

---

## DOLOR PRECORDIAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN SEPTIEMBRE DE 1986 A SEPTIEMBRE DE 1987

J.M. Aguilar, A. Cardozo C.\*

Palabras Claves: *Dolor Precordial - Infarto agudo del Miocardio -Fumar.*

---

### RESUMEN

Se realizó este estudio retrospectivo en el servicio de medicina interna del hospital general de Medellín, con el fin de conocer las causas de dolor precordial y su relación con ciertas variables clínicas, tomando una muestra de 48 pacientes, entre septiembre 1986 a septiembre de 1987 que consultaron por esta causa.

### INTRODUCCION

El dolor precordial es parte de un complejo sintomático que puede ser tanto de origen cardiaco como no cardiaco. (1) (2).; además existe poca correlación entre la severidad del dolor precordial y la gravedad de su causa. De ahí, que es importante realizar un buen enfoque de estos pacientes, ya que hacer un diagnóstico positivo incorrecto de una condición riesgosa puede traer al paciente consecuencias económicas y psicológicas lesivas y puede llevar a procedimientos complejos innecesarios. De otro lado, la falla en reconocer el diagnóstico de una entidad grave, puede resultar en un peligroso retraso de un tratamiento más urgente (2) (3).

Se consideró de importancia realizar el presente estudio con el fin de tener una información confiable en el servicio de medicina interna del Hospital General de

Medellín, de las patologías más frecuentes asociadas con dolor precordial y su relación con ciertos factores de riesgo descritos en la literatura médica. (3) (4) (5) (6) (7).

### MATERIALES Y METODOS

Estudio descriptivo en una población de 48 pacientes cuya causa de consulta fue dolor precordial. Los pacientes eran ingresados por el servicio de urgencias del Hospital General de Medellín (H.G.M.) y hospitalizados en el servicio de clasificados de Medicina interna, entre septiembre 1986 a septiembre de 1987.

A los pacientes se les realizó una historia clínica de acuerdo a un formulario diseñado para esta investigación. Se estudiaron las siguientes variables: edad, sexo, características del dolor, irradiación del dolor, síntomas asociados, antecedentes personales, hábitos de fumar y beber, y diagnóstico.

Como ayudas diagnósticas se realizaron pruebas de laboratorio clínico de acuerdo a la patología sospechada. Se practicaron electrocardiogramas que correlacionados con los hallazgos de laboratorio clínico y la historia realizada definieron el diagnóstico. La información obtenida se procesó manualmente empleando para su análisis las pruebas estadísticas pertinentes.

### RESULTADOS

Se obtuvieron 48 pacientes hospitalizados por dolor precordial en el servicio de clasificados de medicina

---

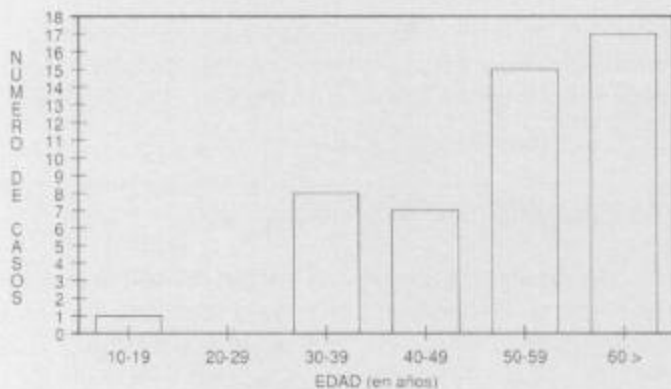
\* Juan M. Aguilar, Armando Cardozo C. *Cardozo*  
Médicos Internos de la Facultad de Medicina  
del Instituto de Ciencias de la Salud CES  
Medellín - Colombia

interna del Hospital General de Medellín en el período comprendido entre Septiembre 1986 a Septiembre de 1987.

De estos 22 (45%) fueron hombres, 26 (55%) fueron mujeres. La edad de los pacientes fluctúa entre los 19 años y 89 años con una media de 49,5 años. (Gráfico #1). En la distribución por sexo y edad se encontró que un buen porcentaje de hombres como de mujeres están por encima de los 50 años. (Gráfico No. 2)

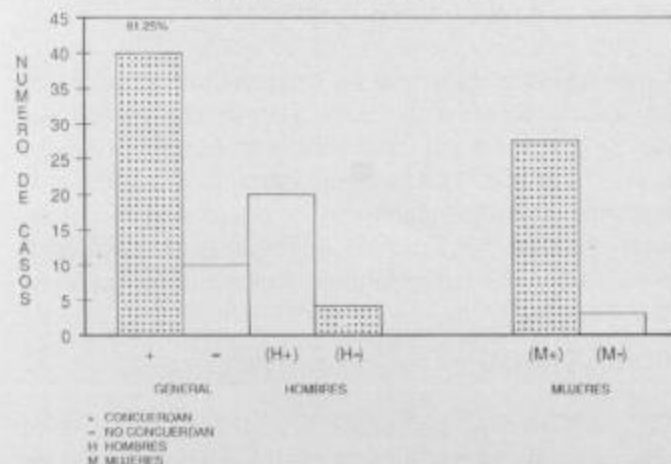
**GRAFICO No. 1**

**DISTRIBUCION POR EDAD DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR DOLOR PRECORDIAL EN EL SERVICIO DE M.I. CLASIFICADOS EN EL H.G.M. SEPT. 1986 - SEPT. 1987**



**GRAFICO No. 2**

**DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR DOLOR PRECORDIAL EN EL SERVICIO DE M.I. CLASIFICADOS EN EL H.G.M. SEPT. 1986 - SEPT. 1987**

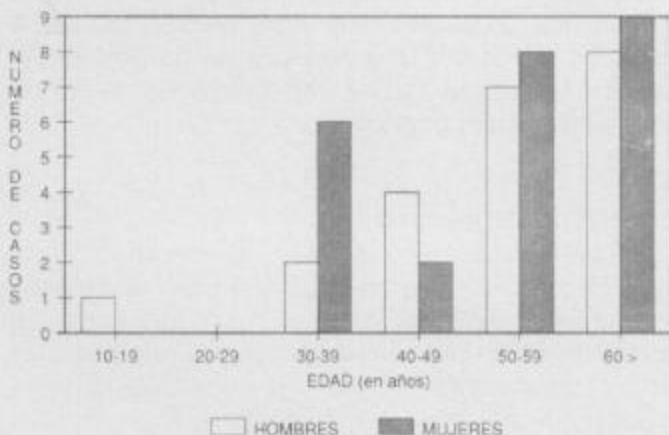


Se obtuvieron los siguientes diagnósticos: Infarto agudo del Miocardio 29 (60%); Angina de pecho 7 (15%); Tromboembolismo pulmonar 2 (4%); Osteocondritis 2 (4%); Pericarditis 2 (4%); Insuficiencia Cardíaca Congestiva (I.C.C.) 2 (4%); Edema pulmonar 1 (2%); Ansiedad 1 (2%); Fibrosis pulmonar 1 (2%); Diferido 1 (2%).

La concordancia diagnóstica al ingreso y al egreso del paciente fue 39 (81,25%). (Gráfico # 3). Como datos estadísticos generales de la población total estudiada se encontró en cuanto a los hábitos de fumar y beber lo siguiente: 36 (75%) son fumadores; de los cuales los hombres representan 19 (52%) y las mujeres 17 (42%). Con respecto al consumo de bebidas alcohólicas se observó que 39 (81%) de los pacientes no son bebedores; del total de bebedores, los hombres representan 8 (89%).

**GRAFICO No. 3**

**CONCORDANCIA DX DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR DOLOR PRECORDIAL EN EL SERVICIO DE M.I. CLASIFICADOS EN EL H.G.M. SEPT. - 1986 - SEPT. 1987**



Como el peso mayor de la morbilidad en la población estudiada fue dado por el infarto agudo del miocardio analizaremos algunas de las variables encontradas en dicho grupo:

- Total de pacientes 29 (60%)
- Distribución por sexo: 15 (51%) hombres y 14 (49%) mujeres.
- En la frecuencia por edad hubo predominio en personas mayores de 50 años con el 82%; se observó además que en los 5 pacientes restantes menores de 50 años había una incidencia mayor en el grupo masculino. 4/1.

- El tiempo de inicio del dolor precordial hasta el momento de la consulta se observó de la siguiente manera: 8 (28%) consultaron con menos de dos horas de evolución, 5 (17%) con 2 a 5 horas de evolución, 7 (24%) de 6 a 12 horas y 9 (31%) con dolor de más de 12 horas; siendo similar la proporción entre hombres y mujeres.
- Se encontró irradiación del dolor en 24 (83%) de los pacientes, siendo los sitios de más frecuencia por orden: Miembro superior izquierdo, hombro izquierdo, cuello y mandíbula.
- Características del dolor en 89% de los pacientes lo describen como opresivo, no encontrándose diferencia significativa en ambos sexos.
- En la revisión por sistemas; se encontró que el 22 (75%) de los pacientes que presentaban dolor tenían además diaforesis; 19 (65%) sensación de disnea y sensación inminente de muerte; 15 (51%) presentaban náuseas y/o vómito y 12 (41%) sensación de mareo.
- En los antecedentes personales se encontró que 15 (51%) tenían episodio previo de dolor similar.
- Solo 3 (10%) tenían antecedentes de infarto antiguo. La patología asociada más observada fue hipertensión arterial 8 (27%); seguida por diabetes mellitus 4 (13%) en proporción similar para hombres y mujeres. Fuman más de 10 cigarrillos por día 27 pacientes (93%).
- Antecedentes familiares: El 24% de los pacientes presentaron antecedentes positivos para enfermedades coronarias.
- Dentro de las pruebas paraclínicas se dió valor a la evolución de la enzima CPK, MB cuya proporción se encontró alta en 17 (59%). Todos los pacientes presentaron los cambios electrocardiográficos clásicos sugestivos del diagnóstico, que se encuentran descritos en la literatura (1) (3) (6) (8) (9) (10).
- El promedio de días estancia por esta patología fue de 8 días; siendo el promedio de hospitalización en el servicio de medicina interna de 10 días.

La mortalidad de la población estudiada fue 1 (3,4%).

Los datos obtenidos con relación a la angina de pecho fueron los siguientes:

- Número total de pacientes y distribución por sexo: 7 (14%) de los cuales 4 (57%) mujeres y 3 (43%) hombres.
- Se presentó irradiación del dolor en 5 (70%) de predominio a miembro superior izquierdo y cuello.

- Características del dolor: opresivo en 6 pacientes (85%) y desencadenado por el ejercicio en 5 (70%).
- Dentro de los antecedentes personales se relató episodio previo del dolor en 5 pacientes (70%); antecedente de infarto del miocardio antiguo en 2 (28%); antecedente de hipertensión arterial en 4 (57%); de diabetes mellitus en 2 (28%); hábito de fumar en 5 (70%).
- Antecedente familiar de enfermedad coronaria en 1 (14%).

## DISCUSION

Este trabajo descriptivo nos permite reafirmar, que el dolor precordial es un síntoma importante en las enfermedades cardiovasculares pero no exclusivo de ellas. (1) (2) (3) (4) (5) (6) (11) (12) (13).

Observamos que la década de los 50 años sigue siendo el grupo de mayor riesgo para las enfermedades cardiovasculares sin que hayamos encontrado una diferencia importante en cuanto al sexo. (1) (3) (5) (6) (7).

En esta población se encontró que el Infarto del Miocardio fue la principal causa de dolor precordial, guardando las características clásicas en cuanto al tipo de dolor, irradiación y síntomas asociados. Además se evidenció una elevada proporción en el hábito de fumar siendo similar la distribución por sexo; junto con una alta incidencia con antecedente de dolor similar previo. No se encontró una franca correlación en los demás antecedentes personales patológicos (Infarto del Miocardio, Diabetes Mellitus, Hipertensión). (1) (3) (5) (6) (7) (13) (14).

Consideramos que este trabajo podría ser el preámbulo de nuevas investigaciones en relación con este tema, tomando la población a estudiar de la totalidad de pacientes que consultan al servicio de urgencias del Hospital General de Medellín (H.G.M) por dolor precordial, y así poder apreciar la incidencia del mismo, aproximándose a la causalidad del problema.

## AGRADECIMIENTOS

DR. Francisco J. Lotero, médico internista-profesor titular del Instituto de Ciencias de la Salud. CES. por la asesoría clínica y colaboración en este estudio. Además al DR. Germán Antía por su colaboración y asesoría estadística





---

## BIBLIOGRAFIA

1. FOWLER O. NOBLE. *Cardiac diagnosis and treatment*. 3ed. Cap. 2; 24-26 36; 696-732 37; 748-789, 1980.
2. LEVINE H. J. Difficult problems in the diagnosis of chest pain. *American Heart J.* 1980, Jul.; 100 (1): 108-118.
3. HARRISON T. R. Eds. *principles of Internal Medicine*. Tenth Ed. Chest pain and palpitation. Cap. 4 1982. Pag. 25-30; 1319-1327; 1423-1443.
4. ALBERT ERNSTEIN COLLEGE OF MEDICINE. *Curso de Formación Continuada en Medicina Cardiovascular 1982-1983*. Tomo II pag: 27-44.
5. CECIL, ET AL. *Text Book of Medicine 17th. Edition Vol. 1, 1985*. pag. 370-371.
6. VELEZ A.H.; BORRERO R.J., RESTREPO M.J., ROJAS M.W. *Cardiología. Fundamentos de Medicina 3 ed. Medellín CIB* pag. 49-51; 376-389.
7. STEIN, ET AL. *Medicina Interna. Primera Edición Tomo 1, 1982*. Pag. 496-499.
8. NORRIS R.M., WHIHOCK R.M., BARROTT-BOYES C., *Clinica Measurent of Mliocardial Infarat Size. Small C.N. Circulation 1975*; 51: 614-620.
9. ROBERTS R. ISHIKAWA Y. *Enzimatic Estomation of infarat size during reperfusion. Circulation 1983*; 68; Supple. J. I-83 I-89.
10. BARBARA A. CANOVER. Eds. W.B. Sanders Company *12-Lead Electrocardiography, 1987 Philadelphia Cardiology Clinics* pag. 357-453.
11. FREEDMAN H.H. *Manual de Diagnóstico Médico: 1980. Cap. 3 pag. 41-52*.
12. MEJIA J.G., LOZANO E.J. *Semiología General 4 ed. Tomo 1, 1984 pag. 405-408*.
13. TAYLOR R.J. ET AL. Chest Pain of Uncertain origin in patients admitted to a coronary care visit (letter) *Lancet 1982, Ap. 17; (8277): 94*.
14. WILCOX R.G., ET AL. Prognosis of Patients with Chest Pain Cause. *BR. Med. J. (Clin Res), 1981, Feb. 7; 282 (62-2): 431-3*
15. ANONYMOUS. Chest pain and cardiac arrest (letter) *BR. Med. J (Clin Res), 1981, Mar. 21; 282 (6268): 987*.
16. ANONYMOUS. Dolor precordial (Editorial) *Revista Colombiana de Cardiología. Nov. 1985, Vol 1 No. 1 Pag 17-33, 46-51*.
17. CHRISTIE L.G. JR., ET AL. Sistematic approach to Evaluation of Angina - Like chest pain = pathophy - siology ischemia - *Am. Heart J. 1981, Nov; 102 (5): 897-912*.
18. GOLMAN L., ET AL - A computer - Derived Protocol to Aid in the diagnosis of Emergency Room patients acute chest pain. *N. Engl. Med. 1982, Sep. 2; 307 (10) 588-596*.
19. PARTISH N.L. Evaluation of acute chest pain *Nurs. Clin. North A.M. 1981, Marz; 16 (1); 25-35*.
20. SCHEINMAN V.B. *Cardiac Emergencies. Sounders Company 1984. P. 2; 350*.
21. SILBER N. EARL. *Heart Diasede Louis W. Katz 1985. Pag. 489-505*.

# No sólo importa cuanta grasa consume el lactante... lo que importa es cuánta absorbe!



## LAS GRASAS DE NAN 1 Y NAN 2

Tienen un índice de absorción de 94.2% tan satisfactorio como el de la grasa de la leche materna

- Las grasas de Nan 1 y Nan 2 están constituidas por 80% grasa láctica y 20% aceite de maíz, lo cual garantiza:
- La misma gama de ácidos grasos que se encuentra en la leche materna.
- Contenido de fosfolípidos igual al de la leche materna, gracias a que las grasas de Nan 1 y Nan 2 están constituidas principalmente por grasa láctica. (El contenido de fosfolípidos de las grasas de la leche de vaca y de la leche materna es de 1 a 2%, a diferencia de la mayoría de las grasas vegetales).



### NOTA IMPORTANTE

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recomendado que se informe a las mujeres embarazadas y a las que recién acaban de ser madres, sobre los beneficios y la superioridad de la lactancia al seno y en particular sobre el hecho que ésta proporciona a los bebés la mejor nutrición y protección contra las enfermedades.

Las madres deberán recibir orientación sobre la preparación y mantenimiento de la lactancia al seno, con énfasis especial sobre la importancia de una dieta bien balanceada tanto durante el embarazo, como después del parto.

La introducción innecesaria de alimentación parcial con biberón o con otros alimentos y bebidas debería ser desestimada, ya que podría tener efectos negativos sobre la lactancia al seno. Del mismo modo, las madres deberán ser alertadas sobre la dificultad de dar marcha atrás a la decisión de no amamantar. Antes de recomendar a una madre el uso de una fórmula infantil, ella debería ser advertida de las implicaciones sociales y económicas de su decisión: por ejemplo, si un niño es exclusivamente alimentado con biberón, será necesario más de una lata (400 Grs.) por semana; en esta forma las circunstancias familiares y los costos serán tenidos en cuenta. Deberá recordarse a las madres que la leche materna es no solamente la mejor, sino también el alimento más económico para los bebés.

Si se toma la decisión de usar una fórmula infantil, es importante dar instrucciones sobre los sistemas correctos para su preparación, enfatizando que el uso de agua sin hervir, biberones sin hervir o dilución incorrecta pueden, todos ellos, causar enfermedades.

NESTLÉ





# FARMACIA CLINICA CES

1980 - 1990

Drogas Clínicas  
Sueros y Anestésicos

Servicio al público  
7 am. a 10 pm.

Domingos y Festivos

**Kra. 50C # 58-45**

**Tel. 254 84 68**