



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN VERACRUZ NORTE
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAM. 36
COORDINACION DE EDUCACION EN INVESTIGACION EN SALUD
CURSO DE ESPECIALIZACION EN URGENCIAS PARA MEDICOS DE BASE

TESIS

***CARACTERISTICAS DEL DOLOR TORÁCICO NO TRAUMÁTICO ASOCIADO A
SÍNDROME CORONARIO AGUDO***

QUE PRESENTA:

DR. CARLOS ARTURO RODRIGUEZ SANCHEZ

PARA RECIBIR EL TÍTULO DE

MEDICO ESPECIALISTA DE URGENCIAS MEDICO QUIRURGICAS

ASESOR:

**DR. ELADIO LOPEZ DOMINGUEZ
MEDICO URGENCIOLOGO**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NUMERO 36
CD CARDEL VER**

Asesor Metodológico

**DR. EDMON NAYEN FERNANDEZ
MEDICO FAMILIAR**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NUMERO 36 EN
CD CARDEL VER.**

AREA DE INVESTIGACIÓN: CLINICA

LUGAR DONDE SE REALIZO EL ESTUDIO:

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR 28
MARTINEZ DE LA TORRE VER.**

2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTO

A mi Esposa e Hijos Karla, Alan y Karol por su apoyo y aliento para lograr este proyecto.

A mi Madre y toda mi familiar con todo mi cariño y respeto.

INDICE

TEMA	PAGINA
Resumen	4
Marco teórico	5
Material y métodos	9
Resultados	10
Discusión	15
Conclusión	16
Bibliografía	17
Anexos	20

RESUMEN

Título. Características del dolor torácico no traumático asociado a síndrome coronario agudo.

Introducción. El dolor torácico agudo no traumático hace referencia a todo dolor significativo de tórax en adultos, de más de unos segundos de duración, sin aparente relación con un traumatismo ni lesiones visibles o palpables en el tórax. Las condiciones en que acude el paciente han obligado a referir el dolor típico y atípico en ellos; que dificulta el diagnóstico.

Objetivo. Identificar las características del dolor torácico no traumático asociado a síndrome coronario agudo en pacientes adscritos al HGZ/MF 28 de Martínez de la Torre Ver.

Material y métodos. Diseño transversal descriptivo de una muestra probabilística de 100 pacientes revisados mediante expedientes en el área de ARIMAC del HGZ/MF 28 de Martínez de la Torre Ver. Tomados de un año retroactivo a la fecha con inclusión de ser mayores de 40 años, presencia de dolor típico o atípico; y no inclusión de pacientes con dolor de origen traumático. Las variables de estudio fueron la sintomatología, el diagnóstico de Urgencias, género, ocupación, edad, si es o no trabajador y la comorbilidad; se eliminaron los expedientes confusos e incompletos. Se analizó con medidas de tendencia central y de proporciones representadas en tablas y gráficas.

Resultados. El 75% resultó con dolor típico, edad promedio de 70 ± 11 años con dolor atípico y de 64 ± 10 años de dolor típico; del género masculino en ambos tipos de dolor rebasaron el 50%; en los pacientes con dolor torácico atípico con comorbilidad de HTA-Obesidad 4% (1) y en dolor torácico típico con 21% (16); se observó la opresión cardíaca en 100% de los pacientes con dolor típico y de 56% con dolor atípico. La insuficiencia coronaria aguda con infarto al miocardio se presentó en 60% (15) de pacientes con dolor atípico y de 55% (41) con dolor típico.

Conclusión. El dolor torácico no traumático asociado a síndrome coronario agudo (SCA) que predominó fue el típico, con diagnóstico de Insuficiencia coronaria aguda por infarto al miocardio; el síntoma que predominó en el atípico fue la opresión cardíaca.

MARCO TEORICO

El dolor torácico agudo no traumático hace referencia a todo dolor significativo de tórax en adultos, de más de unos segundos de duración, sin aparente relación con un traumatismo ni lesiones visibles o palpables en el tórax. Está definido por un amplio rango de manifestaciones que pueden ir desde la molestia, la sensación de pesadez u ocupación hasta el dolor intenso con o sin irradiación. El dolor puede verse modificado por: condiciones del paciente, edad, enfermedades de base como la diabetes mellitus, o por aspectos étnicos y culturales. Las causas más importantes de dolor torácico en Urgencias son: Infarto al miocardio, síndrome coronario agudo, embolia e infarto pulmonar, disección de aorta, pericarditis aguda, mediastinitis aguda, neumotórax espontáneo, neumonía, herpes, colecistitis, pancreatitis y perforación de víscera hueca. ¹

El dolor torácico agudo más frecuente de origen no traumático es el Síndrome Coronario Agudo (SCA); el cual incluye los trastornos cardíacos denominados como angina inestable, infarto de miocardio sin elevación del segmento ST, e infarto de miocardio con elevación del segmento ST. Cualquiera de estas anomalías es consecuencia de un proceso fisiopatológico común: el desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno del corazón. Otro aspecto en común de estas patologías es el de su síntoma por excelencia: el dolor torácico.^{1, 2} El dolor torácico es uno de los Motivos de consultas más frecuente en los servicios de Urgencias y, aunque muchos casos pueden orientar como posible SCA, el elevado número de ingresos por sospecha de cardiopatía isquémica se evitaría si el diagnóstico Inicial fuera con mayor precisión. Por otro lado, hasta el 5-10% de los pacientes que presentaron este síntoma y fueron dados de alta de los Servicios de Urgencia consideraron que el origen del dolor no era coronario, o infarto agudo de miocardio en ese momento; pero a los pocos días, revelaron una tasa de mortalidad elevada. De tal manera que se plantea un segundo grupo con dolor torácico que es el dolor atípico cuyas características del dolor que sugieren que no es anginoso son: un dolor agudo, punzante, que se señala con el dedo, que se reproduce con movimientos o a la palpación de la pared. Sin embargo, incluso en

presencia de estos síntomas atípicos no se puede excluir totalmente la posibilidad de cardiopatía isquémica.³

Así, en EEUU se realizan 5.600.000 visitas a los servicios de urgencias por dolor torácico, que correspondieron al segundo lugar en consultas, precedidas solamente por el dolor abdominal en los servicios de Urgencia. En una población típica de pacientes con dolor torácico no traumático, aproximadamente el 15% presenta infarto agudo de miocardio (IAM) y entre un 30% y un 35% angina inestable (AI).^{4, 5,6} Otros autores mencionan que este trastorno supone entre el 5 y el 20% del volumen total de urgencias médicas y se estima que por cada mil habitantes un hospital de referencia atiende una urgencia por dolor torácico al mes.⁷ Sin embargo estudios realizados en España mencionaron que los pacientes que acudían a los Servicios de Urgencias, lo hacen para descartar que sus síntomas correspondían a un SCA, y la proporción en los que se identifica la enfermedad coronaria es únicamente del 5 al 17%. Por otra parte, se conoce que en un porcentaje del 2-5% se pasan por alto el SCA en estos servicios que son dados de alta; y que estos pacientes tienen un peor pronóstico que los identificados e ingresados en un centro hospitalario.⁸

La angina típica es descrita por el paciente como un profundo malestar mal localizado en pecho o brazo izquierdo, asociado con esfuerzo físico o estrés emocional, y se alivia con reposo o nitratos. Pero un 25% de los pacientes puede no tener estos síntomas típicos.⁹ El infarto al miocardio se manifiesta por malestar torácico con duración de al menos 20 minutos, se describe como opresión retroesternal, que puede estar irradiado a cuello y brazo izquierdo, también puede acompañarse de disnea, diaforesis profusa, palpitaciones, estado nauseoso, Emesis, mareo. Se manifiesta en reposo o al esfuerzo.¹⁰ Algunos estudios demostraron que la proporción de la angina típica y el Infarto al miocardio fueron de 2 a 1; sin embargo en un 50-70% de los casos el dolor torácico fue no síndrome coronario agudo.¹¹ La utilización de marcadores de daño miocárdico, que resulta fundamental para descartar y establecer el riesgo de algunos pacientes, ha sufrido modificaciones. La tendencia es a utilizar la Troponina como única determinación.¹²

El manejo de un paciente con este tipo de dolor, requiere una evaluación de la severidad, localización y características peculiares de dicho dolor. Muy pocos síntomas suponen una urgencia tan obligatoria como lo es el dolor torácico. Tanto el médico como el paciente saben que la isquemia miocárdica puede ser causa de muerte súbita, pudiendo generar ansiedad en ambos. La importancia y dificultad en la valoración del dolor torácico radica en la multitud de causas posibles y en el diferente pronóstico según la patología subyacente. ¹³

En algunos estudios los pacientes con dolor en hombro o brazo izquierdos, cuello o mandíbula fueron considerados como con dolor “típico” debido a que el malestar torácico irradiado a esas zonas tiene un alto valor predictivo para SCA. Además, un paciente con dolor precordial con náuseas y vómitos tiene un riesgo más alto de estar cursando un infarto. Las mujeres presentan su primer IAM entre 6 y 10 años más tarde que los hombres pero aunque la mortalidad en el hombre ha disminuido permanece constante en las mujeres. Éstas consultan más tarde, presentan dolores más atípicos, más localizaciones anormales, náuseas y fatiga, y el ECG se realiza con menor frecuencia en las mujeres que en los hombres que concurren al servicio de Urgencias. Las mujeres son evaluadas menos intensamente que los hombres en relación con la percepción de los síntomas, y los marcadores bioquímicos son buenos indicadores de riesgo, independientemente del sexo. ^{14, 15} Sin embargo, al ser una patología muy prevalente, es frecuente encontrar características “atípicas” (p. ej., localización en epigastrio como “ardor”). Estas atipicidades nos pueden sorprender en un joven de 30 años sin antecedentes (probabilidad “a priori” baja); pero no deben desconcertarnos en un adulto de 60 años fumador y con un IAM previo (probabilidad “a priori” alta). ¹⁶

En la actualidad los estilos de vida, las comorbilidades y la esperanza de vida a cada vez más prolongada, han dificultado el diagnóstico de padecimientos de alto riesgo como el SCA, por lo que, es importante tomar en cuenta, en todas las posibilidades diagnósticas posibles y no descartar nunca la probabilidad de este evento en un paciente con dolor atípico, es por ello que el médico de urgencias debe conocer las principales características representadas en los datos clínicos

que prevalecen en los pacientes de la zona con padecimientos agudos que ponen en riesgo la vida, es decir, el médico debe enfocarse en la forma en que se presentan los principales padecimientos donde se ofrece la atención, deben conocer a sus pacientes, es por ello que el objetivo de este estudio es identificar las características del dolor torácico no traumático asociado a síndrome coronario agudo, conformando un perfil de la prevalencia de éste evento y los datos clínicos característicos para su diagnóstico en la zona.

MATERIAL Y METODOS

Mediante un diseño descriptivo, transversal, de manera retroactiva de la fecha de aceptación del protocolo, se revisaron los registros de ARIMAC de los pacientes atendido en Urgencias en el HGZ 28 con diagnóstico de dolor torácico típico o atípico, con previa solicitud de Enseñanza al Archivo clínico, donde se tomaron las listas de cada mes y en base a sus registros de afiliación se buscaron las notas de su atención de Urgencias de las cuales se tomaron las variables del estudio (Anexo), y según la sintomatología descrita o el diagnóstico identificado se recolectaron a todos los pacientes con Síndrome Coronario Agudo y de ahí se identifican dos grupos con dolor típico y dolor atípico, para comparar las variables que fueron: edad, género, escolaridad desde analfabeta hasta licenciatura; si laboraba o no, la presencia de comorbilidad, la sintomatología presente y ausente que caracteriza a cada tipo de dolor y el diagnóstico mostrado a la salida del paciente; no necesitando para este estudio Consentimiento Informado. Así, hasta completar el tamaño de la muestra la cual fue probabilística en base a fórmula para estudio transversal con 100 pacientes. El muestreo fue por conveniencia; con los criterios de inclusión ser mayor de 40 años, atendidos en el servicio de Urgencias del HGZ 28 de Martínez de la Torre, con diagnóstico bien establecido; de no inclusión con dolor de origen traumático o mixto; y de eliminación expedientes incompletos.

El análisis estadístico fue descriptivo, se efectuaron obtención de números absolutos y relativos, media, mediana y desviación estándar representados en Gráficas y tablas.

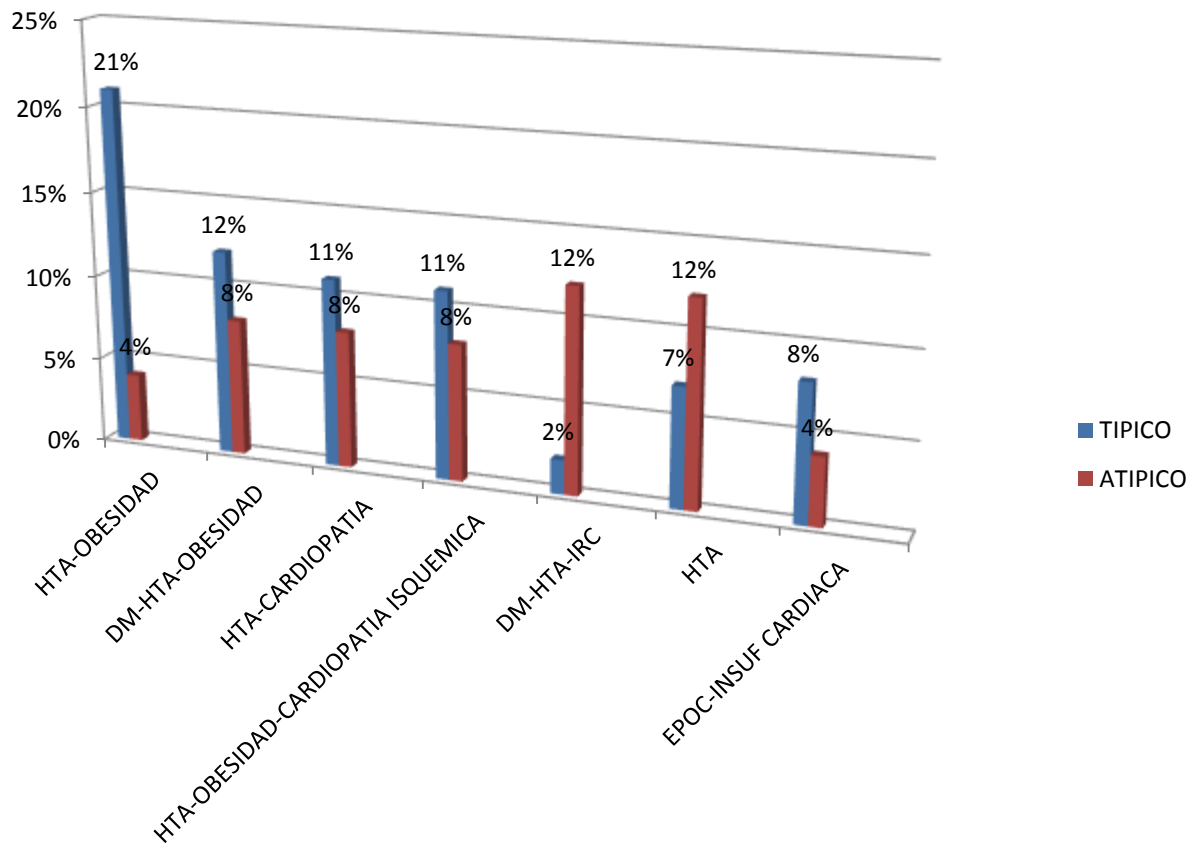
RESULTADOS

De los 100 expedientes revisados de pacientes con dolor torácico de origen no traumático que acudieron al servicio de Urgencias, presentaron edad promedio de 70 ± 11 años con dolor atípico y de 64 ± 10 años de dolor típico; cuyas características generales se describen en la siguiente tabla:

CARACTERISTICAS	DOLOR ATIPICO n= 25	DOLOR TIPICO n= 75
GENERO		
Masculino	52% (13)	59% (44)
Femenino	48% (12)	41% (31)
ESCOLARIDAD		
Analfabeta	36% (9)	24% (18)
Primaria	44% (11)	28% (21)
Secundaria	8% (2)	21% (16)
Preparatoria	12% (3)	17% (13)
Licenciatura	0%	10% (7)
OCUPACION		
Trabaja	20% (5)	41% (31)
No trabaja	80% (20)	59% (44)

Fuente: Archivo de Urgencias HGZ 28 en Martínez de la Torre

Tabla 1. Características de los pacientes con dolor torácico atípico y típico. Se muestra escolaridad de licenciatura en 10% (7) en los pacientes con dolor torácico típico con 0% de dolor atípico; y el 80% (20) no trabaja de los que presentaron dolor atípico.



Fuente: Archivo de Urgencias HGZ 28 en Martínez de la Torre

Gráfica 1. Principal comorbilidad en pacientes con dolor torácico atípico y típico. Se observa en los pacientes con dolor torácico atípico con comorbilidad de HTA-Obesidad 4% (1) y en dolor torácico típico con 21% (16); además con DM-HTA e IRC en dolor torácico atípico con 12% (3) y con dolor típico 2% (1)

SINTOMA	DOLOR ATIPICO n= 25	DOLOR TIPICO n= 75
Opresión cardíaca		
Presente	56% (14)	100% (75)
Ausente	44% (11)	0%
Diaforesis		
Presente	96% (24)	99% (74)
Ausente	4% (1)	1% (1)
Disnea		
Presente	92% (23)	100% (75)
Ausente	8% (2)	0%
Palpitaciones		
Presente	60% (15)	79% (59)
Ausente	40% (10)	21% (16)
Dolor irradiado a hombro		
Presente	16% (4)	80% (60)
Ausente	84% (21)	20% (15)
Dolor irradiado a cuello		
Presente	4% (1)	35% (26)
Ausente	96% (24)	65% (49)
Mareos		
Presente	16% (4)	53% (40)
Ausente	84% (21)	47% (35)
Emesis		
Presente	44% (11)	67% (50)
Ausente	56% (14)	33% (25)
Ansiedad		
Presente	80% (20)	93% (70)
Ausente	20% (5)	7% (5)
Dolor en reposo		
Presente	0%	85% (64)
Ausente	100% (25)	15% (11)
Dolor en movimiento		
Presente	24% (6)	93% (70)
Ausente	76% (19)	7% (5)

Fuente: Archivo de Urgencias HGZ 28 en Martínez de la Torre

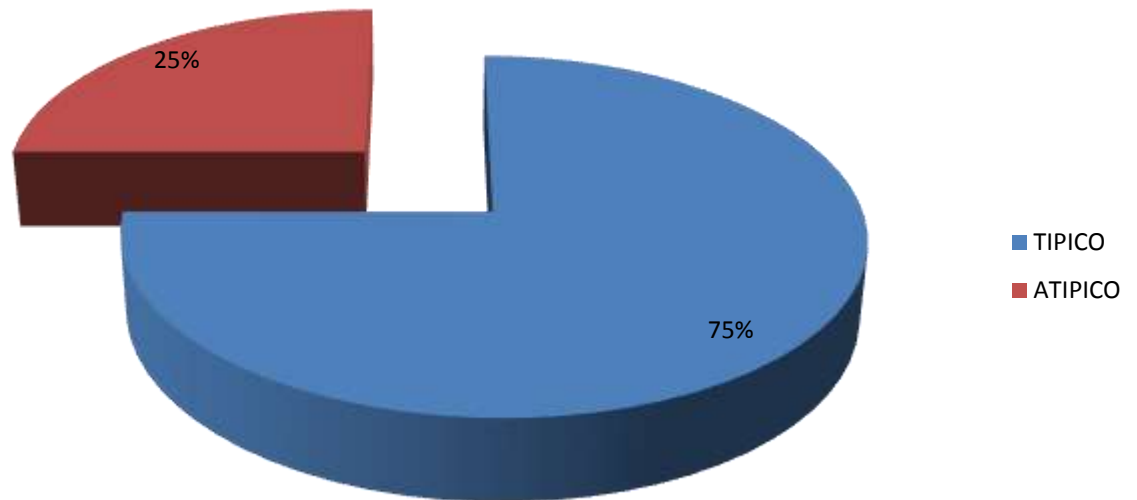
Tabla 2. Características de síntomas los pacientes con dolor torácico atípico y típico. Se observa la opresión cardíaca en 100% de los pacientes con dolor típico y de 56% con dolor atípico; la disnea ausente en 8% de los pacientes con dolor atípico y ausente en 100% con dolor típico; además dolor irradiado a hombro 16% en dolor atípico y 80% en dolor típico.

DIAGNOSTICO	DOLOR ATIPICO n= 25	DOLOR TIPICO n= 75
Insuficiencia coronaria aguda + Infarto agudo al miocardio	60% (15)	55% (41)
Insuficiencia coronaria aguda + infarto al miocardio + angina inestable	20% (5)	27% (20)
Angina inestable + Insuficiencia coronaria aguda	8% (2)	11% (8)
Insuficiencia coronaria aguda + antecedentes de infarto al miocardio	8% (2)	4% (3)
Angina inestable	4% (1)	1% (1)
Insuficiencia coronaria aguda	0%	2% (2)

Fuente: Archivo de Urgencias HGZ 28 en Martínez de la Torre

Tabla 3. Diagnóstico de los pacientes con dolor torácico atípico y típico. La insuficiencia coronaria aguda con infarto al miocardio se presentó en 60% (15) de pacientes con dolor atípico y de 55% (41) con dolor típico.

FRECUENCIA DE 100 SUJETOS CON DOLOR TORACICO NO TRAUMATICO SEGUN TIPO DE DOLOR



Fuente: Archivo de Urgencias HGZ 28 en Martínez de la Torre

Gráfica 2. El dolor atípico se presentó en esta cohorte de pacientes en 75%

DISCUSION

En este estudio, la edad promedio fue de 70 años con dolor atípico y de 64 años de dolor típico; el género que predominó fue el masculino con más del 50% en ambas formas, aunque fue casi similar en el dolor atípico; como se ha demostrado en estudios en España que el abordaje del dolor torácico en la mujer plantea problemas específicos que le diferencia del realizado en los varones; Las mujeres presentan con mayor frecuencia dolor torácico de características atípicas debido a una mayor prevalencia entre ellas de causas menos comunes de dolor torácico, como vasoespasmo o angina microvascular, y síndromes causantes de dolor torácico no isquémico, como el prolapso de la válvula mitral. El estado hormonal es fundamental, y actualmente se reconoce la menopausia como un factor de riesgo independiente de la edad y con un peso similar al del sexo varón.^{17, 18}

En un estudio multicéntrico la prevalencia de SCA encontrada en los pacientes que consultaban con sintomatología compatible fue del 23,5%, superior a la descrita en otras investigaciones que dan cifras del 10%; y en la literatura se llegan a citar cifras del 30- 50%, sobre todo en algunos grupos poblacionales como son los de mayor edad y las mujeres; esto último, semejante a nuestra investigación aunque fue mayor en hombres^{19, 20}

En cuanto a la escolaridad fue de mayor predominio con escolaridad baja ya que en el dolor atípico se encontró en más del 80% hasta el nivel secundario y de dolor típico con 73% en el mismo nivel; otras condiciones comorbidas que pueden influir en el dolor torácico agudo en una Unidad de Urgencias son padecimientos como la Diabetes Mellitus y antecedentes de sufrir cardiopatía isquémica que serían tratados como pacientes de alto riesgo y cuyo objetivo de atención es importante en una Unidad de Dolor Torácico, y que se resumen en dos objetivos que son la detección temprana y efectiva del SCA y la identificación rápida y eficiente de los pacientes de bajo riesgo que pueden ser tratados de forma ambulatoria.²¹ Que en nuestro estudio los resultados se reflejaron sobre todo en pacientes con hipertensión arterial, obesidad y diabetes mellitus; y especialmente al combinarse.

Los síntomas más frecuentes fueron la presencia de disnea, diaforesis, ansiedad; sin embargo en el dolor atípico el síntoma que predominó en más del 50% fue la opresión cardíaca y palpitaciones; como En otro estudio de EVICURE-II describió a los pacientes adultos con dolor torácico no traumático atendidos en urgencias mediante una adecuada muestra no consecutiva de 1.440 pacientes procedentes de 25 hospitales diferentes destacaron varios aspectos importantes, y quizás el más relevante de ellos sea que una gran proporción de pacientes con dolor torácico tuvieron presentaciones atípicas del síndrome coronario agudo (SCA), los casos “obvios” de SCA representaron una minoría de los pacientes revisados.²²

Por otra parte García-Castrillo et al. Una revisión de las diferencias en la presentación y el manejo de 4.565 pacientes en función del género, y remarca de nuevo el reto que supone la detección del SCA, tanto de forma general como en función del género en particular. Este estudio pone el acento en los pacientes atendidos en el servicio de Urgencias, una vez realizados la primera evaluación y el ECG: así, el 59% de pacientes con dolor torácico se consideró inicialmente que tenían un SCA.²³ Similar a nuestro estudio aunque se acompañó sobre todo de Infarto agudo al miocardio, siendo una de las debilidades del estudio no contar con la prevalencia del dolor torácico en el área de Urgencias.

Algunas condiciones de nuestra cohorte de pacientes son similares a lo revisado de la literatura científica, el predominio del dolor típico tres veces más sobre el atípico caracteriza a este servicio de Urgencias y la comorbilidad que es semejante a esos estudios predomina sobre todo diabetes mellitus e hipertensión arterial; por lo que es importante realizar un diagnóstico temprano para poder tener una intervención exitosa, tomando en cuenta la presencia de síntomas y de los diagnósticos de estos pacientes en este estudio que es un reflejo importante que se puede aplicar a nuestra población.

Conclusión. El dolor torácico no traumático asociado a síndrome coronario agudo que mayor predominó fue el típico, con diagnóstico de Insuficiencia coronaria aguda por infarto al miocardio; el síntoma que predominó en el atípico fue la opresión cardíaca y la comorbilidad es la común de esta población.

BIBLIOGRAFIA

1. Grupo de Trabajo SEMES-Insalud. Dolor torácico agudo no traumático. *Emergencias*. 2000; 13:66-71
2. Pope BB. ¡Emergencia! Síndrome coronario agudo. *Nursing* 2004 ago-sep 22(7):7.
3. Granger BB y Miller CM. Síndrome Coronario Agudo. *Nursing*. 2002 may. 20(5):22-29.
4. Manuel Martínez-Sellés. Diagnóstico precoz y manejo del paciente con dolor torácico. *Revista Española de Cardiología*. Volumen 5, Número 3. 1995. Páginas 15C-18C.
5. Goldman L, Kirtane A: Triage of patients with acute chest pain and possible cardiac ischemia: the elusive search for diagnostic perfection. *Ann Intern Med* 2003; 139: 987-995.
6. Lee T, Goldman L: Evaluation of patient with acute chest pain. *N Engl J Med* 2000; 342: 1187-1195.
7. Bayón Fernández J, Alegría Ezquerro E, Bosch Genover X, Cabadés O'Callaghan A, Iglesias Gárriz I, Jiménez Nácher JJ, et al. Unidades de dolor torácico. Organización y protocolo para el diagnóstico de los síndromes coronarios agudos. *Rev EspCardiol*. 2002; 55:143-54.
8. Herlitz J, Karlson BW, Lindqvist J, Sjölin M. Characteristics and long-term outcome of patients with acute chest pain or other symptoms raising suspicion of acute myocardial infarction in relation to whether they were hospitalized or directly discharged from the emergency department. *Coron Artery Dis* 2002; 13:37-43.
9. Hasdai D, Porter A, Rosengren A y col: Effect of gender on outcomes of acute coronary syndromes. *J Am CollCardiol* 2003; 91: 1466-1468.
10. Graff LG, Dallara J, Joseph AJ. Impact on the care of the emergency department chest pain patient from the chest pain evaluation registry. *CHEPER*. *Am J Cardiol* 1997;90:563-8.
11. L. García-Castrillo Riesgo¹, A. L. Loma-Osorio², E. Recuerda Martínez³, P. Muñoz Cacho. La cardiopatía isquémica en los servicios de Urgencias. *Emergencias* 2000; 12: 183-190.

12. López Bescós L, ArósBorau F, Lidón Corbi RM. Spanish Society of Cardiology. [2002 Update of the Guidelines of the Spanish Society of Cardiology for Unstable Angina/Without ST-Segment Elevation Myocardial Infarction]RevEspCardiol 2002; 55:631-42.
13. Coto López, A., Morales JM., Gutiérrez Rodero, F., González E., Dolor Torácico. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Gutiérrez Rodero F y García Díaz JD. 4ª ed. Madrid, 2000; pag. 165-172.
14. Castellanos R, Muntaner J, Ramos HR. Evaluación clínica y papel del ECG en el paciente con dolor torácico. Rev. Argentina de Cardiología.; 2005, 34(1): 44-48.
15. Yanela Caterina Foglia, Nélide Inés Giménez, Antonio Aguirre. Dolor torácico en emergencia: revisión. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 156 – Abril 2006 Pág. 7-12.
16. Fajardo-Pérez., Pérez-Pérez R., Samper-Noa J. A., Pérez-Lemus F., López - Sánchez I. Revista de la SEMG. No. 58 Noviembre 2003. Pág. 607-622.
17. Douglas PS, Ginsburg GS, The evaluation of chest pain in women. N Engl J Med 1996; 334:1311-5.
18. Boix Martínez R, Aragonés Sanz N, Medrano Albero MJ. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud CarlosIII. Madrid. España Tendencias en la mortalidad por cardiopatía isquémica en 50 provincias españolas. RevEspCardiol 2003; 56:850-6.
19. Coronado BE, Pope JH, Griffith JL, Beshansky JR, Selker HP. Clinical features, triage, and outcome of patients presenting to the ED with suspected acute coronary syndromes but without pain: a multicenter study. Am J Emerg Med 2004; 22:568-74.
20. Brieger D, Eagle KA, Goodman SG, Steg PG, Budaj A, White K, et al, GRACE investigators. Acute Coronary syndromes without chest pain, an underdiagnosed and undertreated high-risk group: insights from the Global Registry of Acute Coronary Events. Chest 2004; 126:461-9.
21. Bayón- Fernández J., Alegría- Ezquerro E., Bosch- Genover X, Cabadés - O'Callaghan A., Iglesias -Gárriz I. Organización y protocolo para los síndromescoronariosagudos. Revista española de cardiología. Volume 55, Issue 2, 2002, Pages 143–154.
22. García-Castrillo L, Recuerda Martínez E, Loma-Osorio A, García-Camarero T, García-Cases C, Epelde Gonzalo F, et al. Características y manejo de los

pacientes con dolor torácico no traumático en los servicios de urgencias hospitalarios. Resultados del estudio EVICURE II. *Emergencias* 2008; 20:391-8.

23. William J. Brady, Chris A. Ghaemmaghami. El gran reto del dolor torácico en los servicios de Urgencias. *Emergencias* 2008; 20: 374-376.

ANEXO

Instrumento de recolección

1. No. Afiliación_____

2. Género:

Masculino_____

Femenino_____

3. Edad_____

4. Escolaridad:

Analfabeta_____

Primaria_____

Secundaria_____

Preparatoria_____

Licenciatura_____

5. Ocupación:

Trabaja____

No Trabaja____

6. Comorbilidad:

Diabetes____

Hipertensión arterial_____

Obesidad_____

Osteoartritis crónica_____

Otros_____ Especificar

7. Sintomatología	Presente	Ausente
Opresión retroesternal		
Diaforesis		
Disnea		
Palpitaciones		
Dolor irradiado a hombro		
Dolor irradiado al cuello		
Mareos		
Emésis		
Ansiedad		
Dolor en reposo		
Dolor en movimiento		

8. Diagnóstico: _____

9. Dolor torácico:

Típico _____

Atípico _____