



## Unidades de dolor torácico

Desde hace varios años los Servicios de Urgencias (ED) de los Estados Unidos de América cuentan con unidades de dolor torácico (UDT), destinadas a mejorar el diagnóstico de esta patología, con alta prevalencia y morbimortalidad en urgencias, y a evitar errores de infradiagnóstico<sup>1</sup>.

Algunas de ellas son llevadas exclusivamente por cardiólogos en unidades físicamente independientes de los ED, pero la mayoría son de tipo funcional, de carácter pluridisciplinar, cuando no manejadas por especialistas en medicina de urgencias<sup>2,3</sup>.

En todos los casos se han desarrollado en base a consensos entre los principales implicados: los médicos de urgencias y los cardiólogos, siempre dentro de un programa amplio de manejo global de la cardiopatía isquémica. Éste incluye tres aspectos principales<sup>4,5</sup>: Un *heart attack program* para el manejo inmediato del infarto agudo de miocardio (IAM) a nivel hospitalario, un programa para la exclusión de Síndrome coronario agudo (SCA) en pacientes con bajo riesgo en los servicios de urgencias, y un programa de intervención en la comunidad, en la línea de la Atención Primaria española, que disminuya los factores de riesgo y alerte al paciente para no diferir una primera asistencia en caso de síntomas compatibles con SCA. Tampoco debe olvidarse a la enfermería, que en algunos lugares va más allá, dotando a estas unidades de una gran funcionalidad, al compaginar las actividades de dolor torácico y de ictus<sup>6</sup>.

En España, algunas sociedades científicas y expertos han comenzado en fechas recientes a publicar guías, protocolos y estándares relacionados con el tema<sup>7,8</sup>. Además, dos recientes trabajos<sup>9,10</sup> (los primeros en España), realizados en UDT funcionales, que están disponibles en el horario habitual del hospital (de 8 a 15 horas los días laborales) han obtenido unos resultados interesantes: permiten que aproximadamente el 80% de los pacientes con dolor torácico de bajo riesgo puedan

ser dados de alta con seguridad desde los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) en las primeras 24 horas, tras la realización de una prueba de esfuerzo, lo cual supone una disminución importante del número de ingresos hospitalarios, esto es de la presión de urgencias, y una mayor rotación de las camas de las Unidades de Observación de Urgencias, sobre todo de aquellas dotadas de monitorización y enfermería para el manejo de pacientes con urgencia vital<sup>6,11</sup>. Además permiten detectar casi un 20% de casos que precisan ingreso, lo cual disminuye enormemente la posibilidad de altas erróneas, redundando esto en obvio beneficio del paciente y también para el médico de urgencias que lo atiende<sup>12</sup>.

Entendemos que el dolor torácico abarca una pluriopatología multidisciplinar, en la que solamente una proporción (importante) corresponde a un SCA<sup>13</sup>. Los médicos de urgencias, no olvidamos que la asistencia se produce tanto en los hospitales como fuera de los mismos y llevamos años asistiendo estos SCA. Extrapolar a España experiencias de otros países tan distintos en su organización y financiación sanitaria del nuestro no parece del todo adecuado<sup>7</sup>. La realidad asistencial española, sobre todo en cuanto a atención urgente se refiere, incluye Puntos de Atención Continuada, Servicios Normales y Especiales de Urgencias y Sistemas de Emergencias Prehospitalarios (con sus Centrales de Coordinación Médica), estos últimos con una rápida implantación y una magnífica disponibilidad de recursos materiales y humanos<sup>14</sup>. Todos estos dispositivos asistenciales son piezas clave para la identificación y abordaje inicial del dolor torácico (DT) y, a pesar de su progresiva mejoría, todavía el manejo en ellos de la cardiopatía isquémica (CI) en general no ha alcanzado los estándares adecuados<sup>15</sup>.

Es pues absolutamente necesario que los protocolos de DT no sólo incluyan a las urgencias hospitala-

rias, sino también a los de los dispositivos sanitarios anteriores. Su exclusión es posible que conduzca a saturar más los SUH<sup>16</sup>, y que ésto a su vez traiga como consecuencia no poder garantizar otros estándares como la realización de ECG en 10 minutos o la administración precoz de ácido acetilsalicílico. También nos queda por mejorar la asistencia intrahospitalaria de la CI<sup>17,18</sup>, así como la integración de otros especialistas que en no pocos Hospitales manejan esta patología.

Hemos estudiado con interés el diseño realizado por la SEC de Unidades de Dolor Torácico (UDT) que se ubicarían en los SUH<sup>8</sup>. La filosofía de la SEMES, apoyada actualmente por el Real Decreto 866/2001<sup>19</sup> entiende que es el médico de urgencias quien tiene que atender todas las patologías que acudan al hospital solicitando asistencia médica de urgencias. Esta asistencia tiene límites en el espacio y en el tiempo, es decir que corresponde a un tramo, en el cual se realiza el diagnóstico y la primera asistencia, sobre todo si hay que efectuarla de forma inmediata y urgente.

Respecto a la idea de instalar camas específicas y exclusivas para ingresar a los pacientes en los que se sospeche o tengan un SCA, la SEMES cree que es inviable. Estamos seguros de que ninguna gerencia apoyaría la idea de que en el Servicio de Urgencias se ubicasen distintas dependencias cerradas con diferentes nombres: unidad de dolor torácico, unidad de ictus, unidad de traumatología, unidad de pediatría, unidad de ginecología, unidad de hemorragias digestivas, unidad de cuidados intermedios, unidad de toxicología, unidad de críticos, etc. La eficacia, sin que esté reñida con la calidad, exige que las camas, con la suficiente dotación tecnológica y equipamientos, sean multifuncionales (hoy se ingresan dolores torácicos y posiblemente mañana se ingresen accidentes cerebrovasculares, traumatismos craneoencefálicos, etc.). Ni que decir tiene la enorme dificultad que tendría la asistencia a las epidemias invernales, accidentes de múltiples víctimas o a catástrofes en ese terrorífico supuesto. Sería, en nuestra opinión, más interesante hablar de Unidades Funcionales antes que de Unidades estructurales. Estamos de acuerdo en diseñar circuitos asistenciales que mejoren la calidad de diagnóstico y tratamiento en el SCA y creemos que la ayuda, el apoyo y los conocimientos de la Sociedad Española de Cardiología facilitarían esta tarea. Además, otras iniciativas como la difusión e implantación de la desfibrilación externa automática en ambientes no médicos, la resucitación cardiopulmonar básica, etc, necesitan este

mismo impulso conjunto por parte de las Sociedades Científicas implicadas.

Pensamos que hay que tener cuidado de no transmitir ideas como la de "sálvese quien pueda", en las actuales masificadas urgencias hospitalarias<sup>20</sup>, seguramente lejos de la idea de la creación de las UDT, pero que pueden distraer a los gerentes y autoridades sanitarias del que en nuestra opinión debe ser su objetivo final: mejorar la asistencia de todo paciente urgente.

A la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, le interesa enormemente llegar a consensos que se plasmen en guías, recomendaciones y protocolos conjuntos<sup>5,21</sup>, que en definitiva contribuyan a dar una asistencia al paciente urgente con la mejor calidad, cualquiera que sea su patología aguda y lugar de asistencia.

Compartimos los requisitos que para el manejo de los pacientes con sospecha de SCA proponen Alegría y Bayón: "lo único que se precisa es: a) un protocolo definido...; b) una mejor reordenación y aprovechamiento de los recursos existentes; c) una buena coordinación entre los Servicios de Cardiología y Urgencias, así como una adecuada organización jerárquica y d) voluntad"<sup>22</sup>.

**J. L. Casado Martínez, L. García-Castrillo Riesgo,  
J. López Pérez, P. Parrilla, L. Jiménez Murillo**

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1- Zalenski R, Grybowski M. The Chest Pain Center in the Emergency Department. *Emerg Med Clin North Am* 2001;19:469-81
- 2- Kirk D, Turnipseed S, Lewis WR, Amsterdam EA. Evaluation of chest pain low-risk patients presenting to the emergency department: the role of immediate exercise testing. *Ann Emerg Med* 1998;32:1-7.
- 3- Farkouk M, Smars P, Reeder G, Zinsmeister A, Evans RW, Meloy T, et al. A clinical trial of a chest-pain observation unit for patients with unstable angina. *N Engl J Med* 1998;339:1882-8.
- 4- Graff L, Joseph T, Andelman R, Bahr R, Dehart D, Espinosa J, et al. H. American College of Emergency Physicians information paper: chest pain units in emergency departments -a report from the Short-Term Observation Services Section. *Am J Cardiol* 1995;76:1036-9.
- 5- Zalenski R, Selker H, Cannon C, Farin H, Gibler WB, Goldberg R, et al. National heart attack program position paper: chest pain centers and programs for the evaluation of acute cardiac ischemia. *Ann Emerg Med* 2002;35:462-71.
- 6- Bazarnick L, Napolitano P, Capodanno J, Graf D, River T. Facilitating treatment in patients with stroke or chest pain through a dedicated ED chest pain/stroke unit. *J Emerg Nurs* 2002;28:304-9.
- 7- Bassan R, Gibler W. Unidades de dolor torácico: estado actual del manejo de pacientes con dolor torácico en los servicios de urgencias. *Rev Esp Cardiol* 2001;54:1103-9.
- 8- Bayón Fernández J, Alegría Ezquerro E, Bosch Genover X, Cabadés O'Callahan A, Iglesias Gárriz I, Jiménez Nacher JJ, et al. Unidades de dolor torácico. Organización y protocolo para el diagnóstico de los síndromes coronarios agudos. *Rev Esp Cardiol* 2002;55:143-54.

- 9-** Pastor Torres L, Pavón-Jiménez R, Reina Sánchez M, Caparrós Valderrama J, Mora Pardo J. Unidad de dolor torácico: seguimiento a un año. *Rev Esp Cardiol* 2002;55:1021-7.
- 10-** Sanchís J, Bodí V, Yacer A, Núñez J, Ferrero JA, Chorro FJ. Valor de la prueba de esfuerzo precoz en un protocolo de unidad de dolor torácico. *Rev Esp Cardiol* 2002;55:1089-92.
- 11-** Montero Pérez F, Calderón de la Barca Gázquez J, Jiménez Murillo L, Berlango Jiménez A, Pérez Torres I, Pérula Torres L. Situación actual de los Servicios de Urgencias Hospitalarios (y IV): Áreas de Observación. *Emergencias* 2000;12:259-68.
- 12-** Lee T, Goldman L. Evaluation of the patient with acute chest pain. *N Engl J Med* 2000;342:1187-95.
- 13-** American College of Emergency Physicians. Clinical policy for the initial approach to adults presenting with a chief complaint of chest pain, with no history of trauma. *Ann Emerg Med* 1995;25:274-99.
- 14-** Pacheco Rodríguez A, Álvarez García A, Hermoso Gadeo F, Serrano Moraza A. Servicios de emergencia médica extrahospitalaria en España (II). *Emergencias* 1998;10:245-58.
- 15-** Aguayo de Hoyos E, Reina Toral A, Ruiz Bailén M, Colmenero Ruiz M, García Delgado M y Grupo ARIAM. La asistencia prehospitalaria en los síndromes coronarios agudos. Experiencia del grupo ARIAM. *Aten Primaria* 2001;27:478-83.
- 16-** Ochoa J. SOS desde los servicios de urgencias de los hospitales. *Med Clin (Barc)* 2002;118:653-4.
- 17-** García-Castrillo Riesgo L, Loma-Osorio A, Recuerda Martínez E, Muñoz Cacho P, e Investigadores de EVICURE. La cardiopatía isquémica en los servicios de urgencia hospitalarios. Proyecto EVICURE. *Emergencias* 2000;12:183-90.
- 18-** Fiol M, Cabadés A, Sala J, Marrugat J, Elosdua R, Vega G, et al. Variabilidad en el manejo hospitalario del infarto agudo de miocardio en España. Estudio IBERICA (Investigación, Búsqueda Específica y Registro de isquemia Coronaria Aguda). *Rev Esp Cardiol* 2001;54:443-52.
- 19-** Real Decreto creación de la categoría médicos urgencias hospitalarias. BOE 866/2001.
- 20-** Montero Pérez F, Calderón de la Barca Gázquez J, Jiménez Murillo L, Berlango Jiménez A, Pérez Torres I, Pérula Torres L. Situación actual de los Servicios de Urgencias Hospitalarios (y IV): Áreas de Observación. *Emergencias* 2000;12:259-68.
- 21-** Storrow A, Gibler B. Chest pain Centers: diagnosis of acute coronary syndromes. *Ann Emerg Med* 2000;35:449-61.
- 22-** Alegría Ezquerro E, Bayón Fernández J. Unidades de dolor torácico: urge su desarrollo total. *Rev Esp Cardiol* 2002;55:1013-4.