Descargado el: 10-11-2026 ISSN 1727-897X

PUNTO DE VISTA

Consideraciones diagnósticas sobre urgencias médicas de “bajo perfil”

Diagnostic Considerations on “Low Profile” Medical Emergencies

Carlos García Gómez[1] Laidamí Rodríguez Amador[1] Osvaldo Rodríguez Morales[2]

[1] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100
[2] Universidad de Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100

Cómo citar este artículo:
García-Gómez C, Rodríguez-Amador L, Rodríguez-Morales O. Consideraciones diagnósticas sobre urgencias médicas de “bajo perfil”. **Medisur** [revista en Internet]. 2017 [citado 2026 Nov 10]; 15(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3391

Resumen

El presente artículo tiene como referente el complejo escenario de los servicios de urgencia hospitalario. Tiene como objetivo exponer algunos elementos que contribuyan a elevar la percepción de riesgo del médico de urgencia sobre determinadas formas de presentación de entidades que constituyen verdaderas urgencias médicas. La mayoría de los pacientes que las padecen no son identificados como enfermos graves al llegar a un servicio de urgencia hospitalario. Estas urgencias son denominadas por los autores como de “bajo perfil”, siendo su común denominador la ausencia de variables alarmantes como dolor importante, trauma, disnea, parálisis visible, entre otras. Como consideraciones finales, se ofrecen sugerencias prácticas relacionadas con el tema abordado.

Palabras clave: Urgencias médicas, servicio de urgencia en hospital, diagnóstico constitucional, triaje

Abstract

The present article has as a reference the complex scenario on the hospital emergency service. It is aimed at showing some elements which contribute to increase doctors´ risk perception on certain forms of presentation of entities which are really medical emergencies. Most patients who suffer from them are not identified as severely ill at the moment of arriving to the emergency service. These emergencies are called by authors as “low profile” and absence of alarming variables such as acute pain, trauma, dyspnea, visible paralysis, among others are common. As final considerations, practical suggestions related to the issue under discussion are provided.

Key words: Emergencies, emergency medical services, constitutional diagnosis, triage

Aprobado: 2016-11-11 08:26:29

Correspondencia: Carlos García Gómez. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos carlosagz@jagua.cfg.sld.cu

INTRODUCCIÓN

Los servicios de urgencia hospitalarios (SUH) representan un área clave en el complicado proceso de la asistencia médica que se brinda en los hospitales. La valoración inicial realizada por el médico de urgencia, constituye el primer eslabón de una cadena crítica de acontecimientos que inciden de manera directa en la evolución de cada paciente.

El soporte tecnológico varía para los SUH de las diferentes instituciones.[1] Mientras más limitado es el soporte tecnológico de que se dispone, mejor debe ser la preparación del personal médico que labora en la atención de urgencias. Los medios diagnósticos disponibles en muchos sitios resultan insuficientes si se comparan con el desarrollo alcanzado en los últimos tiempos en este campo; el uso de marcadores como la troponina, mioglobina, etcétera, han contribuido a incrementar las capacidades diagnósticas en pacientes con síndrome coronario agudo; los diferentes test para el diagnóstico rápido de enfermedades infecciosas, han incrementado las posibilidades diagnósticas en pacientes con dengue, leptospirosis, sida, entre otras.

En la actualidad existen opiniones encontradas sobre la pertinencia de considerar la medicina de urgencia como una especialidad médica: algunos son reacios a tal idea, argumentando que para laborar como médico en un SUH sería suficiente con la capacitación individual dirigida al incremento de las competencias de especialistas en medicina interna, médicos de familia u otros profesionales de la medicina vinculados de manera directa a este tipo de práctica.[2]

Otros están a favor de un sistema de especialización, sustentando sus argumentos en la complejidad propia del proceso diagnóstico que se lleva a cabo en los SUH.[3] En dichos sitios la implementación del método clínico resulta una labor ardua, ya sea por la amputación del interrogatorio en pacientes con un intelecto deficiente y que además asisten solos, o en aquellos que, aún acudiendo acompañados, los familiares no aportan datos de interés por no convivir con el enfermo, o por no haber presenciado el evento que propició su traslado al hospital.

Con mucha frecuencia el examen físico se realiza en condiciones no ideales, debido a la creciente sobresaturación a la que están expuestos los SUH y al constante estrés laboral propio de la atención médica de urgencia.[3] Los servicios de urgencia cada día demandan mayores niveles de competencia profesional, tanto en el orden teórico como práctico. La pericia, la sagacidad, la intuición y el sentido común, son cualidades inherentes al proceder médico en cualquier contexto, teniendo su máxima expresión en la urgencia médica. En tal escenario resulta primordial, además, la agilidad del proceso diagnóstico; el tiempo es oro a la hora de hacer un diagnóstico y proponer una conducta a un paciente con una urgencia médica. Esta combinación de hacerlo bien pero rápido, requiere de una constante preparación y entrenamiento.

Las expresiones clínicas de las urgencias médicas no siempre se manifiestan de la misma manera. Estas dependen del contexto en el cual se expresan; el diagnóstico resulta más complejo en pacientes con trastornos psiquiátricos, en aquellos en estado de embriagues, o con enfermedades crónico-degenerativas de base o traumatismos recientes. Algunas constituyen verdaderos retos diagnósticos, pues la mayoría de los pacientes que las padecen no son identificados como enfermos graves a su llegada a un SUH. El común denominador de dichas urgencias es la ausencia de “variables alarmantes” (dolor importante, trauma, disnea, parálisis visible, trastornos neurológicos). Estas formas de presentación son denominadas por los autores del presente artículo como urgencias médicas de “bajo perfil”, las cuales se asocian a una elevada incidencia de errores diagnósticos, debido, sobre todo, a la no adecuada identificación del evento agudo.

La temática aquí debatida es de interés, sobre todo, para residentes de medicina interna y geriatría, médicos en formación sobre los que recae la responsabilidad de la asistencia médica que se brinda en los SUH cubanos. No es una pretensión del artículo hacer aportes a la clínica, sino solo exponer algunos elementos que contribuyan a elevar la percepción de riesgo del médico de urgencia, respecto a determinadas formas de presentación de entidades que constituyen verdaderas urgencias médicas.

DESARROLLO

Las consideraciones que exponemos a continuación están basadas en la experiencia de los autores,[3,4] avalada por varios años de vínculo ininterrumpido a la urgencia hospitalaria y sustentada por la literatura disponible sobre el

tema.[5-11]

En este apartado se tratan algunos aspectos relacionados con las urgencias médicas de "bajo perfil" correspondientes a los sistemas cardiovascular y neurológico. En próximas publicaciones pretendemos abordar otros sistemas.

Presentación atípica del síndrome coronario agudo (SCA)

Dolor torácico: En este caso el dolor tiene características intermedias entre el dolor típico cardiovascular y el dolor torácico atípico. Muchas veces, factores como la edad (pacientes jóvenes) y el sexo (mujeres pre menopausia) se expresan como variables confusoras que pueden descartar peligrosamente la posibilidad de un SCA.

Dolor abdominal: En muchas ocasiones la única sintomatología referida por el paciente es el dolor en hemiabdomen superior, sobre todo en los que sufren afectación de la cara inferior del corazón.

Lipotimia: Este tipo de pacientes puede arribar a los servicios de urgencia con decaimiento, sudoración, y demás síntomas vagales pero sin dolor. Esta forma adquiere más valor semiológico si se acompaña de valores normales de glucemia.

Pacientes con umbral doloroso alto: En este caso el dolor no caracteriza el cuadro clínico; puede incluso no ser percibido por el enfermo. Los tres primeros grupos de pacientes a considerar serían los diabéticos, los ancianos y los que tengan algún nivel de ingesta de alcohol reciente.

Forma sincopal: Es frecuente que el paciente acuda por una pérdida de conciencia con recuperación parcial o total y con parámetros hemodinámicos normales.

Forma neurológica: Como consecuencia de la caída del gasto cardiaco se produce un deterioro hemodinámico cuya forma de expresión clínica está dada por un defecto motor.

Insuficiencia cardiaca: Pacientes con antecedentes de salud que acuden por signos discretos, tales como polipnea de reciente aparición, edema de miembros inferiores, etcétera.

Miocarditis con poca expresión clínica: Debe pensarse en este diagnóstico en pacientes con o sin fiebre -muchas veces la fiebre está ausente en el momento de la consulta médica-, que acuden por disnea sin explicación aparente, o edemas en miembros inferiores, taquicardia inexplicable u otro síntoma sugestivo de insuficiencia cardiaca, sobre todo en un paciente con antecedentes de salud.

Tromboembolismo pulmonar sin mucha expresión clínica: Sospechar ante aquellos pacientes con disnea súbita, con independencia de la intensidad y pulmones limpios (sin crepitantes). Siempre deben buscarse antecedentes de fracturas, encamamiento, eventos de trombosis venosa profunda, puerperio, ingesta de píldoras anticonceptivas, así como otros elementos sugestivos de este diagnóstico.

Disección aórtica a forma neurológica: Esta forma de presentación, además de presentar el típico dolor torácico interescapular y cifras tensionales elevadas, se distingue por dolor en región sacro-lumbar y paraplejia medular aguda.

Hemorragia subaracnoidea (HSA) no traumática: Esta enfermedad cerebrovascular es una de las pocas que cursa sin defecto motor. Debe sospecharse en pacientes con cefalea intensa de reciente aparición, asociada o no a esfuerzo físico, así como en pacientes previamente sanos que acudan con toma de conciencia sin causa aparente, con o sin hipertensión arterial. Si se sospecha una HSA y la tomografía es normal, el siguiente paso debe ser la realización de punción lumbar. Habrá que tener en cuenta que la HSA de varios días de evolución cursa con fiebre; es importante no confundirla con una entidad infecciosa.

Enfermedad cerebrovascular (ECV) de territorio vertebrobasilar: Se refiere a la lesión provocada generalmente por un evento isquémico, caracterizada por un síndrome vertiginoso, vómitos, nistagmo, dismetría, etcétera, pero sin toma motora. Aquí se excluyen los síndromes de tallo cerebral, los cuales, en su mayoría cursan con defecto motor y toma de pares craneales, entre otros signos.

Síndrome de Wallemberg: Este síndrome se diferencia del resto de los síndromes de tallo cerebral, porque cursa con síntomas sensitivos, temblor, ataxia, pero sin defecto motor, por lo que la posibilidad de que no sea identificado como una ECV, es elevada.

Síndrome de Guillain Barré: En la forma típica es frecuente que el paciente se queje de discreta debilidad de miembros inferiores y nada más. Beben considerarse las presentaciones atípicas de la enfermedad, que cada día son más frecuentes (formas proximales, síndrome de Miller Fisher).

Crisis miasténica aguda: La forma sistémica es la que con más frecuencia hace pensar al médico en el diagnóstico, pero es muy frecuente el debut con diplopía sin otra expresión de debilidad muscular hasta ese momento. Las formas ocular o bulbar muchas veces son poco reconocidas al inicio.

Botulismo: El cuadro es similar al descrito en el caso de la miastenia. Aquí además habrá que considerar dos elementos: el antecedente de consumo de comida enlatada y la réplica del cuadro clínico en otras personas cercanas al mismo tiempo.

Síndrome de hipertensión endocraneana: Sospechar siempre ante la presencia de vómitos y cefalea sin causa aparente, con independencia del estado de conciencia del paciente; ante cualquier cefalea con algún signo de alarma, debe recurrirse al examen de fondo de ojo.

Estados agudos de bajos niveles de conciencia: En estos casos hay que tener presente la variable edad; si el paciente es un anciano, existe la posibilidad de un síndrome confusional secundario a sepsis, anemia o insuficiencia cardiaca; sin embargo, una confusión, estupor agudo o un coma en otro tipo de paciente, obedece a otras causas, casi siempre graves.

Consideraciones finales

Las siguientes recomendaciones complementan todo lo expuesto acerca de las urgencias médicas de "bajo perfil" y sus diversas particularidades:

- A todo paciente que acuda al SUH por "dolor en el pecho" espontáneo, independientemente de sus características, debe realizársele un electrocardiograma.
- Ante un dolor torácico con elementos de tipicidad y un electrocardiograma normal, es aconsejable mantener un comportamiento conservador, pero manteniendo al paciente en observación.
- Ante cualquier debilidad muscular de reciente aparición con hiporreflexia, habrá que considerar la posibilidad de una urgencia médica, más aún si no existe nivel sensitivo.
- Es importante insistir en la búsqueda del diagnóstico, buscar una segunda opinión si es necesario.
- Muchas veces no se llega al diagnóstico nosológico, pero al menos debe definirse el estado del paciente (grave o no grave).
- El paciente debe examinarse sin prisa; es mejor entregar un caso a tiempo que verlo mal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Penttila K, Koukkunen H, Halinen M, Rantanen T, Pyörälä K, Punnonen K, et al. Myoglobin, creatine kinase MB isoforms and creatine kinase MB mass in early diagnosis of myocardial infarction in patients with acute chest pain. Clin Biochem. 2002 ; 35 (8): 647-53.

2. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Casi 30 razones para decir No a la especialidad de urgencias [Internet]. España: SAMFYC; 2011. Available from: http://www.samfyc.es/pdf/28 razones.pdf.

3. García Gómez C. Tres décadas de transformaciones, experiencias y desafíos en un servicio de urgencia hospitalario. Medisur [revista en Internet]. 2016 [cited 12 Abr 2016] ; 14 (2): [aprox. 3p]. Available from: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3213/2036.

4. García Gómez C. Apuntes sobre el uso del indicador tasa en hospitales generales. Medisur [revista en Internet]. 2016 [cited 28 Jun 2016] ; 14 (4): [aprox. 2p]. Available from: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3266/2083.

5. Bowen F, Dellinger RP. Acute Aortic Dissection. In: Parrillo JE, editors. Critical Care Medicine: Principles of Diagnosis and Management in the Adult. 4th. ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2014.

6. Steven W. Acute Coronary Syndromes and Acute Myocardial Infarction. In: Parrillo JE, editors. Critical Care Medicine: Principles of Diagnosis and Management in the Adult. 4th. ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2014.

7. Lyon M, Jester J, Lottenberg R. Approach to the

diagnosis and treatment of acute subarachnoid hemorrhage. Am J Emerg Med. 2015 ; 33 (3): 481.e3-4.

8. Eastin TR, Snipes CD, Seupaul RA. Are Antifibrinolytic Agents Effective in the Treatment of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage?. Ann Emerg Med. 2014 ; 64 (6): 658-9.

9. Torres JM, Jiménez L, Torres V, Romero MA, Suárez J, Montero FJ. Síndrome coronario agudo. In: Jiménez L, Montero FJ, editors. Medicina de urgencias y emergencias. 5ta. ed. Filadelfia: Elsevier Saunders; 2015.

10. Diez F, Souza I, Juárez M, Martínez M, Fernández F. Tratamiento del infarto agudo de miocardio con ECMO: más allá del balón de contrapulsación. Med Intensiva. 2016 ; 40 (8): 518-20.

11. Keesey JC. Clinical evaluation and management of myasthenia gravis. Muscle Nerve. 2004 ; 29 (4): 484-505.