

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

J. I. Bañol-Betancur¹, L. M. Martínez-Sánchez¹, M. A. Rodríguez-Gázquez¹, E. Bahamonde-Olaya², A. M. Gutiérrez-Tamayo², L. I. Jaramillo-Jaramillo² y C. Ruiz-Mejía²

¹Docente. ²Estudiante. Universidad Pontificia Bolivariana. Escuela de Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina. Medellín, Colombia

Bañol-Betancur JI, Martínez-Sánchez LM, Rodríguez-Gázquez MA, Bahamonde-Olaya E, Gutiérrez-Tamayo AM, Jaramillo-Jaramillo LI y Ruiz-Mejía C. 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* 2017;24(6):288-293.

ABSTRACT

Introduction: Acute chest pain is a distressing sensation between the diaphragm and the base of the neck and it represents a diagnostic challenge for any physician in the emergency department.

Objective: To establish the main clinical and epidemiological characteristics of patients who present with chest pain to the emergency department in a private clinic from the city of Medellín.

Methods: Cross-sectional retrospective observational study, were patients who consulted for chest pain in the emergency department who met the eligibility criteria during 2014-2015. The information was analyzed in SPSS program vr.21; qualitative variables were described through relative frequencies, and the quantitative through mean and standard deviation or medians according to their distribution in the study population.

Results: A total of 231 patients were evaluated, the mean age was 49.5 ± 19.9 years, 56.7 % were females. The most frequent pathological antecedents were hypertension 35.5 %, diabetes 10,8 %, dyslipidemia 10.4 % and coronary disease 5.2 %. Regarding pain features, in 40.3 % of the patients the pain began abruptly, in 38.2 % it had a precordial location, for 20 % of the cases physical activity acted as a trigger, and 60.6 %

was oppressive. Costochondritis was the most common cause of chest pain among patients with an established etiologic diagnosis, representing the 18.2 %.

Conclusions: Although the clinical features of pain reported coincide with the clinical presentation of an acute coronary syndrome, the most common cause of chest pain in study population was costochondritis instead, indicating that it is a differential diagnostic in the approach of patients with pain acute chest.

Key words: Chest pain, osteochondritis, acute coronary syndrome.

RESUMEN

Introducción: El dolor torácico agudo es una sensación dolorosa que se manifiesta entre el diafragma y la base del cuello, e implica un reto diagnóstico para cualquier médico en el servicio de urgencias.

Objetivo: Determinar las principales características clínicas y epidemiológicas de los pacientes que consultan por dolor torácico en una clínica privada de la ciudad de Medellín.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo transversal, realizado con la información consignada en las historias clínicas de los adultos que consultaron por dolor torácico en el servicio de urgencias, en el periodo 2014-2015, y que cumplieron con los criterios de elegibilidad. La información se analizó en el programa SPSS 21, a las variables cualitativas se les calcularon frecuencias absolutas y relativas y a las cuantitativas se utilizaron promedios con desviación estándar o medianas.

Resultados: Se evaluaron un total de 231 historias clínicas de pacientes que consultaron por dolor torácico. La edad promedio fue $49,5 \pm 19,9$ años, sexo femenino 56,7 %. Los antecedentes personales más frecuentes fueron hipertensión arterial 35,5 %, diabetes 10,8 %, dislipidemia 10,4 % y enfermedad

coronaria 5,2 %. Respecto a las características del dolor, el 40,3 % fue de inicio súbito, de localización precordial el 38,2 %, para el 20 % el desencadenante fue la actividad física y el 60,6 % era de carácter opresivo. De los pacientes con diagnóstico etiológico, el más frecuente fue costochondritis con 18,2 %.

Conclusiones: A pesar de que las características clínicas del dolor reportadas coinciden con la presentación clínica de un síndrome coronario agudo, la etiología más frecuente no fue esta, sino que fue la costochondritis, indicando que es un diagnóstico diferencial en el enfoque de un paciente con dolor torácico agudo.

Palabras clave: Dolor en el pecho, osteocondritis, síndrome coronario agudo.

INTRODUCCIÓN

El dolor es definido por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor como una sensación no placentera y/o una experiencia emocional asociada con daño tisular actual o potencial. Es importante conocer la localización y el diagnóstico del dolor agudo para minimizar o evitar daño tisular, complicaciones y efectos adversos (1).

El dolor torácico (DT) se define como la sensación dolorosa que se manifiesta entre el diafragma y la base del cuello, e implica un reto diagnóstico para cualquier médico en el Servicio de Urgencias, con el objetivo de diferenciar aquellos pacientes que requieren manejo urgente intrahospitalario de quienes pueden manejarse de forma ambulatoria (2). Las etiologías a descartar incluyen un gran número de patologías que afectan órganos y estructuras ubicadas en tórax y abdomen, por tanto un diagnóstico errado puede tener graves consecuencias, incluso la muerte; por este motivo, es fundamental identificar las manifestaciones clínicas que indiquen enfermedades que requieran un manejo urgente (3). Las tres principales entidades que deben descartarse debido a su gravedad son, en orden de frecuencia: el SCA, el EP y el SAA; sin embargo, en la mayor parte de los casos, el dolor torácico es ocasionado por otras condiciones de curso benigno, siendo menos del 5 % de los casos por un SCA con elevación del ST (SCAST) (4,5).

El dolor torácico representa del 5 al 20 % de las admisiones a servicios de urgencias en los Estados Unidos, siendo el segundo motivo de consulta más frecuente. De estos, aproximadamente el 50 % requieren manejo intrahospitalario con un costo anual de 10 a 12 billones de dólares (6,7). Adicionalmente, en el 13 % de los pacientes con DT y un electrocardiograma (ECG) normal corresponde a un infarto agudo de miocardio (IMA), el 35 % a un DT inespecífico o parietal, el 27 % a un reflujo gastroesofágico o úlcera péptica y el 25 % a un DT de origen psiquiátrico (3).

El presente estudio tuvo como objetivo determinar las principales características clínicas y epidemiológicas de los pacientes que consultan por dolor torácico en una clínica privada de la ciudad de Medellín, en el periodo 2014-2015.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo transversal, en el que se incluyeron las historias clínicas de los pacientes de 18 y más años que consultaron por dolor torácico en el Servicio de Urgencias de una institución de salud de alto nivel de complejidad en Medellín, Colombia, durante el periodo de 2014 a 2015. La recolección de los datos la hicieron los investigadores utilizando un formulario que incluía las variables del estudio (características sociodemográficas, antecedentes personales y familiares, diagnóstico, características del dolor, resultados de exámenes paraclínicos, y hábitos y estilos de vida). Se realizó una base de datos en el programa SPSS versión 19 para el registro y análisis de información. A las variables cualitativas se les calculó frecuencias absolutas y relativas y a las variables cuantitativas se estimaron la media y la desviación estándar. La investigación fue clasificada como sin riesgo según la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, y contó con el aval ético de la institución donde se llevó a cabo la ejecución.

RESULTADOS

En este estudio se incluyeron 231 historias clínicas de pacientes con dolor torácico. La edad promedio fue de $49,5 \pm 19,9$ años. El 56,7 % de los pacientes fue de sexo femenino, el 96,1 % pertenecía al régimen contributivo, uno de cada dos tenía como escolaridad la secundaria o mayor, y tenían por ocupación el de empleado el 26 % o el ama de casa el 23,4 % (Tabla I).

En la Tabla II se puede observar que los antecedentes personales más frecuentes fueron hipertensión, con el 35,5 %, diabetes con el 10,8 %, dislipidemia con el 10,4 % y la enfermedad coronaria con el 5,2 %.

La duración del dolor fue registrada en 190 historias clínicas, siendo de 7 a 12 horas en el 98,9 %, y de 1 a 6 horas en el 1,2 % restante de los pacientes. En cuanto a otras características del dolor torácico, en la Tabla III se puede observar que las que predominaron fueron: inicio súbito (40,3 %), opresivo (60,6 %), de localización precordial (38,2 %), no irradiado (43,1 %), los mayores desencadenantes son la actividad física y el estrés (20 % cada uno), mejora con el consumo de antiinflamatorios (29,2 %) y empeora con la respiración (38,3 %). Los síntomas más frecuentemente asociados al dolor torácico fueron la disnea (39,7 %) y las náuseas (14 %).

TABLA I
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE 231
PACIENTES CON DOLOR TORÁCICO

Variable	n (%)
<i>Sexo</i>	
Femenino	131 (56,7)
Masculino	100 (43,3)
<i>Régimen</i>	
Contributivo	222 (96,1)
Subsidiado	2 (0,9)
Sin dato	7 (3,0)
<i>Escolaridad</i>	
Ninguna	2 (0,9)
Primaria	52 (22,5)
Secundaria	85 (36,8)
Pregrado	26 (11,3)
Postgrado	1 (0,4)
Sin dato	65 (28,2)
<i>Ocupación</i>	
Empleado	60 (26,0)
Ama de casa	54 (23,4)
Desempleado	12 (5,2)
Estudiante	12 (5,2)
Jubilado	10 (4,3)
Independiente	9 (3,9)
Otro	20 (8,7)
Sin dato	54 (23,4)

TABLA II
ANTECEDENTES PERSONALES DE 231 PACIENTES
CON DOLOR TORÁCICO

Antecedente*	n (%)
Hipertensión arterial	82 (35,5)
Diabetes	25 (10,8)
Dislipidemia	24 (10,4)
Enfermedad coronaria	12 (5,2)
Enfermedades gastrointestinales	11 (4,8)
Obesidad	6 (2,6)
Infarto agudo de miocardio	5 (2,2)
Trombosis venosa profunda	4 (1,7)
Enfermedades psiquiátricas	3 (1,3)
Enfermedad cerebrovascular	2 (0,9)
Tromboembolismo pulmonar	1 (0,4)
Otros	93 (40,3)

*Cada paciente puede tener más de un antecedente personal.

Tan solo en 190 de las 231 historias clínicas se tenían los resultados del electrocardiograma. Las características más frecuentes de esta prueba diagnóstica fueron el ritmo sinusal (95,8 %) y segmento ST normal; el resto de hallazgos pueden revisarse en la Tabla IV.

En la Tabla V se aprecia la información de los estilos de vida en 124 pacientes con dolor torácico. El tabaquismo y el consumo de alcohol fueron los hábitos más frecuentes (25 y 13,7 %, respectivamente).

Los 231 pacientes tuvieron registrado un diagnóstico de egreso; sin embargo, únicamente en 83 (35,9 %) se estableció un diagnóstico etiológico, siendo el más frecuente en este grupo la costocondritis con 42 casos (18,2 %). Por otro lado, el infarto agudo de miocardio (IAM) solo fue diagnosticado en el 2,6 % de los pacientes. Un 6,1 % de los pacientes presentó valores de troponina I positivos (> 0,05 ng/ml), encontrándose registro de este parámetro en solo el 37,2 % de las historias clínicas, lo cual sugiere que es necesario mejorar el registro de la información.

DISCUSIÓN

En el estudio realizado en Colombia por Mora y cols. (8), en 466 pacientes en condiciones similares a los nuestros reportaron una edad promedio de 62,3 años, mientras que el observado en la presente investigación fue de 49,5 años, más parecido al reportado por Undheim y cols. (9) en 108 noruegos con 51,2 años, y Muñoz y cols. (10) de 957 chilenos con 50,16 años.

El sexo femenino aportó el mayor número de casos (56,7 %), al igual que en los estudios de Martínez-Sellés y cols. (11) en España, de Undheim y cols. (9) y Muñoz y cols., con 54,6, 56,4 y 51,3 %, respectivamente, al contrario que los datos de Mora y cols. (8) en los que las mujeres aportaron el 45,4 % del total.

En cuanto a los antecedentes personales, en los estudios realizados por Leite y cols. (6), Sprockel y cols. (5) y Soeiro y cols. (12) se evidenció que la hipertensión arterial fue el antecedente más frecuente, afectando al 53,6, 57, % y 68 % de los pacientes, respectivamente, al igual que en el presente estudio, a pesar de representar una menor proporción 35,5 %. Con respecto a la enfermedad coronaria, Sprockel y cols. (5) reportaron un 38,1 % de pacientes con esta condición, cifra superior al 5,2 % encontrado en este estudio.

Con relación a las características del dolor torácico, en nuestros pacientes las más frecuentes fueron las mismas, y con casi igual frecuencia, a las encontradas por Mora y cols. (8) en cuanto al carácter opresivo, la irradiación a miembro superior izquierdo y de la actividad física como principal desencadenante. No obstante, la localización precordial en nuestro estudio fue menor al reportado por los mismos autores, con 38,2 % *versus* 47,7 %.

TABLA III
CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR DE LOS
PACIENTES CON DOLOR TORÁCICO

<i>Características</i>	<i>n (%)</i>
<i>Forma de inicio (n = 115)</i>	
Súbito	93 (40,3)
Progresivo	22 (9,5)
<i>Localización de dolor (n = 186)</i>	
Precordial	71 (38,2)
Retroesternal	30 (16,1)
Difuso	24 (12,9)
Intercostal	9 (4,8)
Otros	52 (28,0)
<i>Desencadenante (n = 45)</i>	
Actividad física	9 (20,0)
Estrés	9 (20,0)
Consumo de alcohol	6 (13,3)
Deglución	5 (11,1)
Movimientos respiratorios	4 (8,9)
Movimientos musculares	3 (6,7)
Trauma	2 (4,4)
Otros	7 (15,5)
<i>Carácter (n = 137)</i>	
Opresivo	83 (60,6)
Punzante	32 (23,4)
Urente	8 (5,8)
Desgarrante	1 (0,7)
Otro	13 (9,5)
<i>Irradiación (n = 153)</i>	
No irradiado	66 (43,1)
Miembro superior izquierdo	41 (26,8)
Cuello	13 (8,5)
Miembro superior derecho	11 (7,2)
Espalda	11 (7,2)
Mandíbula	3 (2,0)
Epigastrio	3 (2,0)
Dolor migratorio	2 (1,3)
Otras regiones diferentes	3 (2,0)
<i>Situaciones en las que mejora (n = 24)</i>	
Consumo de antiinflamatorios	7 (29,2)
Reposo	5 (20,8)
Mejoría espontánea	3 (12,5)
Consumo de nitratos	2 (8,3)
Consumo de antiácidos	1 (4,2)
Otros*	6 (25,0)

<i>Situaciones en las que empeora (n = 86)</i>	
Respiración	33 (38,3)
Movimientos	26 (30,2)
Palpación	10 (11,6)
Actividad física	7 (8,1)
Decúbito	4 (4,6)
Tos	4 (4,6)
Consumo de alimentos	1 (1,1)
Inclinación hacia adelante	1 (1,1)
<i>Signos y síntomas asociados (n = 171)</i>	
Disnea	68 (39,7)
Náuseas	24 (14,0)
Vómito	19 (11,1)
Tos	16 (9,3)
Síntomas gripales	10 (5,8)
Fiebre	9 (5,2)
Taquicardia	7 (4,1)
Parestesias	6 (3,5)
Síncope	5 (2,9)
Bradycardia	4 (2,3)
Alteración del estado de conciencia	2 (1,2)
Hemoptisis	1 (0,6)

*Otros: vómito, consumo de valeriana, hidróxido de aluminio, acetaminofén, ranitidina, salbutamol (cada una con un caso).

TABLA IV
CARACTERÍSTICAS DEL ELECTROCARDIOGRAMA
DE 190 PACIENTES CON DOLOR TORÁCICO

<i>Características*</i>	<i>n (%)</i>
Ritmo sinusal	182 (95,8)
Segmento ST normal	180 (94,7)
Onda T invertida	7 (3,6)
Elevación del segmento ST	5 (2,6)
Depresión del segmento ST	4 (2,1)
Onda T picuda	2 (1,05)
Taquiarritmias	2 (1,1)
Bloqueos	2 (1,1)
Ritmos de escape	1 (0,5)
Bradiarritmias	1 (0,5)

* Cada paciente puede tener positiva más de una característica.

TABLA V
ESTILOS DE VIDA DE 124 PACIENTES CON DOLOR TORÁCICO

<i>Estilo de vida</i>	<i>n (%)</i>
Tabaquismo	31 (25,0)
Consumo de alcohol	17 (13,7)
Consumo de drogas psicoactivas	4 (3,2)
Exfumador	3 (2,4)
Cocina con leña	1 (0,8)
Sedentarismo	1 (0,8)

*Cada paciente puede tener positivo más de un estilo de vida.

El factor asociado a mejoría del dolor más frecuentemente encontrado fue el reposo, con un 28,6 % en el estudio realizado por Mora y cols. (8), mientras que en el presente estudio fue el consumo de antiinflamatorios con el 29,2 %. Esto puede explicarse debido a que en esta investigación el diagnóstico predominante en la población estudiada fue costocondritis; esta entidad, también conocida como síndrome de Tietze, produce dolor debido a la inflamación de la unión costocondral, por lo tanto los antiinflamatorios resuelven el cuadro clínico de estos (13).

La respiración, el movimiento y la palpación fueron los tres principales factores causantes del aumento del dolor, como se expuso en el párrafo anterior. La inflamación, presente en la costocondritis, produce dolor en el paciente que empeora con los diferentes movimientos que involucran la caja torácica en las articulaciones comprometidas o cuando se palpa la unión costocondral (13).

En cuanto a los signos y síntomas asociados, Soeiro y cols. (12) encontraron que la disnea fue el más frecuente, presentándose en el 89 *versus* 39 % en nuestro estudio, ya que las patologías que más frecuentemente producen dolor torácico se acompañan de disnea.

En relación a las características del electrocardiograma, Martínez-Sellés y cols. (11) identificaron que el 92,7 % de los pacientes presentaron ritmo sinusal, y solo el 5,2 % elevación del segmento ST, resultados similares a los encontrados en este estudio, donde el 95,8 % tuvieron ritmo sinusal y el 2,6 % elevación del segmento ST. Este último porcentaje coincide con los pacientes diagnosticados con IAM en el presente estudio, debido a que la gran mayoría de los diagnósticos no correspondían a isquemia miocárdica; el patrón predominante en el rastreo electrocardiográfico fue el de ritmo sinusal.

El 6,1 % de los pacientes con dolor torácico fueron troponina I positivos (> 0,05 ng/ml); lo anterior se asocia con alta probabilidad de que la etiología de dicha dolencia sea

la cardiopatía isquémica. A pesar de que solo un pequeño porcentaje de pacientes presenta una isquemia, el abordaje debe estar muy centrado en descartar dicha patología, ya que supone un importante compromiso para la vida del paciente.

Se encontró en este estudio que el tabaquismo y el consumo de alcohol fueron los hábitos más frecuentes (25 y 13,7 %, respectivamente), cifras más bajas que los reportados por Muñoz y cols. (10), con 28,4 y 33,9 %, respectivamente.

Martínez-Sellés y cols. (11) reportaron como principal diagnóstico de egreso la costocondritis en el 59 % de los pacientes; en el estudio actual se encontró un resultado similar, pero con mucha menor proporción (35,9 %).

La mayor limitación de este estudio fue la falta de información en algunas variables, lo que ocasionó que las frecuencias de las mismas fueran calculadas sobre el número de historias con el dato.

CONCLUSIÓN

En este estudio se pudo identificar que, a pesar de que las características clínicas del dolor reportadas coinciden con la presentación clínica de un síndrome coronario agudo, la etiología más frecuente no fue esta, sino que fue la costocondritis o síndrome de Tietze, la cual es una patología inflamatoria que en muchas ocasiones puede simular el cuadro clínico de un cuadro de isquemia miocárdica y, por tanto, debe ser un diagnóstico diferencial durante el abordaje de un paciente que consulta por dolor torácico.

Una recomendación importante es que el dolor torácico es un síntoma inespecífico que puede tener diferentes etiologías, algunas de ellas, como la isquemia miocárdica, requieren una detección precoz y un tratamiento oportuno. Es por esto que es importante que el médico haga un abordaje adecuado del paciente, con un enfoque diagnóstico completo que le permita descartar inicialmente las patologías que comprometen la vida del paciente.

Debido a que la mayor limitación fue la información incompleta de algunas variables de interés, es importante recordar que la historia clínica es una herramienta útil para el médico y el paciente y, por tanto, es necesario hacer un registro cuidadoso y completo de la información, ya que esto garantiza que se cuente con todos los datos de los diferentes episodios del paciente que le permitan a un médico tratante, en el futuro, conocer los antecedentes y los procedimientos que ya ha recibido el paciente, así como tener evidencia del enfoque y abordaje que se hizo con el paciente.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Malek N, Starowicz K. Dual-Acting compounds targeting endocannabinoid and endovanilloid systems-a novel treatment option for chronic pain management. *Front Pharmacol* 2016;7:257. DOI: 10.3389/fphar.2016.00257.
2. Mendoza F. Dolor torácico en el servicio de urgencias "un reto por enfrentar". *Rev Col Cardiol* 2003;10:455-64.
3. Riverón I, Santos AM, Campos M, Suñol D. Perfil etiológico y estratificación del riesgo en pacientes con dolor torácico agudo. *Rev Cubana Med Milit* 2014;43(2):206-15.
4. Córdoba-Soriano JG, Hidalgo-Olivares V, Cambrónero-Cortinas E, Fernández-Anguila M. Differential diagnosis of chest pain: a case of acute aortic syndrome]. *Semergen* 2014;40(2):e37-42.
5. Sprockel J, González MG, Barón R. Escalas de riesgo en el diagnóstico de la angina inestable en pacientes con dolor torácico con electrocardiograma y biomarcadores negativos. *Repert Med Cir* 2016;25(3):156-62.
6. Leite L, Baptista R, Leitão J, Cochicho J, Breda F, Elvas L, et al. Chest pain in the emergency department: risk stratification with Manchester triage system and HEART score. *BMC Cardiovasc Disord* 2015;15:48. DOI: 10.1186/s12872-015-0049-6.
7. Mendoza F. Dolor torácico con sospecha de síndrome coronario agudo; la importancia del juicio clínico, los exámenes, las unidades de dolor torácico y las rutas críticas. *Rev Col Cardiol* 2013; 20(5):275-7.
8. Mora G, Franco R, Fajardo H, Serrano D, Suárez M. Características clínicas y electrocardiográficas de los pacientes que ingresan a una unidad de dolor torácico en el contexto de la nueva definición de infarto agudo de miocardio. *Rev Col Cardiol* 2005;11(7):333-43.
9. Undheim M, Bru E, Murberg TA. Associations between emotional instability, coping, and health outcomes among patients with non-cardiac chest pain. *Health Psychol* 2015;2(2):1-7.
10. Muñoz D, Albertz PN, De la Fuente M. Consultas por dolor torácico en el servicio de urgencia hospitalario de una comunidad rural. Llay-Llay 2005-2007. *Rev Chil Salud Pública* 2008;12(2):93-102.
11. Martínez-Sellés M, Bueno H, Sacristán A, Estévez A, Ortiz J, Gallego L, et al. Dolor torácico en urgencias: frecuencia, perfil clínico y estratificación de riesgo. *Rev Esp Cardiol* 2008;61(9):953-9.
12. Soeiro Ade M, Fernandes FL, Soeiro MC, Serrano Jr CV, Oliveira Jr MT. Clinical characteristics and long-term progression of young patients with acute coronary syndrome in Brazil. *Einstein (Sao Paulo)* 2015;13(3):370-5. DOI: 10.1590/S1679-45082015AO3381.
13. Kaplan T, Gunal N, Gulbahar G, Kocer B, Han S, Eryazgan MA, et al. Painful Chest Wall Swellings: Tietze syndrome or chest wall tumor?. *Thorac Cardiovasc Surg* 2011;29(12).