



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

INCIDENCIA DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PACIENTES CON
DOLOR TORÁCICO AGUDO QUE INGRESAN AL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI
MARTINS. ABRIL – JUNIO 2008

INCIDENCE OF ACUTE CORONARY SYNDROME IN PATIENTS WITH
ACUTE CHEST PAIN ADMITTED TO THE EMERGENCY DEPARTMENT
OF THE EDGARDO REBAGLIATI MARTINS NATIONAL HOSPITAL.
APRIL – JUNE 2008

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN TECNOLOGÍA PARA URGENCIAS MÉDICAS Y
DESASTRES

AUTORES

KATHYA VALERIA CAJALEON RIOS

JOSE LUIS RUIZ RIVERA

EVA MARIA WATERS GONZALES

ASESOR

MILTON JHON CARLOS VALDERRAMA WONG

LIMA - PERÚ

2010

JURADO

PRESIDENTE: DR. ROY GERMAN DUEÑAS CARBAJAL

SEGUNDO MIEMBRO: DRA. MARIA MILAGROS MIER HERMOZA

SECRETARIO: LIC. LINDSAY CARLOTA CACHAY VILLACREZ

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 08 DE ABRIL DEL 2010

CALIFICACIÓN: APROBADO

ASESORES DE TESIS

ASESOR

DR. MILTON JHON CARLOS VALDERRAMA WONG

DEPARTAMENTO ACADÉMICO DE

ORCID: 0000-0002-3430-143X

DEDICATORIA

A nuestras familias, cuyo apoyo incondicional, paciencia y amor fueron la base que nos sostuvo durante todo este proceso académico y personal. A nuestros profesores, quienes con su vocación y guía formaron nuestro camino profesional.

A todos ellos dedicamos este esfuerzo culminado.

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestro profundo agradecimiento a nuestras familias, por su constante apoyo emocional y motivación. Agradecemos también a nuestros docentes y asesores, quienes compartieron sus conocimientos y nos guiaron en cada etapa de este trabajo. Finalmente, reconocemos al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins por permitir el acceso a la información necesaria para el desarrollo de esta investigación.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Autofinanciado

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	3
III. MATERIALES Y MÉTODOS	4
IV. RESULTADOS	5
V. DISCUSIÓN	8
VI. CONCLUSIONES	11
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	12
VIII. TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS	15

RESUMEN

Antecedentes: El dolor torácico agudo constituye una de las principales causas de consulta en los servicios de emergencia y representa un reto diagnóstico importante debido a su amplia variedad de etiologías. Entre ellas, el síndrome coronario agudo destaca por su elevada morbimortalidad y por ser una de las principales causas de muerte a nivel mundial. La identificación temprana de sus características clínicas y factores asociados es fundamental para optimizar el manejo oportuno y reducir complicaciones. En el Perú, existe limitada información sobre la incidencia y presentación clínica del síndrome coronario agudo en pacientes que acuden a emergencia por dolor torácico. **Objetivo:** El presente estudio tiene como objetivo principal determinar la incidencia de síndrome coronario agudo en pacientes admitidos con dolor torácico a la Emergencia de Adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins y describir sus características más importantes. **Materiales y métodos:** Se llevó a cabo un estudio descriptivo, retrospectivo mediante la revisión de 267 historias clínicas de pacientes con dolor torácico agudo admitidos por el servicio de emergencia del HNERM, periodo comprendido entre abril y junio del 2008. **Resultados:** Se encontró una incidencia de síndrome coronario agudo de 33,71% en tres meses. Tabaquismo, dislipidemia, obesidad e historia isquémica previa, como factores de riesgo se mostraron estadísticamente significantes ($p < 0,05$). Entre las características semiológicas del dolor encontramos asociación en los siguientes: dolor opresivo ($p < 0,05$); punzante ($p < 0,01$); irradiación a brazo izquierdo ($p < 0,05$); cuello y mandíbula ($p < 0,01$); dolor en región retroesternal ($p < 0,05$). **Conclusiones:** La incidencia de síndrome coronario agudo en pacientes con dolor torácico agudo fue significativo con un 33,71% en tres meses de estudio. Las características clínicas asociadas a síndrome coronario agudo no difieren de otros estudios.

Palabras claves: dolor torácico agudo, síndrome coronario agudo, unidad de dolor torácico.

ABSTRACT

Background: Acute chest pain is one of the main reasons for visits to emergency departments and presents a significant diagnostic challenge due to its wide variety of etiologies. Among these, acute coronary syndrome stands out for its high morbidity and mortality and for being one of the leading causes of death worldwide. Early identification of its clinical characteristics and associated factors is essential to optimize timely management and reduce complications. In Peru, there is limited information on the incidence and clinical presentation of acute coronary syndrome in patients presenting to the emergency department with chest pain. **Objective:** The present study has a principal goal to determine the incidence of acute coronary syndrome in patients admitted with chest pain at Emergency Room of Edgardo Rebagliati Hospital and also describe the main clinical characteristic found in our population. **Material and Methods:** A descriptive and retrospective study was performed in 267 clinical histories of patients that presented chest pain and were admitted in the emergency room of HNERM. The study period was from April to June of 2008. **Results:** It was found an incidence of acute coronary syndrome of 33,71% in three months. Smoking, dyslipidemia, obesity and previous ischemic history are risk factors significant statistic ($p < 0,05$). Among the semiological features of pain we found an association between pressure pain ($p < 0,05$), stabbing pain ($p < 0,05$), irradiation to left arm ($p < 0,05$), neck and jaw ($p < 0,05$). **Conclusions:** The incidence of acute coronary syndrome in patients with acute chest pain was significantly with a 33,71% in three months of study. The clinical characteristics associated with acute coronary syndrome are similar to other studies.

Keywords: acute chest pain, acute coronary syndrome, chest pain unit.

I. INTRODUCCIÓN

El dolor torácico es una causa común de consulta al servicio de urgencias, que implica un importante consumo de recursos en salud. Al enfrentarse a un paciente con este síntoma, uno de los principales diagnósticos que deben descartarse es el síndrome coronario agudo (SCA). La enfermedad cardiovascular es la primera causa de morbilidad en el mundo occidental y en algunos países esta cifra puede superar el 50% **(1) (2)**.

No obstante, debido a la alta frecuencia de este síntoma y de la complejidad para establecer su etiología, muchos pacientes son dados de alta sin tratamiento a pesar de tener un evento coronario agudo. Se calcula que en los Estados Unidos aproximadamente 11% de estos pacientes no son diagnosticados adecuadamente y entre 2–3% de los pacientes con dolor torácico que realmente presentan SCA son dados de alta erróneamente **(3) (4)**.

Para poder distinguir los SCA se requiere la integración de la información clínica, conocer la elevación y el tiempo en que aparecen los marcadores de necrosis celular, y la evolución en el tiempo del electrocardiograma **(5)**. En la práctica, el SCA se divide en dos grupos de pacientes: aquellos que presentan infarto de miocardio (IMA) con elevación del segmento ST (IMASTE), y los que no presentan elevación del segmento ST, entre los que se incluyen IMA ST no elevado (IMASTNE) y la angina inestable (AI) **(6)**.

Lo que se busca con nuestro estudio es determinar la incidencia de SCA en pacientes con dolor torácico agudo; asimismo, describir las características clínicas de los pacientes que ingresaron con dolor torácico, de esta manera contribuiremos a un mejor conocimiento de la presentación de este síndrome debido a la poca publicación de estudios en nuestro país relacionados con este tema.

II. OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar la incidencia del síndrome coronario agudo en pacientes con dolor torácico agudo que ingresan al servicio de emergencia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo abril – junio de 2008.

Objetivos específicos:

1. Identificar las características sociodemográficas de los pacientes con dolor torácico agudo que ingresan al servicio de emergencia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.
2. Describir los antecedentes de riesgo cardiovascular asociados al síndrome coronario agudo en pacientes con dolor torácico agudo.
3. Describir las características clínicas y semiológicas del dolor torácico agudo asociadas al síndrome coronario agudo.
4. Determinar la relación entre los síntomas acompañantes y la intensidad del dolor torácico con la presencia de síndrome coronario agudo.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas. La población estudiada lo constituyen los pacientes con dolor torácico agudo admitidos por el servicio de emergencia del HNERM. El período de estudio fue comprendido entre abril y junio del 2008.

Mediante muestreo aleatorio se seleccionaron 267 historias clínicas de esta forma se pretendió evitar un posible sesgo de selección. La muestra se calculó con un intervalo de confianza del 95% y error estándar del 6%.

La recogida de datos se realizó mediante un formulario diseñado y llenado por los autores de la presente investigación, todos los datos fueron obtenidos de la historia clínica del paciente, teniendo como variables las siguientes:

Edad, sexo, antecedentes, semiología del dolor, síntomas asociados, localización topográfica del IMA y diagnóstico final.

Se consideró como diagnóstico final (IMA STE, IMA STNE, Angina Inestable, otros), al diagnóstico que se encontró en la historia clínica realizada por el médico de guardia.

Se realizó el procesamiento de datos en el software estadístico STATA versión 10, presentándose los hallazgos en porcentajes. Se resumieron los datos en tablas y gráficas de barras utilizando el software Microsoft Excel 2007. Para el análisis de asociación de las variables cualitativas se utilizó el test Chi- Cuadrado, los resultados se consideraron significativos con $p < 0,05$.

IV. RESULTADOS

Se revisaron de manera retrospectiva en un tiempo de tres meses, un total de 646 historias clínicas de pacientes ingresados por dolor torácico agudo al servicio de emergencia del HNERM, finalmente 300 historias fueron excluidas por estar incompletas de los 346 restantes se eligió aleatoriamente 267 historias.

El 50,18% (134 pacientes) fueron varones con edad promedio de 66 años. El grupo etáreo de mayor porcentaje fue el de 61 a 70 años con 32%, no se encontraron pacientes menores de 21 años por lo tanto no se consideró tal grupo etáreo (Gráfico 1). Del total de pacientes que presentaron SICA (90 pacientes), el 36% (32 pacientes) correspondieron al sexo femenino mientras que el 64% (58 pacientes) fue del sexo masculino.

Entre los antecedentes de riesgo, tenemos a hipertensión arterial con 66,87% del cual un 24,34% estuvo asociado a síndrome coronario agudo, seguido por historia isquémica previa con 29,21% de las cuales 13,48% correspondió a síndrome coronario agudo (Gráfico 2).

En la semiología del dolor asociado a síndrome coronario agudo, se considero varios aspectos, uno de ellos es la localización, teniendo la más frecuente con 55,56% en región precordial seguida de la localización retroesternal con 44,44% (Tabla 1), el tipo de dolor con mayor porcentaje fue el opresivo con 86,67% seguido por el dolor tipo punzada y tipo urente, ambos con el mismo porcentaje de 6,67% (Tabla 2). La irradiación del dolor torácico fue más común a espalda 38,89% y a miembro superior izquierdo 36,67% (Tabla 3).

Al revisar los datos de la escala del dolor torácico, se obtiene un 86,14% cuando el dolor fue de intensidad igual a mayor a 6, del cual un 31,09% corresponde aquellos pacientes que desarrollaron síndrome coronario agudo (Grafico 3).

Al evaluar los síntomas asociados del total de pacientes que presentaron SICA se encontró que 17,23% de los pacientes presentó disnea, 14,98% sudoración profusa y un 10,49% con nauseas. (Grafico 4).

De los pacientes que presentaron síndrome coronario agudo (90 pacientes) 58,89% consultó en las primeras 24 horas mientras un 41,11% pasada las 24 horas.

En cuanto a la localización del infarto se encontró una mayor proporción en IMA cara anteroseptal con 26,47%. Como la segunda más frecuente se encuentra, cara anterior con 23.53%, seguidas de cara inferior e inferoposterior con 17,65% y 14,71% respectivamente. En la topografía inferoposterolateral y anterolateral se obtiene el mismo porcentaje de 5.88%, siendo las de menor proporción inferolateral y septal con 2,94%.

En nuestro estudio, tabaquismo, dislipidemia, obesidad e historia isquémica previa, como factores de riesgo de SCA se mostraron como variables estadísticamente significativas ($p < 0,05$) Con respecto a la localización del dolor se encontró asociación entre la región retroesternal y SCA ($P < 0,05$). Entre las características semiológicas del dolor encontramos asociación en las siguientes, dolor tipo opresivo $p < 0,05$, punzante ($p < 0,01$); irradiación a brazo izquierdo $p < 0,05$, cuello y mandíbula ($p < 0,01$). Cuando la intensidad fue igual a 10 encontramos significancia estadística ($p < 0,001$). En el presente estudio la relación entre síntomas acompañantes y SCA fue positivo para vómitos ($p < 0,05$) y sudoración profusa ($p < 0,001$).

Los diagnósticos finales se presentan en el gráfico 5, donde se muestra la incidencia de síndrome coronario agudo en un 33,71%, siendo para hombres un 64,44% (58 pacientes) y mujeres 35,56% (32 pacientes) en el presente estudio se observa también un 66,29% para otros diagnósticos teniendo como el principal el síndrome de dolor torácico con un 20,60% (Gráfico 6).

V. DISCUSIÓN

En el presente estudio se utilizó el criterio de dolor torácico como motivo de ingreso ya que se buscaba evaluar las características clínicas del mismo con relación a la incidencia de SCA en un tiempo de estudio de tres meses. Los resultados muestran, para IMA STE (12.73%), IMA STNE (8.61%), Angina Inestable (12.36%), otros (66.29%), siendo entonces el Síndrome Coronario Agudo el responsable del 33.71% (90 pacientes) de todos los casos evaluados. Nuestros hallazgos no difieren sustancialmente de lo previamente reportado en otros estudios. En Colombia donde se evaluaron 398 pacientes que ingresaron a la UDT el principal diagnóstico de egreso fue SICA (59.3%), con una proporción semejante de angina inestable (29.9%) e IMA (29.4%). Otras series han encontrado que el SCA puede ser la causa de consulta a un servicio de urgencias entre el 23% al 47% de los casos. **(1)**, las estadísticas establecen que todos los pacientes que consultan por dolor torácico en el SU, 15% tendrán un IMA y 30% angina inestable. **(7)**.

En Perú, en un estudio realizado en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, del total de atenciones en medicina, 77 (30,8%) tiene diagnóstico de síndrome de dolor torácico (SDT) y 173 (69,2%) otras patologías. De los pacientes que ingresan con diagnóstico inicial de SDT, 40 (51,94%) desarrollaron SCA; 18 pacientes (23,57%) desarrollaron IMA, 22 (28,57%) angina inestable y 37 (48,05%) a otros diagnósticos. **(8)**.

El síndrome coronario agudo (SCA) es el más importante dentro de la categoría de emergencias médicas, por prevalencia, gravedad y exposición mediática. La creación de unidades de dolor torácico en el mundo ha respondido a la necesidad

de identificar este grupo de enfermos empleando herramientas diagnósticas y específicas a la vez, con el propósito de reducir los errores diagnósticos, el número de altas hospitalarias inapropiadas y el número de ingreso de pacientes de bajo riesgo **(9)**. Por esta razón, el interrogatorio inicial del paciente con dolor torácico en el servicio de emergencia se debe focalizar en evaluar cual es la probabilidad que esté cursando con un SCA.

Al evaluar los hallazgos clínicos de los pacientes con SCA se encontró que la localización de dolor a nivel precordial (55,56%) y retroesternal (44,44%), dolor tipo opresivo (86,87%), irradiación a espalda (38,89%), brazo izquierdo (36,67%), y cuello (25,56%), la intensidad de dolor mayor o igual a 6 (92,22%) y la presencia de síntomas asociados al dolor tales como disnea (51,11%), sudoración profusa (44,44%) y náuseas (31,11%), tienen un mayor porcentaje con respecto a nuestra variable principal (SCA). Guillermo Mora y col; **(1)** encontraron que la localización del dolor a nivel retroesternal, irradiación a cuello, la intensidad de dolor mayor o igual a 6 y la presencia de síntomas disautonómicos asociados al dolor son predictores de mayor probabilidad de infarto. Asimismo, Pozen y colaboradores, encontraron **(10)**, que la presencia de dolor torácico como motivo de consulta e irradiación a miembro superior izquierdo, daban una mayor probabilidad de diagnóstico de infarto **(OR 2.7)** Tierney y colaboradores **(11)**, describieron que los factores predictores para infarto fueron irradiación al hombro derecho y síntomas disautonómicos. Berger **(12)** encontró que la irradiación del dolor a los dos brazos y la presencia de síntoma disautonómicos son predictores de infarto.

Lo anterior muestra que en cada serie se encuentran diferentes predictores clínicos que pueden estar relacionados con diferentes poblaciones donde la realidad social,

las características epidemiológicas y la organización sanitaria pueden no coincidir con la nuestra **(13)**.

Dentro de otros diagnósticos (66,29%) encontramos al síndrome de dolor torácico con 20,60% siendo este un porcentaje alto en referencia a los otros diagnósticos. Cabe resaltar que este no es un diagnóstico final lo cual podría provocar un retraso en recibir el tratamiento adecuado entonces, el médico de urgencia tiene una difícil tarea, que es la de identificar en ese gran grupo de pacientes con dolor torácico, los que presentan verdaderamente un SCA. En países de gran desarrollo en la atención de urgencias, no se hace un 2-3 % el diagnóstico correcto del evento coronario agudo, en lugares de menor desarrollo esto ocurre hasta en un 20%. **(3) (4) (14) (15)**.

VI. CONCLUSIONES

La incidencia del síndrome coronario agudo en pacientes con dolor torácico agudo fue significativa con un 33,71% en tres meses de estudio.

Las características clínicas asociadas a síndrome coronario agudo no difieren de otros estudios.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mora Guillermo; Franco Roberto; Fajardo Hugo; Serrano Daniel; Suárez Martín. 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. Ene-Feb. 2005; v.11 n.7.
2. Alconero Camarero, Ana R; Pérez Mena, S; Fernández Gutiérrez, R.; Sola Villafranca, J.M. Registros de enfermería en la valoración del dolor en el infarto agudo de miocardio. Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología 1999; N° 17: 20-24.
3. Storrow AB, Gibler WB. Chest Pain Centers: Diagnosis Of Acute Coronary Syndromes. Ann Emerg Med 2000; 35: 449–461.
4. Pope JH, Aufderheide TP, Ruthazer R, Woolard RH, Feldman JA, Bachurys JR et al. Missed diagnosis of acute cardiac ischemia in the emergency department. N Engl J Med 2000; 342: 1163–1170.
5. Stabilization of The Patient With Acute Coronary Syndromes. American Heart Association, Fundación Interamericana Del Corazón, Guías De

- Reanimación Cardiopulmonar Avanzada. *Circulación* 2005; 112: IV – 89-11.
6. Jimenez Quintana, Maria del Mar. Síndrome Coronario Agudo Estudio Descriptivo De Nuestra Población. Editorial De La Universidad de Granada GR. 605-2006.
 7. Alvizú Sergio, Bellolio Fernanda, Poblete Rodrigo, Marchesse Miguel, Saldías Fernando. Evaluación ¹² del dolor torácico no traumático en el Servicio de Urgencia. *Revista Chilena de medicina intensiva*. 2005; Vol 20 (2): 81-86.
 8. Altamirano Rodríguez, Carmen; Cárdenas García, Carmen. Trombosis en pacientes con infarto agudo de miocardio emergencia del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins (periodo 1996 – 1999). Tesis digitalas UNMSM 2002.
 9. Fesmire FM., Campbell M, Decker W, Howell JM, Kline JA. Clinical policy: critical issue in the evaluation and management of adult patients presenting with suspected acute myocardial infarction or unstable angina. *Ann Emerg Med* 2000; 35: 251–4.
 10. Pozen MM, D’Agostino R, Selker H. A predictive instrument to improve coronary care unit admission practices in acute ischemic heart disease. *N Engl J Med* 1984; 310: 1273–8.

11. Tierney WM, Fitzgerald D, McHenry R, et al. Physicians estimates of the probability of myocardial infarction in emergency room patients with chest pain. *Med Decis Making* 1986; 6: 12–7.
12. Berger JP, Buclin T, Haller E, et al. Right arm involvement and pain extension can help to differentiate coronary disease from chest pain of other origin: a prospective emergency ward study of 278 consecutive patients admitted for chest pain. *J Intern Med* 1990; 227: 165-72.
13. Bassan R, Gibler W. Unidades de dolor torácico: estado actual del paciente con dolor torácico en los servicios de urgencias. *Rev Esp Cardiol* 2001; 54: 1103-9.
14. Lee T, Goldman L. Evaluation of patient with acute chest pain. *N Engl J Med* 2000; Volumen 342; número 16: 1187–1195.
15. Dr. Brandy Viera Valdés; Dr. Marcos Iraola Ferrer y Dr. Francisco de Valladares Carvajal. Pacientes admitidos en el centro de dolor torácico resultados de un año de estudio. *Rev. Cubana de medicina intensiva y emergencias* 2005; 5 (2-3).

VIII. TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS

Gráfico 1. Distribución de grupos etáreos según sexo

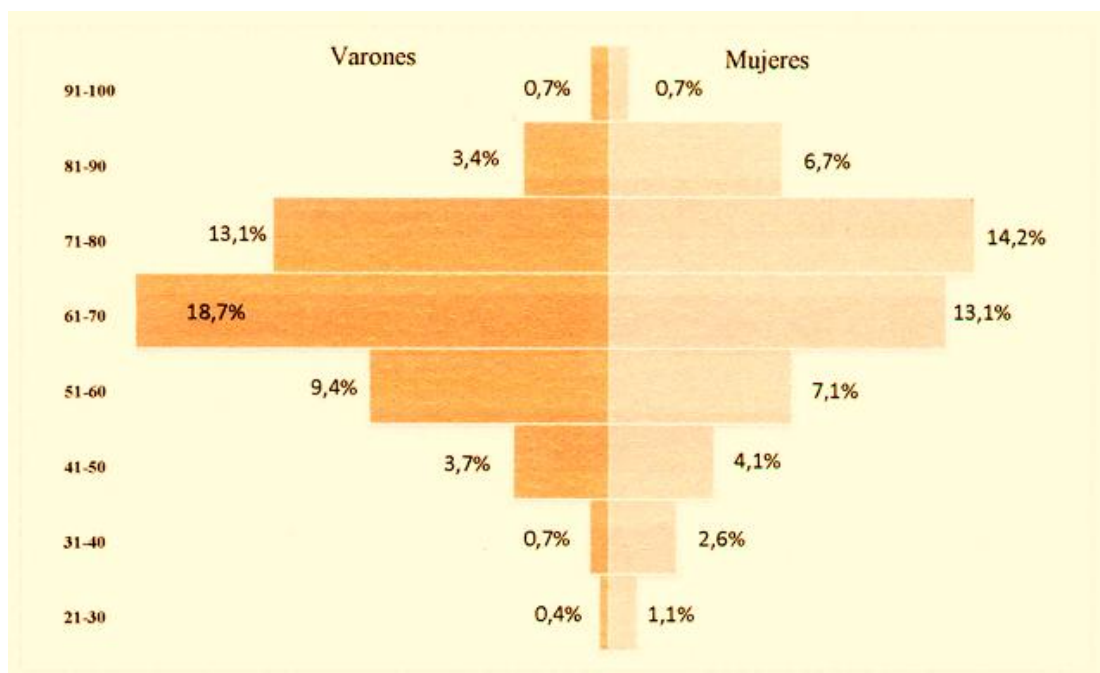
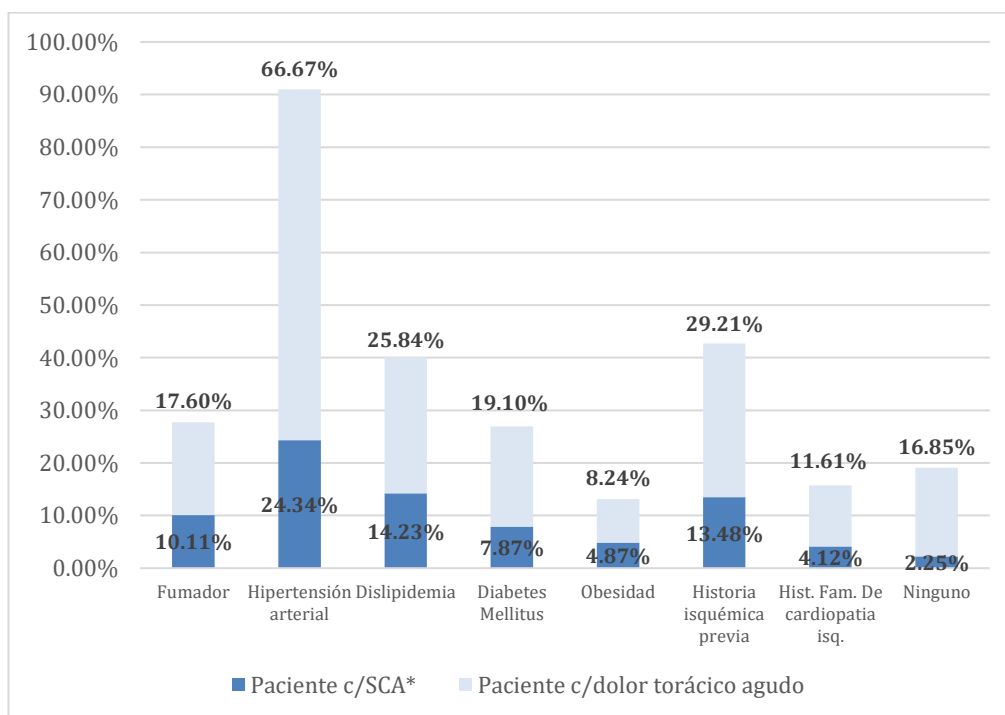


Gráfico 2. Antecedentes de riesgo asociado a Síndrome Coronario Agudo



- SCA: Síndrome Coronario Agudo.

Tabla1. Localización del dolor en pacientes con y sin Síndrome Coronario Agudo

	Pacientes c/ SCA*		Pacientes s/ SCA*		Valor de P
	90 %		177 %		
Localización					
Retroesternal	40	44,44%	50	28,25%	P<0,05
Precordial	50	55,56%	119	67,23%	NS**
Mandíbula	0	0,00%	1	0,56%	NS**
Espalda	0	0,00%	7	3,95%	NS**
Cuello	0	0,00%	0	0,00%	NS**
Miembro Sup.	0	0,00%	0	0,00%	NS**

*SCA: Síndrome Coronario Agudo

** NS: No significativo

Tabla 2. Tipo de dolor en pacientes con y sin Síndrome Coronario Agudo

	Pacientes c/ SCA*		Pacientes s/ SCA*		Valor de P
	90 %		177 %		
Tipo					
Opresivo	78	86,67%	131	74,01%	P<0,05
Punzante	6	6,67%	37	20,90%	P<0,01
Urente	6	6,67%	7	3,95%	NS**
Lacerante	0	0,00%	2	1,13%	NS**

*SCA: Síndrome Coronario Agudo

** NS: No significativo

Tabla 3. Irradiación del dolor en pacientes con y sin Síndrome Coronario

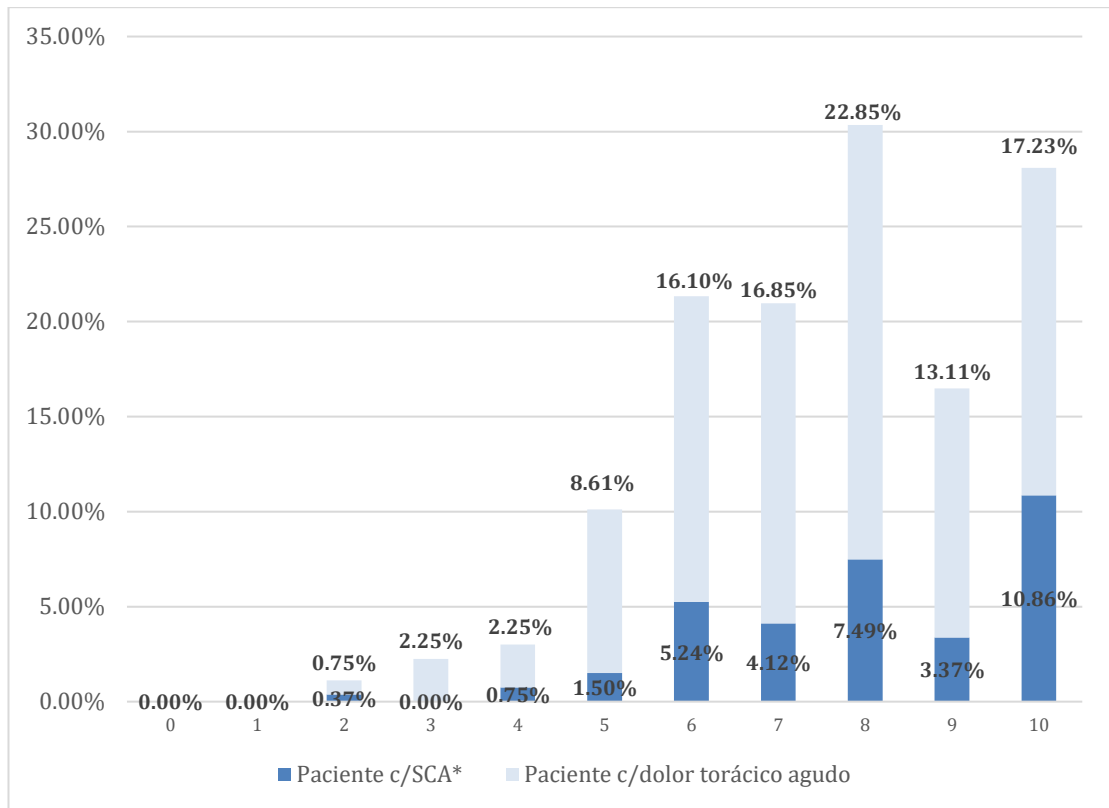
Agudo

	Pacientes c/ SCA*		Pacientes s/ SCA*		Valor de P
	90 %		177 %		
Irradiación					
Brazo Izq.	33	36,67%	44	24,86%	P<0,05
Brazo Der.	3	3,33%	4	2,26%	NS**
Espalda	35	38,89%	49	27,68%	NS**
Cuello	23	25,56%	21	11,86%	P<0,01
Mandíbula	11	12,22%	6	3,39%	P<0,01
Miembro Sup.	14	15,56%	22	12,43%	NS**
Ninguno	32	35,56%	77	43,50%	NS**

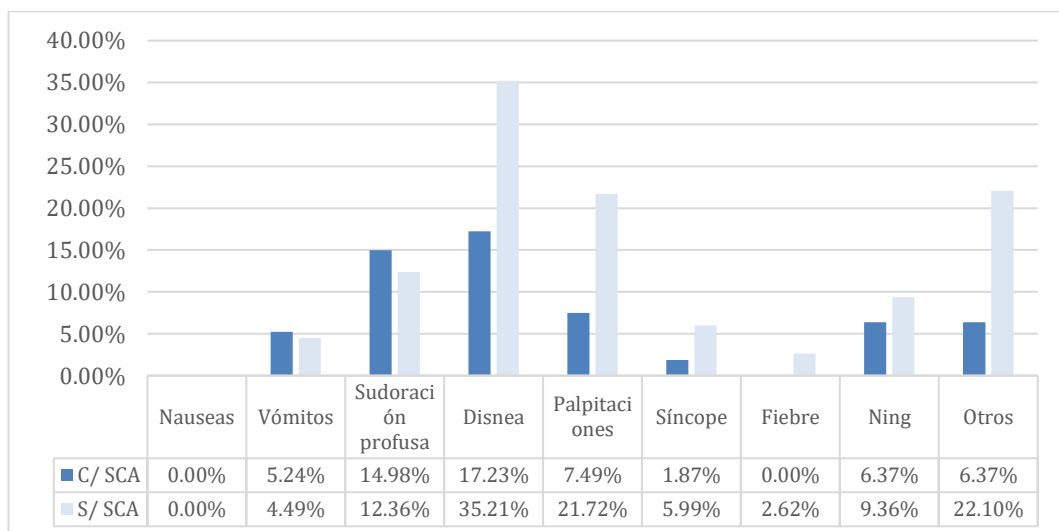
***SCA: Síndrome Coronario Agudo**

**** NS: No significativo**

Gráfico 3. Intensidad del dolor



***SCA: Síndrome Coronario Agudo**



***SCA: Síndrome Coronario Agudo**

Grafico 5. Diagnostico final en pacientes con dolor torácico

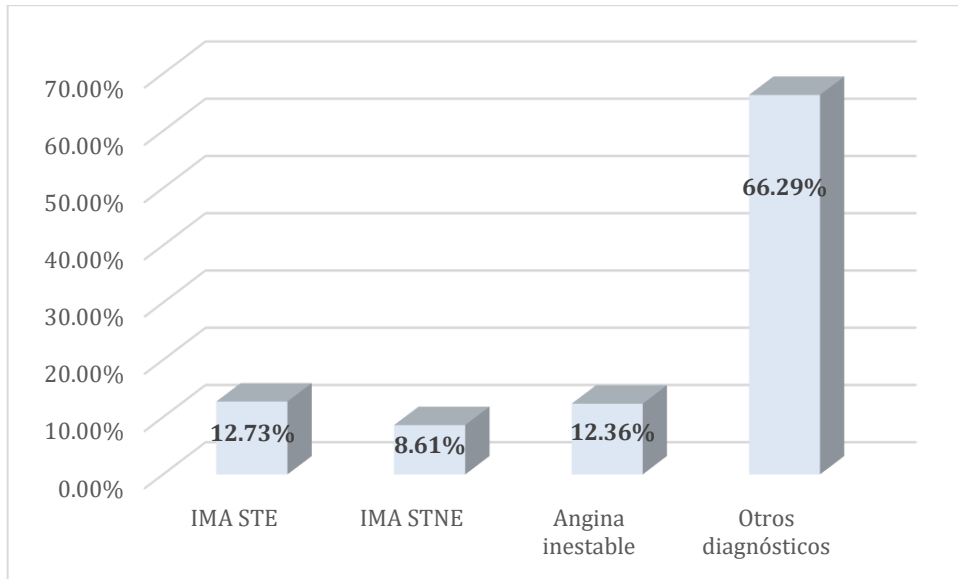
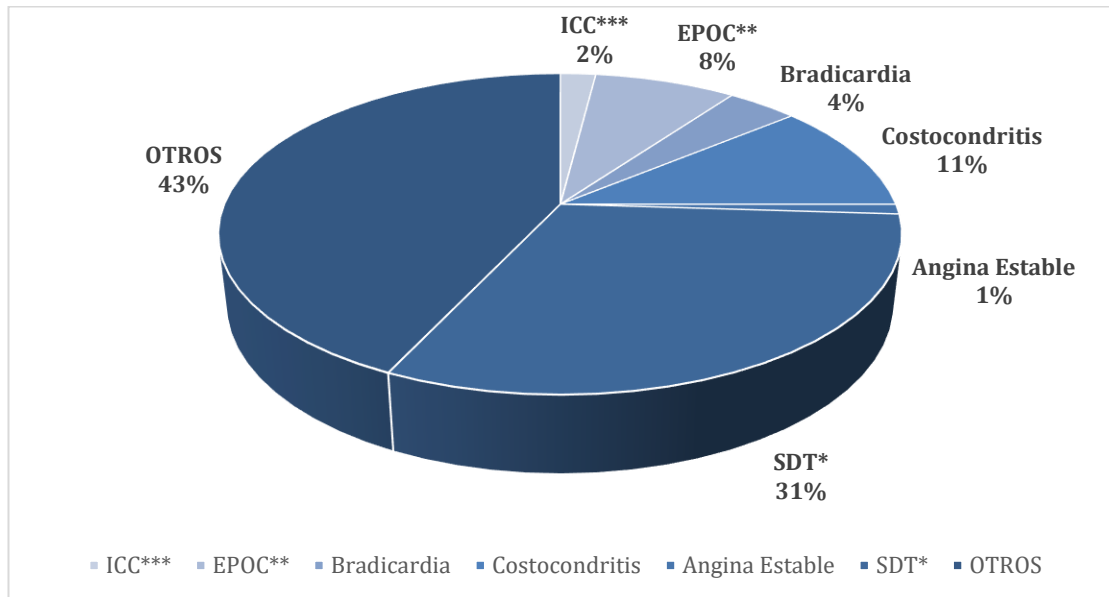


Gráfico 6. Otros diagnósticos



***SDT: Síndrome de dolor torácico.**

****EPOC: Enfermedad Coronaria Crónica.**