



Caso 33: Dolor de pecho

- **Queja principal**
 - Hombre de 42 años presenta con dolor de pecho
- **Signos vitales**
 - **FC: 143** **TA: 197/93** FR: 16 SatO2: 97% Temp: 37,4°C Peso: 75 kg
- **Apariencia del paciente**
 - El paciente está sentado en la cama sosteniendo su pecho.
- **Encuesta primaria**
 - Vía aérea: habla normalmente
 - Respiración: sin dificultad respiratoria, pulmones claros sin ruidos agregados
 - Circulación: piel cálida, 2+ pulsos distales
- **Acción**
 - Coloque al paciente en el monitor.
 - Dos vías intravenosas periféricas de gran calibre (Tome muestras sanguíneas)
 - Considere 1 L de bolo de fluidos intravenosos
 - Glucometría (análisis de diagnóstico inmediato) (96, si se solicita)
 - Pedir ECG inmediatamente ([Figura 33.1](#) - taquicardia sinusal, HVI, cambios inespecíficos de las ondas ST y T, considerar isquemia anterolateral)
- **Mensaje del instructor:** a este punto discutir los diagnósticos diferenciales
- **Historia**
 - Fuente: paciente
 - Padecimiento actual : un hombre de 42 años presenta dolor en el pecho de 1-2 horas de duración. El paciente informa que tuvo un dolor repentino en el pecho justo antes de llegar. El dolor es agudo y punzante en el lado izquierdo de su pecho. Tiene asociado sudoración y entumecimiento en el brazo derecho. Niega irradiación del dolor al brazo/mandíbula/espalda, dificultad para respirar, náuseas/vómitos o debilidad focal.
 - **Si se le pregunta específicamente:** El paciente afirma que ha estado consumiendo cocaína durante los últimos días.
 - Antecedentes personales patológicos: Hipertensión arterial
 - Antecedentes quirúrgicos: ninguno
 - Alergias: ninguna

- Medicamentos: amlodipina (no cumple)
- Historia social: fuma 1 paquete por día, consumo ocasional de alcohol, (si se le pregunta específicamente) consume cocaína.
- Antecedentes familiares: no contribuye
- Médicas de reanimación: completo
- **Examen físico**
 - **General:** despierto y alerta, sentado en la cama sosteniendo su pecho
 - **Cabeza, ojos, orejas, nariz, garganta:** normal, (si se le pregunta específicamente) pupilas dilatadas bilateralmente
 - Cuello: normal
 - Pecho: sin dolor reproducible en la pared torácica
 - **Corazón:** taquicardia, ningún otro hallazgo
 - Pulmones: normales
 - Abdomen: normal
 - Extremidades: sin edema periférico.
 - Espalda: normal
 - neurológico: normal
 - **Piel:** diaforético, ningún otro hallazgo
- **Mensaje del instructor:** los estudiantes deben discutir los diagnósticos diferenciales
- **Acción**
 - Solicitar laboratorios
 - Hemograma completo, panel metabólico básico , troponina, hormona estimulante de la tiroides, análisis de drogas en orina, nivel de alcohol en sangre
 - Considere péptido natriurético auricular, tiempo de protrombina/RIN, tiempo parcial de tromboplastina, pruebas hepáticas, lipasa
 - Ordenar imágenes
 - Radiografía de torax portatil inmediata
 - Ordenar medicamentos
 - 1 L de bolo de fluidos intravenosos (si aún no se ha administrado, puede considerar 2do litro)
 - Aspirina VO (325 mg)
 - Considere nitroglicerina sublingual (0,04 mg), repita cada 3-5 minutos (x3)
 - Se puede considerar nitroglicerina en goteo.
 - Benzodiazepina EV (lorazepam 2 mg IV o equivalente)
 - Ultrasonido en el punto de atención (análisis de diagnóstico inmediato) (si se usa) mostrará campos pulmonares normales, sin signos de sobrecarga del ventrículo derecho o derrame pericárdico, vena cava inferior colapsable, sin evidencia de disección aórtica.

- **Respuesta/Resultados**

- Reevaluación del paciente y repetición de signos vitales:
 - Si se administra una benzodiazepina:
 - Signos vitales: **FC 130 TA 162/89**
 - El dolor mejoró a 6/10, mejoró la agitación.
 - Acción: Repetir administración de benzodiazepina
 - Si no se da una benzodiazepina:
 - Signos vitales: **FC 155 TA 196/101**
 - Dolor continuo 10/10 y agitación marcada.
 - Acción: administre una benzodiazepina
 - Si se administra nitroglicerina sin benzodiazepinas:
 - Signos vitales: **FC 120 TA 160/80** (o inferior si se titula goteo)
 - Continua con dolor intenso y agitación.
 - Acción: administre benzodiazepina
- [Caso 33 Resultados de laboratorio](#) (normal)
- Resultados de laboratorio adicionales: **troponina I: 0,12 ng/ml**, prueba de detección de drogas en orina **positivo por cocaína, nivel de alcohol 120**
- radiografía de tórax ([Figura 33.2](#) - normal)

- **Mensaje del instructor:** discutir opciones para el tratamiento de pacientes con síndrome coronario agudo relacionado con la cocaína

- **Acción**

- Considere hacer una consulta con cardiología
 - Las recomendaciones de la consulta incluyen aspirina (si aún no se ha administrado), observación continua, troponina en serie y repetición del ECG (sin cambios)
- Actualizar al paciente sobre el diagnóstico presuntivo y el plan.
- Admitir al paciente con telemetría para observación.

- **Diagnóstico**

- Diagnóstico primario: síndrome coronario agudo relacionado con la cocaína

- **Acciones críticas**

- ECG inmediato, monitoreo cardíaco
- Obtener antecedentes de abuso de cocaína.
- Aspirina
- Benzodiazepinas EV
- Evite los betabloqueantes
- Admitir con telemetría

- **Guía del instructor**

- Este es un caso de taquicardia e hipertensión severa en un paciente que presenta dolor en el pecho después del consumo de cocaína. Las acciones tempranas importantes incluyen obtener un ECG, administrar aspirina y administrar benzodiazepinas. El ECG y la troponina revelarán una isquemia aguda no específica que complica el consumo de cocaína. Si el tiempo lo permite, considere taquicardia refractaria y agitación que requieran dosis múltiples de benzodiazepinas. El paciente debe ser dispuesto al servicio de cardiología para observación mediante monitoreo telemétrico. Considere la posibilidad de que el paciente regrese una hora más tarde con un STEMI si es dado de alta.

- **Puntos de enseñanza del caso**

- El diferencial para el dolor torácico en el contexto del consumo de cocaína debe incluir vasoespasma inducido por cocaína, arritmia inducida por cocaína, síndrome coronario agudo, pericarditis, miocarditis, disección aórtica, síndrome de Takotsubo, embolia pulmonar, úlcera péptica/perforación y barotrauma relacionado con la inhalación. (incluido neumomediastino, neumotórax, neumopericardio).

- **¿Por qué mecanismos la cocaína aumenta el riesgo de síndrome coronario agudo?**

- Actúa como fármaco simpaticomimético con estimulación de los receptores alfa y beta.
 - Puede causar un aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial, lo que lleva a un aumento de la demanda cardíaca y una disminución de la perfusión miocárdica, lo que resulta en isquemia por demanda.
 - Contrae los vasos coronarios, lo que puede provocar vasoespasma.
- La cocaína provoca un aumento de la agregación plaquetaria y un estado protrombótico que aumenta el riesgo de aterosclerosis a una edad más temprana.

- **¿En qué se diferencian el diagnóstico y el tratamiento en pacientes que presentan dolor en el pecho relacionado con el consumo de cocaína y en un paciente típico con síndrome coronario agudo?**

- Se aplican los mismos principios básicos que para la atención habitual del SCA, excepto:
 - USAR benzodiazepinas
 - NO UTILICE betabloqueantes.
- Puede considerar agregar una prueba de detección de drogas en orina
 - La prueba de detección de drogas en orina generalmente es específica para cocaína y permanecerá positiva durante 2 o 3 días después de su uso.
 - Los pacientes pueden tener dolor persistente y presentación tardía hasta 3-4 días después del consumo de cocaína debido a los metabolitos activos persistentes.
- Las benzodiazepinas son el tratamiento de primera línea para la agitación relacionada con la cocaína y las complicaciones del síndrome tóxico simpaticomimético; Es posible que se requieran dosis altas o repetidas.

- Se debe obtener un ECG en todos los pacientes con dolor torácico al llegar al servicio de urgencias.
 - El SCA relacionado con la cocaína puede ocurrir en pacientes relativamente jóvenes
 - Los consumidores crónicos de cocaína a menudo tienen ECG de base anormales, incluidos hallazgos de hipertrofia ventricular izquierda, repolarización temprana u otras anomalías de la repolarización.
 - Los ECG seriados pueden ayudar a identificar cambios isquémicos agudos
- Pacientes con isquemia aguda.
 - Inicie el tratamiento estándar para el SCA que incluya 325 mg de aspirina VO y nitroglicerina (considere heparina en goteo y/o clopidogrel según las recomendaciones de cardiología).
 - Los pacientes con infarto de miocardio con elevación de segmento ST o síndrome coronario agudo sin elevación del ST que no responden al tratamiento médico deben ser tratados con intervención coronaria percutánea de emergencia o trombolíticos.
 - Ante la duda consultar a cardiología
- NO le dé betabloqueantes
 - Esto puede resultar tentador en un paciente que presenta hipertensión arterial grave y taquicardia.
 - Los betabloqueantes están contraindicados en pacientes que presentan intoxicación por cocaína y dolor torácico.
 - Los betabloqueantes selectivos no deben usarse debido a la hipertensión refractaria debida a la actividad alfa sin oposición.
 - Los betabloqueantes no selectivos (es decir, el labetalol) pueden ser seguros, aunque falta evidencia.

● Atribuciones

- **Autor(es):** Dr. Lacie Bailey, Dra. Michael Zdradzinski
- Editor(es): Dr. Collin Michels
- Editor Jefe: Dr. Dana Loke, Dra. Kristen Grabow Moore
- Traducción al Español: Dr. Matias Olivares
- Editor al Español: Dr. Leonardo Alonso
- **Referencias:**
 - Prosser JM, Perrone J. Chapter 187: Cocaine and Amphetamines. In: Judith E. Tintinalli, J. Stapczynski, O. John Ma, et al, editors. Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide (8th ed). New York: McGraw-Hill;2015.
 - Morgan JP. Clinical manifestations, diagnosis, and management of the cardiovascular complications of cocaine abuse. In: Post TW editor. UpToDate. Waltham(MA): UpToDate; 2021.
 - Orman R, Mattu A. Cardiology Corner: Cocaine Chest Pain. 2018 [cited 8/14/21] In: EM:RAP [Internet]. Available from: <https://d140vvwqovffrf.cloudfront.net/attachments/block/2286.pdf>

- Brown Ian. Approach to Chest Pain. In: Mattu A and Swadron S, ed. CorePendium. Burbank, CA: CorePendium, LLC.
<https://www.emrap.org/corependium/chapter/recnCskZ7cdQzjZES/Approach-to-Chest-Pain#h.4wqbitt5zj4f>. Updated June 10, 2021. Accessed November 23, 2022.
- Image References
 - ECG from Life in the Fast Lane
 - ECG courtesy of NYU School of Medicine Emergency Care Electrocardiogram (ECG) Database:
<https://education.med.nyu.edu/ecg-database/app/search/results/31901>
 - Chest XR from A. Prof Frank Gaillard, Radiopaedia.org, rID: 8304

Caso 33 Resultados de laboratorio

Panel Metabólico Básico:

Na	135 mEq/L
K	4,5 mEq/L
Cl	98 mEq/L
CO ₂	24 mEq/L
Urea	15 mg/dL
Cr	0,9 mg/dL
Glucosa	86 mg/dL

Panel de función hepática:

AST	32 U/L
ALT	14 U/L
Fos alc	90 U/L
Bili total	1,1 mg/dL
Bili Directa	0,3 mg/dL
Lipasa	40 U/L
Albúmina	4,5 g/dL

Hemograma completo:

Leucocitos	8,2 x 10 ³ /uL
Hg	14,1 g/dL
Hct	42,5%
Plaquetas	150x10 ³ /uL

Análisis de orina:

Peso específico	1.018
pH	6.8
prot	negativo
Gluc	negativo
Cetonas	negativo
Bilirrubina	negativo
Sangre	negativo
Leucocitos	negativo
Nitritos	negativo
Color	Amarillo

Panel de coagulación:

PT	13,1 segundos
INR	1.0
PTT	26 seg

[Volver al caso](#)

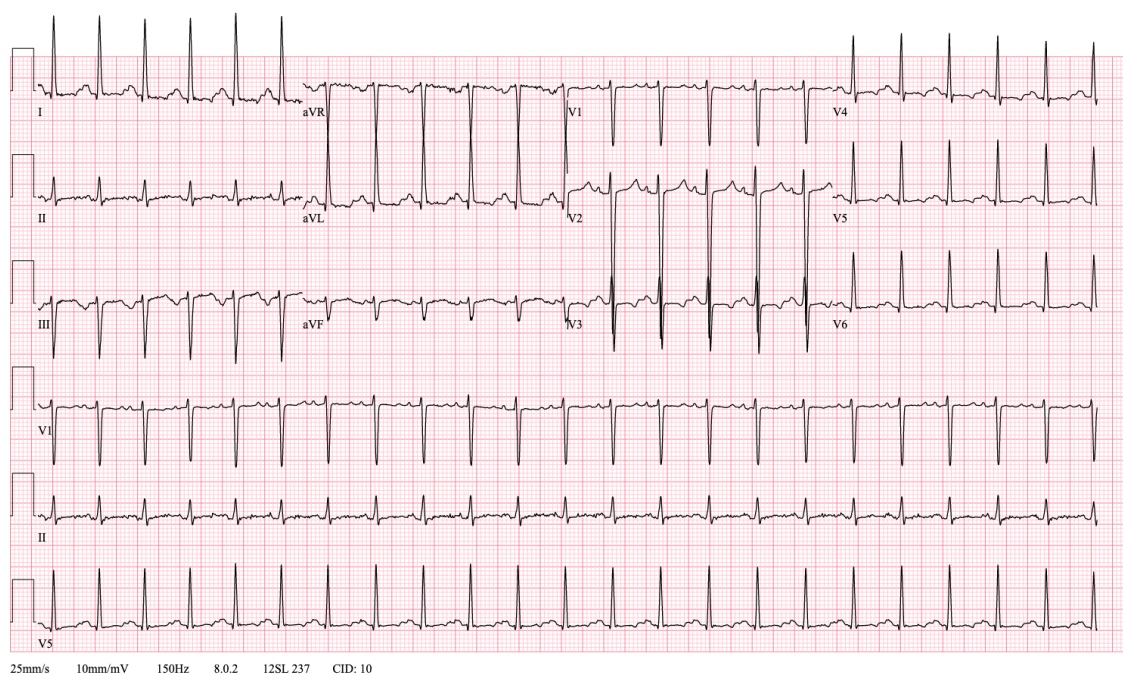
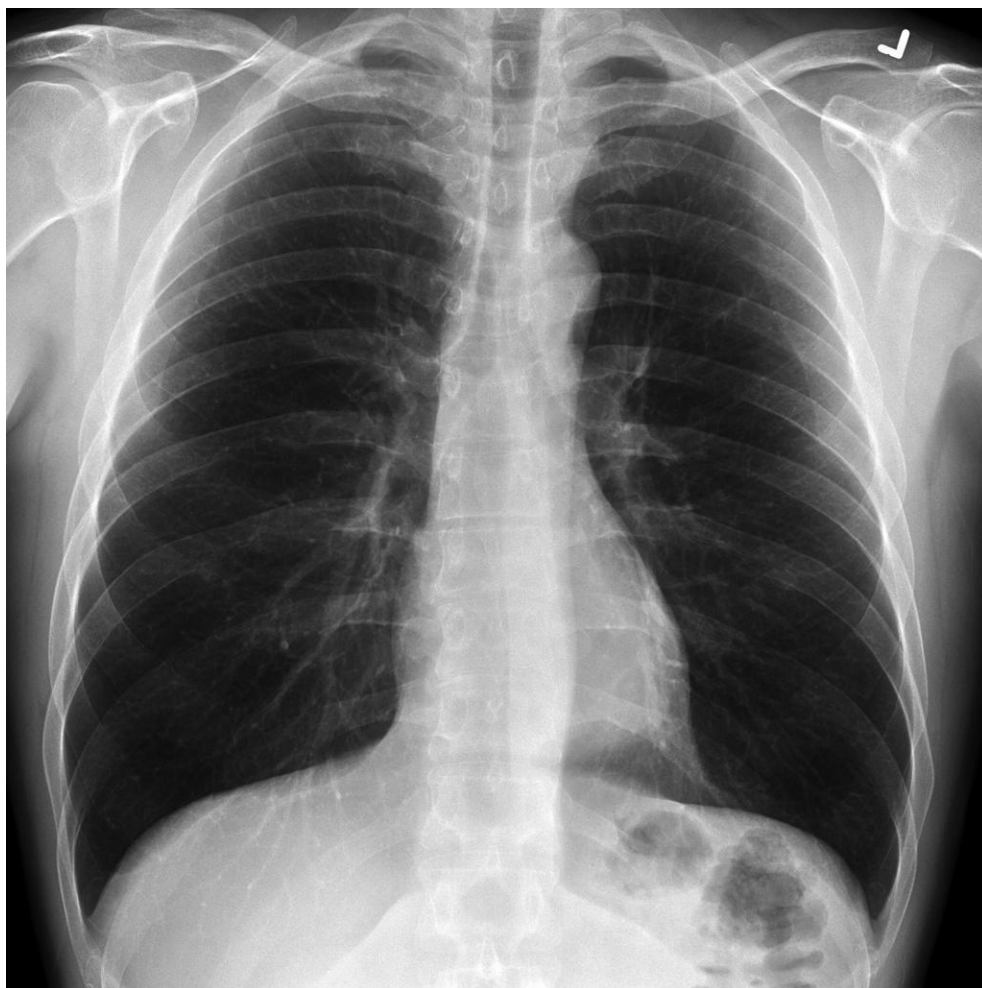
Figura 33.1- ECG[Volver al caso](#)

Figura 33.2- RX de tórax



[Volver al caso](#)