que el lenguaje gestual de las manos tiene validez diagnóstica para identificar el DTA coronario y distinguirlo del no coronario.

Pacientes y métodos**Diseño**

Estudio de cohortes prospectivo de una muestra de pacientes mayores de 14 años atendidos en un SUH por DTA, entre el 1 de junio de 2013 y el 31 de mayo de 2014. Este SUH asiste aproximadamente 125.000 urgencias/año. La selección de pacientes se realizó mediante muestreo por lotes. Cada lote incluyó todos los pacientes que, de forma consecutiva, consultaron por DTA durante la jornada laboral de los investigadores participantes. Se excluyeron los pacientes

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5683481>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5683481>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)