

Caracterización del dolor torácico agudo en pacientes del Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández. Matanzas

Characterization of acute chest pain in patients of the Teaching Clinic-Surgical Hospital Comandante Faustino Perez Hernandez. Matanzas

Alberto de Jesús Montero-Jimeno^{1*}  <http://orcid.org/0000-0002-2620-8585>

Aida García-Güell¹  <https://orcid.org/0000-0003-1389-8860>

Marisol Negret-Hernández¹  <https://orcid.org/0000-0001-8025-9490>

Lino Alfonso-Suárez¹  <https://orcid.org/0000-0003-3444-5676>

Euserlin García-Batista¹  <https://orcid.org/0000-0001-8613-4496>

Marylin Sonia Martell-Díaz²  <https://orcid.org/0000-0003-0486-5944>

¹ Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández. Matanzas, Cuba.

² Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Matanzas, Cuba.

* Autor para la correspondencia: albertojm.mtz@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: el dolor torácico agudo es una sensación dolorosa que se manifiesta entre el diafragma y la base del cuello. En Cuba, constituye una de las causas más



frecuentes de consulta médica. La provincia de Matanzas muestra un comportamiento similar.

Objetivo: caracterizar el perfil clínico de los pacientes con dolor torácico agudo en la Unidad de Cuidados Intensivos Emergentes, del Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández, de Matanzas.

Materiales y métodos: se realizó un estudio transversal descriptivo con las historias clínicas de 418 pacientes que acudieron a la Unidad de Cuidados Intensivos Emergentes, refiriendo dolor torácico agudo, de enero a diciembre de 2019.

Resultados: el rango de edad más afectado fue el de 50 a 59 años, para un 30,38 %. Predominó el sexo masculino con el 30,08 %. El ejercicio físico intenso elevó el riesgo de aparición de dolor torácico. Las primeras causas de dolor torácico agudo fueron, en orden de frecuencia, la osteocondritis esternocostal, la bursitis del hombro y el síndrome coronario agudo.

Conclusiones: se evidenció que en la mayoría de los casos el origen del dolor fueron causas no cardiovasculares, afectando más al sexo masculino. Existió asociación estadística significativa entre la actividad física intensa y el inicio del dolor torácico agudo. Egresaron vivos de la unidad el 71,53 % de los pacientes. Se recomienda priorizar la atención de los pacientes que refieren dolor torácico agudo, para una correcta clasificación y atención en el menor tiempo posible.

Palabras clave: dolor torácico agudo; osteocondritis; síndrome coronario agudo.

ABSTRACT

Introduction: acute chest pain is a painful sensation perceptible between the diaphragm and the base of the neck. It is one of the most frequent causes of medical consultation in Cuba. It shows a similar behavior in the province of Matanzas.

Objective: to characterize the clinical profile of the patients with acute thoracic pain in the Emergency Intensive Care Unit of the Teaching Clinic-Surgical Hospital Comandante Faustino Perez Hernandez, of Matanzas.

Materials and methods: a descriptive, cross-sectional study was carried out with the clinical records of 418 patients who attended the Emergency Intensive Care Unit referring acute thoracic pain, from January to December 2019.

Results: the most affected age range was the one from 50 to 59 years, for 30.38 %. Male sex predominated, with 30.08 %. Intense physical exercise raised the risk of thoracic pain. The first causes of acute thoracic pain were, in order of frequency, sternocostal osteochondritis, shoulder bursitis, and acute coronary syndrome.

Conclusions: It was evidenced that in most of the cases the source of the pain was non-cardiovascular causes, more affecting the male sex. There was significant statistic



association between intense physical activity and acute thoracic pain. 71.53 % of the patients was discharged from the unit alive. It is recommended to prioritize the attention of patients referring acute thoracic pain, for their correct classification and care in the shortest possible time.

Key words: acute thoracic pain; osteochondritis; acute coronary syndrome.

Recibido: 03/12/2020.

Aceptado: 17/11/2021.

INTRODUCCIÓN

El dolor torácico agudo se define como una sensación álgida, localizada entre el diafragma y la fosa supraclavicular. Constituye una de las causas más frecuentes de consulta médica, y en el sujeto afectado es una preocupación el padecimiento que le provoca. Su significación es diversa en extremo: algunas veces consecutiva a pequeñas afecciones intrascendentes, y otras como procesos de extrema severidad.⁽¹⁾

El dolor torácico agudo es uno de los síntomas más frecuentes en las consultas de servicios médicos de urgencia hospitalaria. Representa de un 5 a un 7 % de la demanda asistencial, y un desafío para cualquier médico que debe realizar un diagnóstico del que pueden derivarse actitudes terapéuticas urgentes, ya que implica un riesgo vital o, por el contrario, obedece a una causa menor.⁽¹⁾

Existe una amplia gama de entidades que provocan dolor torácico agudo en varias especialidades, como en neumología, cardiología, gastroenterología, cirugía vascular, psiquiatría y traumatología. El médico que atiende a un paciente con este tipo de síntoma, necesita, además de los conocimientos específicos de su especialidad, la capacidad para reconocer el problema de forma global, para el diagnóstico y tratamiento adecuados.⁽¹⁾

Los pacientes que acuden a los servicios de urgencias hospitalarios por dolor torácico representan una importante carga asistencial y plantean importantes retos diagnósticos. Es primordial confirmar o descartar la presencia de un síndrome coronario agudo.⁽²⁾

Solo en los Estados Unidos se contabilizan unos siete millones de visitas anuales a los servicios de urgencia. Esta presentación parece apuntar a un posible síndrome coronario agudo (SCA) aunque, tras la correspondiente evaluación diagnóstica, solo entre el 15 y el 25 % de los pacientes con dolor torácico agudo padece realmente un SCA. El dolor torácico agudo es un reflejo de procesos potencialmente graves. Ante esta valoración, se imponen obstáculos que no permiten interpretar, de forma objetiva, las sensaciones que el paciente transmite, bajo el tamiz subjetivo de sus propios sentimientos. De ahí la necesidad de una correcta aplicación del método clínico para



afrontar con serenidad los casos difíciles, pues si no se identifican correctamente, su curso clínico puede convertirse en latente o adverso.⁽³⁾

El sistema de salud cubano tiene como base una concepción humanista, lo que implica que todos sus servicios, de forma gratuita, estén dirigidos a garantizar la calidad de vida de todos los ciudadanos. En Cuba, la incidencia de casos con dolor torácico agudo en el servicio de consulta externa, según datos de 2020, es alta (60 %).⁽⁴⁾ La provincia de Matanzas no es ajena a esta realidad; en los últimos años se aprecia un aumento del número de pacientes que acuden a los servicios de emergencias, refiriendo dolor torácico.

Esta investigación justificará crear, en los próximos años, una unidad de dolor torácico con personal especializado y equipos médicos (electrocardiógrafo, ecocardiografía Doppler, ergometría), dentro de la unidad de cuidados intensivos y emergentes, con vistas a la recepción, clasificación y atención adecuada de los pacientes recibidos, en correspondencia con los protocolos de trabajo ya establecidos y teniendo en cuenta el crecimiento poblacional en la provincia.

El abordaje del paciente que acude a la sala de urgencias por dolor precordial opresivo intenso, debe comenzar haciéndose la pregunta: ¿acaba de suceder una trombosis coronaria? De ser cierto, en la mayoría de los casos, el primer electrocardiograma que se registre será determinante.⁽⁵⁾

Las centrales de emergencia deben organizarse para agilizar el flujo de pacientes y adoptar un sistema de categorización o triage para la atención precoz de los pacientes, basándose en la gravedad de su condición. Los pacientes que acudan a consulta con dolor precordial deben ser evaluados rápidamente para confirmar o descartar la presencia de isquemia miocárdica. El encargado de realizar el triage (generalmente personal de enfermería) debe estar entrenado en la evaluación de los síntomas y signos del paciente y su categorización al ingreso. La evaluación final de los pacientes con dolor torácico agudo debe ser realizada idealmente por médicos cardiólogos, o eventualmente médicos clínicos, intensivistas o emergentólogos con experiencia en el manejo de este tipo de cuadros y la lectura del electrocardiograma.⁽⁶⁾

Los pacientes con dolor torácico agudo requieren una gran cantidad de cuidados por parte de enfermería, con una visión holística (biosicosocial) e integrativa. Es decir, ver al paciente como un todo y no como la suma de sus partes.⁽⁷⁾

El objetivo de la investigación es caracterizar el perfil clínico de los pacientes atendidos con dolor torácico agudo en la Unidad de Cuidados Intensivos Emergentes (UCIE) del Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández, desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2019.



MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal descriptivo con el objetivo de caracterizar el perfil clínico de los pacientes atendidos con dolor torácico agudo, en la UCIE del Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández, desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2019.

La obtención de datos se realizó con la información consignada en las historias clínicas y el examen físico realizado a los pacientes estables y despiertos, que se recibieron en la UCIE con dolor torácico agudo. Toda la información se incluyó en una planilla de recolección de informes. En ella se reflejaron todas las variables del estudio: edad, sexo, factores asociados y características del dolor, principales diagnósticos etiológicos, signos de alarma encontrados y flujo del paciente dentro del hospital después de atendido en el Servicio de Emergencias. Todo lo anteriormente expuesto fue realizado según el criterio de los médicos tratantes y cumpliendo estrictamente los protocolos de atención establecidos para la atención de estos pacientes en el Servicio de Emergencias.

Criterio de exclusión: todo paciente que no estuvo de acuerdo en participar en el estudio o que la causa del dolor torácico fuera traumática en el momento de recepción en el servicio de emergencias.

Se relacionan a continuación los factores asociados a la aparición del dolor torácico agudo:

Sedentarismo: calificado como ausente si el paciente manifestaba que caminaba en forma rápida y/o corría y/o nadaba y/o montaba bicicleta al menos 30 minutos diarios, al menos tres días a la semana.⁽⁸⁾

Obesidad: Se consideró obeso a pacientes con índice de masa corporal mayor o igual a 30.⁽⁸⁾

Tabaquismo: fumador pasado si había fumado más de cien cigarrillos en su vida y en ese momento no lo hacía, y fumador actual si refería haber fumado más de cien cigarrillos en su vida y continuaba haciéndolo.⁽⁸⁾

Esfuerzo físico habitual: los que habitualmente realizan esfuerzos físicos dados por la actividad que realizan en sus centros de trabajo, o en labores cotidianas en el hogar.

La técnica de procesamiento y análisis fue la prueba de chi cuadrado, para lo cual se aceptó un nivel de significación de $p < 0,05$. Se empleó una estrategia y análisis univariada, que consistió en la determinación de la razón de productos cruzados, para algunos de los factores hipotéticamente influyentes en la aparición del dolor torácico agudo; además, en la determinación de su relación con la edad y sexo. También se utilizó esta estrategia en la estimación de sus intervalos de confianza a 95 % (IC 95 %).

El procesamiento estadístico se efectuó mediante el *software* SPSS V. 15.0 para Windows.



Se tuvieron en cuenta los aspectos éticos inherentes a toda investigación.

RESULTADOS

De acuerdo con las variables demográficas investigadas, se apreció mayor incidencia del sexo masculino (226 pacientes), para un 54,06 %. El grupo etario más afectado con dolor torácico agudo fue el de 50 a 59 años (con 127 pacientes), reafirmando que el sexo masculino predominó con 68 pacientes (30,08 %). El segundo grupo etario más afectados fue el de 60 a 69 años, con 119 pacientes (28,46 %). (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución por grupos de edad y sexo de los pacientes recibidos en la UCIE con dolor torácico agudo

Edades (años)	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No.	%
30-39	17	8,85	14	6,19	31	7,41
40-49	47	24,47	37	16,37	84	20,09
50-59	59	30,72	68	30,08	127	30,38
60-69	56	29,16	63	27,87	119	28,46
70-79	9	4,68	38	16,81	47	11,24
Más de 80	4	2,08	6	2,65	10	2,39
Total	192	100	226	100	418	100

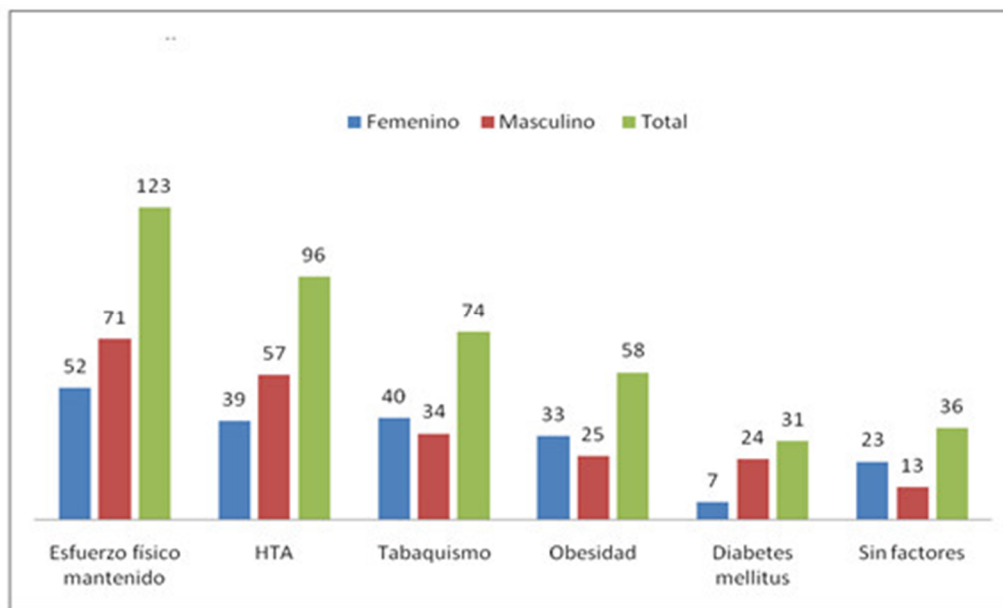
En el gráfico se demostraron los factores de riesgo relacionados con el dolor torácico en los pacientes estudiados. Los mayores porcentajes correspondieron a los pacientes que realizan esfuerzo físico habitualmente intenso (29,42 %); predomina este factor en el sexo masculino. En segundo lugar, la hipertensión arterial (HTA) (22,96 %), que también prevaleció en el sexo masculino.

Ocupó el tercer lugar el tabaquismo, con el 17,70 % de los pacientes; también fueron más afectados los hombres.

La relación entre el esfuerzo físico y la aparición del dolor se muestra en el gráfico; se encontró asociación estadística muy significativa entre estas variables ($p < 0,01$).



Los factores como el esfuerzo físico intenso, la HTA y el tabaquismo constituyeron factores asociados a la aparición del dolor; donde el esfuerzo físico intenso fue el máximo exponente, al incrementar en cinco veces (OR 5,73; IC: 3,76-61,5) el riesgo de aparición del dolor, mientras que la HTA lo elevó aproximadamente cuatro veces (OR 4,87; IC: 2,058-48) y el tabaquismo dos veces (OR 2,80; IC: 1,50-7,40).



Gráf. Factores asociados a la aparición del dolor torácico agudo.

En la tabla 2 se analiza la frecuencia del dolor y los días de la semana. Se presenta más frecuente los lunes, con un total de 148 pacientes (83 de sexo masculino) para un 35,93 % de los afectados ese día. Disminuyen los casos en el resto de los días de la semana.

Tabla 2. Pacientes con dolor torácico agudo, relación con los días de la semana

Día	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Lunes	65	34,75	83	35,93	148	35,40
Martes	40	21,39	56	24,24	96	22,96
Miércoles	24	12,83	34	14,71	58	13,87
Jueves	17	9,09	29	12,55	46	11,00
Viernes	14	7,48	18	7,79	32	7,65
Sábado	18	9,62	6	2,59	24	5,74
Domingo	9	4,81	5	2,16	14	3,34
Total	187	100	231	100	418	100

Se exponen en la tabla 3 las características del dolor referido por los pacientes. En orden de frecuencia, el carácter sordo fue descrito por 132 pacientes (31,57 %), la mayoría del sexo masculino (82), para un 34,89 % dentro de este grupo. A continuación, el dolor punzante lo refirieron 124 pacientes (29,66 %). Posteriormente, aquejaron dolor con carácter opresivo 113 pacientes (27,03 %) de este grupo.

Tabla 3. Características del dolor en los pacientes recibidos en la UCIE

Características del dolor	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Sordo	50	27,32	82	34,89	132	31,57
Punzante	51	27,86	73	31,06	124	29,66
Opresivo	54	29,50	59	25,10	113	27,03
Quemante	27	14,75	18	7,65	45	10,76
Terebrante	1	0,54	3	1,27	4	0,95
Total	183	100	235	100	418	100



La tabla 4 muestra el origen del dolor torácico agudo. Se determinó que en 302 pacientes el dolor no fue de origen cardiovascular; estos representaron el 72,24 %, en su mayoría del sexo masculino (174 pacientes). En el rango de 50-59 años, sexo masculino y clasificado como no cardiovascular el origen del dolor torácico agudo, para un nivel de confianza del 95 %, lo cual demuestra un incremento de tres veces (OR 3,08; IC: 2,10-37,7) la probabilidad de aparición del dolor torácico agudo, en comparación con los pacientes de otros rangos de edades y del sexo femenino.

Tabla 4. Clasificación del dolor torácico agudo en cuanto a su origen

Edades (años)	No cardiovascular			Cardiovascular		
	Femenino	Masculino	Total	Femenino	Masculino	Total
30-39	12	10	22	5	4	9
40-49	30	24	54	17	13	30
50-59	30	58	88	9	10	39
60-69	47	43	90	9	20	29
70-79	7	34	41	2	4	6
Más de 80	2	5	7	2	1	3
Total	128	174	302	64	52	116

Al analizar los principales diagnósticos de los pacientes con dolor torácico agudo, ocupó el primer lugar la osteocondritis esternocostal, con un total de 128 pacientes (30,62 %). En este grupo, la mayoría son del sexo masculino (33,33 %). Se determinó que la bursitis del hombro ocupó el segundo puesto, con 109 pacientes (26,07 %). En tercer lugar, encontramos 106 pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo, para un 25,35 %. (Tabla 5)



Tabla 5. Pacientes recibidos con dolor torácico agudo en la UCIE

Diagnóstico	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Osteocondritis	60	28,03	68	33,33	128	30,62
Bursitis del hombro	52	24,29	57	27,94	109	26,07
SCA	51	23,83	55	26,96	106	25,35
Neurosis de ansiedad	37	17,28	9	4,41	46	11,00
ERGE	11	5,14	8	3,92	19	4,54
TEP	3	1,40	5	2,45	8	1,91
Pericarditis	-	-	2	0,98	2	0,47
Total	214	100	204	100	418	100

SCA: síndrome coronario agudo; ERGE: enfermedad por reflujo gastroesofágico; TEP: tromboembolismo pulmonar.

En relación con los signos de alarma, 89 pacientes (21,29 %) de la muestra estudiada presentaron estos signos. Se constató la bradicardia con 21 pacientes (23,59 %), seguida de la taquicardia con 19 pacientes y, en tercera posición, la hipotensión arterial con 17 pacientes. (Tabla 6)

Tabla 6. Signos de alarma en pacientes con dolor torácico agudo

Signos de alarma	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Bradicardia	7	18,91	14	26,92	21	23,59
Taquicardia	8	21,62	11	21,15	19	21,34
Hipotensión arterial	7	18,91	10	19,23	17	19,10
Taquipnea	6	16,21	7	13,46	13	14,60
Alteraciones del sensorio	6	16,21	4	7,69	10	11,23
Cianosis	3	8,10	6	11,53	9	10,11
Total	37	100	52	100	89	100



Egresaron vivos 299 pacientes (71,53 %). Se trasladaron a unidades de cuidados progresivos el 27,75 %. Falleció un 0,71 % de la muestra estudiada. (Tabla 7)

Tabla 7. Destino final de los pacientes con dolor torácico agudo

Destino	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No.	%
	No.	%	No.	%		
Egresados vivos	142	72,44	157	70,72	299	71,53
Traslado a cuidados progresivos	54	27,55	62	27,92	116	27,75
Fallecidos	-	-	3	1,35	3	0,71
Total	196	100	222	100	418	100

DISCUSIÓN

El comportamiento del dolor torácico agudo en la UCIE del Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández, en cuanto a total de pacientes atendidos en el período de un año, es similar a lo informado por otras provincias cubanas.

El grupo de edad más afectado fue el de 50 a 59 años, coincidiendo con el estudio realizado por Pérez Cervantes et al.⁽⁹⁾ en un centro médico de México, donde destaca la edad promedio de los afectados en 61 años y del sexo masculino. También coincidió con el estudio de Bañol-Betancur y Martínez-Sánchez, donde la edad promedio fue $49,5 \pm 19,9$ años; sin embargo hubo un predominio del sexo femenino, con el 56,7 % de los casos.⁽¹⁰⁾

Este rango de edad y el sexo predominante tiene relación con la actividad física intensa y el hecho de levantar pesos excesivos, tan frecuentes en los hombres a estas edades.

Dentro de los factores relacionados con la aparición del dolor torácico agudo, ocupó el primer lugar el esfuerzo físico intenso, seguido del antecedente de hipertensión arterial y, en tercer lugar, el tabaquismo. Este aspecto coincide con un estudio realizado en Tanzania, donde el esfuerzo físico jugó un papel importante en la aparición del dolor.⁽¹¹⁾ No coincide este hallazgo con la investigación referida de Bañol-Betancur, et al.,⁽¹⁰⁾ quienes reportan la hipertensión arterial en primer lugar.



Fue significativa la aparición del dolor los lunes. Este hallazgo es similar a lo reportado en el estudio transversal realizado en un servicio de emergencias en Barcelona, donde hubo mayor afluencia de pacientes con esta dolencia los lunes, y el resto de los días de la semana hubo un descenso gradual en la cantidad de pacientes reportados.⁽¹²⁾

Este hallazgo se relaciona con la actividad y el esfuerzo físico realizado durante el fin de semana, que pudiera explicar el gran número de enfermos atendidos los lunes. La actividad física produce un aumento de la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial sistólica. Por lo tanto, hay un aumento del consumo de oxígeno; si existen obstrucciones coronarias previas esto explica la aparición del dolor. Además, en personas sanas que cargan grandes pesos, aparece distensión de músculos del pecho, que transmiten estímulos dolorosos percibidos en el tórax.

En el estudio en cuestión predominó el dolor de carácter sordo y punzante en un gran número de casos. No coincide con el estudio de Bañol-Betancur et al.,⁽¹⁰⁾ que reportó el dolor opresivo en la mayoría de sus pacientes.

La exploración semiológica de las características del dolor constituye una herramienta muy valiosa para el enfoque inicial de los pacientes con dolor torácico agudo en el servicio de emergencias.

En el mayor número de los pacientes estudiados el dolor torácico agudo no tuvo una causa cardíaca. Solamente el 27,75 % tuvo un origen cardiovascular. Esto es similar a lo reportado por los investigadores de un estudio del Colegio Americano de Cardiología, quienes encontraron que solo el 5,5 % de sus pacientes tuvieron una condición cardíaca, responsable del dolor torácico.⁽¹³⁾ Sin embargo, Domínguez-Moreno et al.⁽¹⁴⁾ describen en su análisis que casi el 40 % de sus pacientes tuvieron un dolor de origen cardiovascular, lo que representa una elevada morbilidad en este tipo de entidades clínicas.⁽¹⁴⁾

En cuanto a los diagnósticos de dolor torácico agudo, el primer lugar lo ocupó la osteocondritis esternocostal, seguida de la bursitis del hombro y del síndrome coronario agudo, que constituyó el 25,35 % de la muestra estudiada, destacándose un discreto predominio en los hombres. Este resultado es muy similar al reportado por Bañol-Betancur et al.,⁽¹⁰⁾ quienes encontraron que la costocondritis fue la primera causa de dolor torácico agudo en su serie de pacientes atendidos.

En el trabajo de González del Hoyo et al.,⁽¹⁵⁾ se reportó en el 13,6 % de sus pacientes con troponina I elevada, el diagnóstico de SCA. En otro orden de ideas, un estudio de la ciudad argentina de San Carlos de Bariloche reportó mayor incidencia del SCA en los hombres.⁽¹⁶⁾

Aunque no se sabe con exactitud, los médicos creen que la osteocondritis esternocostal suele estar provocada por hacer un ejercicio físico duro o por una leve lesión ocasionada por levantar objetos pesados o toser repetidamente.⁽¹⁷⁾

El estrés emocional a menudo provoca la ansiedad, que en estos casos fue la cuarta causa de dolor torácico agudo. El autor considera que el desencadenante es menos evidente cuando los impulsos emocionales internos causan conflicto, porque las defensas psicológicas los apartan de la conciencia del individuo. Esta se asocia a



síntomas somáticos característicos como taquicardia, palpitaciones, extrasístoles y dolor precordial punzante.

Los principales signos de alarma en estos pacientes fue la bradicardia, taquicardia e hipotensión arterial. No coincidió con la investigación de Horde et al.,⁽¹⁸⁾ quienes encontraron la taquipnea como el primer signo de alarma en sus pacientes, casi todos del sexo masculino.

En el presente estudio, el mayor número de pacientes fueron egresados del hospital. El 27,75 % de ellos fue transferido a unidades de cuidados progresivos. Tuvimos un 0,71 % de fallecidos. Moldes Acanda y González Reguera notificaron en un Centro Diagnóstico Integral de Venezuela, el 12,5 % de pacientes fallecidos.⁽¹⁹⁾

A criterio de los autores, el origen del dolor, en la mayoría de los casos, fueron causas no cardiovasculares, y afectó más al sexo masculino. Se comprobó asociación estadística significativa entre la actividad física intensa y el inicio del dolor torácico agudo. Egresaron vivos de la unidad el 71,53 % de los pacientes.

Se reafirma la importancia de establecer la máxima prioridad para el abordaje y atención de estos pacientes, para una correcta clasificación y atención en el menor tiempo posible. Con este enfoque descartaremos las patologías graves, como el síndrome coronario agudo o la embolia pulmonar, que comprometen la vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reyes Sanamé FA, Pérez Álvarez ML, Alfonso Figueredo E, et al. El método clínico aplicado al diagnóstico del dolor torácico agudo. *Corr Cient Méd [Internet]*. 2018 [citado 03/12/2020];22(3). Disponible en: <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/coemed/article/view/2859>
2. Alfonso F, Salamanca J, Pozo E. Diagnóstico de síndrome coronario agudo en pacientes con dolor torácico en urgencias: ¿cambios a la vista? *Emergencias [Internet]*. 2016 [citado 03/12/2020];28(1):6-8. Disponible en: <http://emergencias.portalsemes.org/numeros-anteriores/volumen-28/numero-1/diagnostico-de-sndrome-coronario-agudo-en-pacientes-con-dolor-torcico-en-urgencias-cambios-a-la-vista/>
3. Vera-Rivero DA, Vergara Graelles AL. Evaluación del nivel de conocimientos sobre el diagnóstico de dolor torácico agudo en internos de medicina. *Rev Med Electrón [Internet]*. 2020 [citado 03/12/2020];43(3). Disponible en: http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3637/pdf_762
4. Vera Rivero DA. Conocimientos sobre el diagnóstico del dolor torácico agudo: una necesidad en los internos de Medicina. *Edumecentro [Internet]*. 2020 [citado 08/06/2020];12(2):49-58. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742020000200049&lng=es



5. Gutiérrez-Sotelo O. Dolor torácico, electrocardiograma y enzimas cardíacas: una propuesta práctica de manejo hospitalario. *Acta Méd Costarricense* [Internet]. 2019 [citado 08/06/2020]; 61(1): 43-7. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022019000100043&lng=en
6. Sociedad Argentina de Cardiología. Consenso para el manejo de pacientes con dolor precordial. *Rev Argent Cardiol* [Internet]. 2016 [citado 04/06/2020]; 84:378-401. Disponible en: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2017/10/consenso-para-el-manejo-de-pacientes-con-dolor-precordial.pdf>
7. Martínez Merlo JA, Lastre Amell GE, Cassiani C. Cuidados de enfermería en pacientes con Síndrome Coronario Agudo (SCA). *Ene* [Internet]. 2019 [citado 21/10/2019]; 13(2): 1329. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000200009&lng=es
8. Hurtado Noblecilla E, Bartra Aguinaga A, Osada Lij J, et al. Frecuencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con síndrome isquémico coronario agudo, Chiclayo. *Rev Med Hered* [Internet]. 2019 [citado 08/06/2020]; 30(4). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2019000400003
9. Pérez Cervantes JA, Mérito Azpiri C, Montoya González C, et al. La unidad de dolor torácico en el servicio de urgencias y el uso de la escala PRETEST y troponina I ultrasensible. Nuevo abordaje con una vieja herramienta. *Anales Médicos* [Internet]. 2018 [citado 12/06/2020]; 63(1): 14-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=78308>
10. Bañol-Betancur I, Martínez-Sánchez M, Rodríguez-Gázquez A, et al. Caracterización del dolor torácico en pacientes que consultan al Servicio de Urgencias de una institución de salud de alto nivel de complejidad, en el periodo 2014-2015, en Medellín, Colombia. *Rev Soc Esp Dolor* [Internet]. 2017 [citado 10/06/2020]; 24(6). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20986/resed.2017.3571/2017>
11. Hertz JT, Madut DB, Tesha R, et al. Perceptions of chest pain and healthcare seeking behavior for chest pain in northern Tanzania: A community-based survey. *PLoS One* [Internet]. 2019 [citado 10/06/2020]; 14(2): e0212139. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0212139>
12. López-Barbeito B, Martínez-Nadal G, Bragulat E, et al. Evolución de las características de las visitas por dolor torácico no traumático en una unidad de dolor torácico durante un periodo de 10 años (2008-2017). *Emergencias* [Internet]. 2019 [citado 10/06/2020]; 31: 377-84. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7164224>
13. Januzzi JL, McCarthy CP. Evaluating Chest Pain in the Emergency Department: Searching for the Optimal Gatekeeper. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2018 [citado 10/06/2020]; 71(6): 617-9. Disponible en: <https://www.jacc.org/doi/abs/10.1016/j.jacc.2017.11.065>



14. Domínguez-Moreno R, Bahena-López E, Neach-de-la-Vega D, et al. Abordaje del dolor torácico. Med Int Méx [Internet]. 2016 jul [citado 10/06/2020];32(4):461-74. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2016/mim164>
15. González-del-Hoyo M, Germán Cediel G, Carrasquer A, et al. Implicaciones diagnósticas y en el pronóstico de la elevación de troponina en ausencia de dolor torácico en pacientes atendidos en urgencias. Emergencias [Internet]. 2018 abr [citado 08/06/2020];30(2):77-83. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6319294>
16. Calandrelli M, Caminos M, Bocian JL, et al. Incidencia anual y letalidad del infarto agudo de miocardio en la Ciudad de San Carlos de Bariloche. Estudio REGIBAR. Rev Argent Cardiol [Internet]. 2017 [citado 08/11/2020];85:407-9. Disponible en: <http://www.old2.sac.org.ar/wp-content/uploads/2018/03/v85n5a04.pdf>
17. La osteocondritis: signos y tratamiento de este tipo de dolor de pecho [Internet]. Barcelona: Faros; 2019 [citado 08/11/2020]. Disponible en: <https://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/costocondrits-signos-tratamiento-este-tipo-dolor-pecho>
18. Horde P, Ulpat A. Les signes d'alerte: différents en fonction du sexe. Le Particulier [Internet]; 2018 mar [citado 08/06/2020]. Disponible en: https://leparticulier.lefigaro.fr/jcms/p1_1714588/les-signes-dalerte-differents-en-fonction-du-sexe
19. Moldes Acanda M, González Reguera M, Hernández Rivero M, et al. Comportamiento del infarto agudo del miocardio en Cuidados Intensivos. Centro Diagnóstico Integral Simón Bolívar. Venezuela. Rev Méd Electrón [Internet]. 2017 [citado 08/11/2020];39(1). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1572>

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribución de autoría

Alberto de Jesús Montero-Jimeno: investigador principal; participó en la selección de referencias bibliográficas, discusión de los resultados y redacción del documento.

Aida García-Güell: participó en la búsqueda bibliográfica y discusión de los resultados.

Marisol Negret-Hernández: participó en la búsqueda bibliográfica y discusión de los resultados.



Lino Alfonso-Suárez: participó en la búsqueda bibliográfica y discusión de los resultados.

Euserlin García-Batista: participó en la búsqueda bibliográfica y discusión de los resultados.

Marylin Sonia Martell-Díaz: participó en la búsqueda bibliográfica y discusión de los resultados.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Montero-Jimeno A de J, García-Güell A, Negret-Hernández M, Alfonso-Suárez L, García-Batista E, Martell-Díaz MS. Caracterización del dolor torácico agudo en pacientes del Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández. Matanzas. Rev. Méd. Electrón [Internet]. 2021 Nov.-Dic. [citado: fecha de acceso]; 43(6). Disponible en:

<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/4277/5338>

