

Dolor torácico: diferenciación IAM vs otras causas y primeros auxilios

Autor: EA4IPV

Fecha: 23/03/2026

Categoría: Primeros Auxilios

Etiquetas: Sin etiquetas

Dolor torácico: diferenciación IAM vs otras causas y primeros auxilios

El dolor torácico es uno de los motivos de consulta más frecuentes en urgencias y una de las emergencias más críticas en entornos de supervivencia. El infarto agudo de miocardio (IAM) causa aproximadamente 120.000 muertes al año en España (Sociedad Española de Cardiología) y su pronóstico depende directamente del tiempo de tratamiento: cada 30 minutos de retraso en la reperusión coronaria aumenta la mortalidad un 7,5% (estudio STREAM). Sin embargo, menos del 20% de los dolores torácicos atendidos en urgencias corresponden a un IAM; el resto obedece a causas musculoesqueléticas, digestivas, pulmonares o psicógenas. Las guías de la European Society of Cardiology (ESC) 2023 y la AHA insisten en que ante la duda, siempre se debe asumir lo peor y activar el sistema de emergencias.

Reconocimiento del dolor torácico de origen cardíaco

El dolor torácico de origen coronario (angina o IAM) tiene características clásicas descritas en las guías ESC, aunque hasta un 30% de los infartos (especialmente en mujeres, diabéticos y ancianos) se presentan con síntomas atípicos.

Localización típica: Dolor retroesternal (detrás del esternón), difuso, no puntual. El paciente suele señalarlo con el puño sobre el pecho (signo de Levine), no con un dedo.

Carácter opresivo: Descrito como presión, opresión, peso o "como si me aplastaran el pecho". Raramente como pinchazos o dolor agudo y punzante (estos sugieren causa no cardíaca).

Irradiación: Puede irradiarse al brazo izquierdo (lo más clásico), mandíbula, cuello, espalda interescapular, epigastrio o ambos brazos. La irradiación a brazo derecho o a ambos brazos tiene alta especificidad para IAM.

Síntomas acompañantes: Sudoración fría (diaforesis), náuseas o vómitos, disnea (dificultad respiratoria), sensación de muerte inminente (angor animi), palidez, mareo.

Duración: Angina estable: 3-5 minutos, se alivia con reposo. IAM: > 20 minutos, no se alivia con reposo ni nitroglicerina. Dolor fugaz (segundos) rara vez es cardíaco.

Diagnóstico diferencial en campo

No todo dolor torácico es un infarto. La siguiente tabla ayuda a orientar las causas más frecuentes, aunque en entorno extrahospitalario no se puede confirmar el diagnóstico. Ante la duda, trate siempre como

cardíaco.

Causa

Características del dolor

Diferencias clave

IAM / Angina

Opresivo, retroesternal, irradiado, > 20 min (IAM)

No se modifica con respiración ni postura, sudoración fría, sensación de gravedad

Musculoesquelético

Puntual, reproducible a la palpación, aumenta con movimiento

Se reproduce al presionar la zona dolorosa, sin síntomas sistémicos

Reflujo gastroesofágico

Ardor retroesternal ascendente, peor tras comidas, mejora con antiácidos

Relación con ingesta, sabor ácido en boca, empeora al acostarse

Neumotórax

Dolor pleurítico súbito + disnea intensa, unilateral

Disminución de ruidos respiratorios en un lado, desviación traqueal si es a tensión

Tromboembolismo pulmonar

Dolor pleurítico + disnea + taquicardia

Antecedente de inmovilización, cirugía reciente o viaje largo, hemoptisis

Disección aórtica

Dolor desgarrante, intensísimo, inicio brusco, irradiado a espalda

Asimetría de pulsos o de tensión arterial entre brazos. Emergencia quirúrgica

Crisis de ansiedad

Pinchazos, hormigueo perioral y en manos, hiperventilación

Contexto de estrés, joven, sin factores de riesgo, diagnóstico de exclusión

Disección aórtica: Si el dolor es desgarrante, de inicio súbito, se irradia a la espalda y hay diferencia de pulso o tensión entre ambos brazos, sospeche disección aórtica. No administre aspirina (puede empeorar el sangrado). Es una emergencia quirúrgica con mortalidad del 1-2% por hora sin tratamiento.

Protocolo de actuación ante sospecha de IAM

Las guías ESC 2023 y AHA establecen el siguiente protocolo de actuación prehospitalaria, recordado mediante la regla mnemotécnica MONA (Morfina, Oxígeno, Nitroglicerina, Aspirina), aunque en el ámbito no sanitario solo la aspirina es aplicable:

1. Active el 112: Indique "posible infarto" y comunique: edad del paciente, hora de inicio del dolor, síntomas

presentes y antecedentes conocidos. El operador activará el código infarto.

2. Posición de reposo: Siente al paciente en posición semisentada (posición de Fowler) con las rodillas flexionadas. Esta posición reduce el retorno venoso y la carga cardíaca. Afloje ropa ajustada.

3. Aspirina 300 mg masticada: Si el paciente no es alérgico a la aspirina y puede tragar, administre 150-300 mg de ácido acetilsalicílico (AAS) masticado (no entero, la absorción sublingual es más rápida). La aspirina reduce la mortalidad un 23% (estudio ISIS-2). Contraindicaciones: alergia, sangrado activo, úlcera gástrica.

4. Nitroglicerina sublingual (si disponible): Solo si el paciente tiene nitroglicerina prescrita y la tensión sistólica es > 90 mmHg. Administre una dosis sublingual. No administre si ha tomado sildenafil (Viagra) o similares en las últimas 24-48 horas (riesgo de hipotensión severa). No administre en sospecha de infarto de ventrículo derecho.

5. Prepare para RCP: El 50% de las muertes por IAM ocurren en la primera hora, generalmente por fibrilación ventricular. Tenga localizado el DEA más cercano y esté preparado para iniciar compresiones torácicas si el paciente pierde consciencia y deja de respirar.

Presentaciones atípicas del infarto

Hasta un 30% de los infartos no presentan el dolor torácico clásico. Las presentaciones atípicas son más frecuentes en mujeres, diabéticos, ancianos y pacientes con insuficiencia renal. Reconocerlas puede salvar vidas.

Grupo de riesgo

Presentación atípica frecuente

Mujeres

Fatiga inusual, disnea, dolor interescapular, náuseas, dolor epigástrico. El dolor torácico clásico puede estar ausente en el 42% de las mujeres con IAM (estudio VIRGO)

Diabéticos

Infarto silente (sin dolor) por neuropatía autonómica. Puede presentarse solo como disnea, malestar general, confusión o descompensación glucémica

Ancianos (> 75 años)

Disnea aislada, síncope, confusión, caída sin causa aparente, dolor abdominal. El dolor torácico está ausente en hasta el 40% de los IAM en mayores de 85 años

Pacientes con IRC

Dolor torácico menos frecuente. Disnea, edema agudo de pulmón o hipotensión como presentación inicial

Regla de oro: Ante cualquier dolor torácico de más de 20 minutos de duración en una persona con factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, diabetes, tabaquismo, colesterol elevado, obesidad, antecedentes familiares), asuma siempre que es un infarto hasta que se demuestre lo contrario. Es preferible una falsa

alarma que un infarto no tratado.

⚠ Advertencia: Esta información es orientativa y educativa. En situaciones de emergencia real, consulte a profesionales cualificados siempre que sea posible. No ponga en riesgo su vida ni la de otros sin la formación adecuada.