

EDITORIAL

Dolor torácico secundario a un síndrome coronario agudo: ¿es posible sospecharlo a través de la evaluación telefónica?*Chest pain due to acute coronary syndrome: is it possible to suspect it through telephone assessment?*Silvia Solà Muñoz^{1,2}, Xavier Jiménez-Fàbrega^{1,2}

El dolor torácico no traumático abarca un amplio espectro de presentaciones clínicas, que pueden ir desde un síntoma banal hasta la manifestación emergente de una patología tiempo-dependiente¹. Su relevancia va más allá ser uno de los motivos de consulta más frecuentes en los servicios de urgencias y emergencias: tras los tumores, la cardiopatía isquémica constituye la principal causa de mortalidad en España².

En esa crucial frontera entre la incertidumbre diagnóstica y la urgencia vital, operan los centros coordinadores de urgencias y emergencias (CCUE). En ellos, la evaluación y el triaje telefónico son de suma importancia, pues la primera decisión marcará el ritmo y la eficacia de toda la cadena asistencial. El CCUE se configura así como el auténtico centro de gravedad del sistema, donde confluye la información clínica, geográfica y operativa. Cada llamada activa la necesidad de estratificar el motivo de alerta con tiempo e información limitada. En ese acto se condensa la esencia del sistema de emergencias: reconocer la patología tiempo-dependiente, priorizar con seguridad y coordinar los recursos con precisión^{3,4}.

En este número, Romero-Olóriz *et al.* presentan un exhaustivo estudio poblacional andaluz (2020-2024), que analiza el rendimiento diagnóstico de los CCUE en el dolor torácico no traumático. El trabajo, que comparó la prioridad asignada con el diagnóstico clínico final del equipo extrahospitalario como patrón de referencia, ofrece una fotografía transparente del rendimiento de este primer eslabón asistencial y sus hallazgos invitan a una doble lectura: confirman la seguridad del paciente que ofrece el sistema de salud actual, a la vez que sugieren con claros márgenes de mejora en eficiencia y equidad.

El análisis de más de 248.000 demandas clasificadas como dolor torácico muestra un infratriaje adecuado a los estándares publicados y un sobretriage por encima de los mismos. Los resultados globales reflejaron un equilibrio complejo que favorece decididamente la seguridad del paciente a expensas de la eficiencia operati-

va. El infratriaje puede traducirse en demoras diagnósticas y terapéuticas con consecuencias potencialmente serias en patologías tiempo-dependientes, donde incluso minutos de retraso pueden ser críticos⁵. Por el contrario, el sobretriage, aunque preserve la seguridad clínica, refleja una tendencia conservadora en la clasificación y conlleva un coste operativo alto, con asignación de recursos complejos e innecesarios, lo que puede tensionar la red asistencial.

En el plano organizativo, este trabajo permite afrontar un debate imprescindible: decidir qué riesgo es razonable asumir en un triaje telefónico de un CCUE, buscando el equilibrio entre la seguridad del paciente y la eficiencia operativa del sistema asistencial. El estudio, no solo cuantifica el rendimiento diagnóstico de la evaluación telefónica en casos de dolor torácico no traumático, sino que también caracteriza con detalle el triaje real y los factores poblacionales, contextuales y metodológicos que condicionan su precisión. La edad avanzada, la atención domiciliaria y el horario nocturno se asocian con mayor subpriorización, mientras que los incidentes en vía pública y tiempos de coordinación menores favorecen la sobrepriorización. Asimismo, las diferencias de rendimiento por sexo (mayor sensibilidad en hombres y mayor especificidad en mujeres), lejos de ser una mera curiosidad estadística, enlazan con la evidencia creciente sobre los sesgos de presentación y percepción del dolor torácico, los matices comunicacionales y su expectativa diagnóstica y terapéutica^{6,7}. Incorporar esta perspectiva de género en los protocolos y en la formación del personal es una oportunidad para mejorar la precisión y la equidad asistencial.

Este trabajo también muestra que el uso de guías estructuradas aporta mayor seguridad y coherencia al triaje, aunque a costa de un sobretriage más alto. La incorporación progresiva de herramientas de apoyo a la decisión, incluidos algoritmos de inteligencia artificial (IA) explicables y auditables, abre una nueva etapa en la gestión de la evaluación telefónica del CCUE. No se trata de sustituir el juicio profesional, sino de comple-

Filiación de los autores: ¹Sistema d'Emergències Mèdiques de Catalunya, Barcelona, España. ²Institut d'Investigació Sanitària Pere i Virgili (IISPV), Tarragona, España.

Contribución de los autores: Los autores han confirmado su autoría en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Autor para correspondencia: Silvia Solà-Muñoz. Sistema d'Emergències Mèdiques de Catalunya, Barcelona, España.

Correo electrónico: ssolamun@yahoo.es

Información del artículo: Recibido: 00-00-2022. Aceptado: 00-00-2022. Online: 6-11-2025.

Editor responsable: Òscar Miró.

DOI: XXXX

Avance online de artículo en prensa

mentarlo con modelos que integren variables contextuales, patrones de lenguaje y antecedentes clínicos, que ayudan al operador a priorizar con mayor precisión. La IA, adecuadamente gobernada, puede convertirse en un instrumento de equidad y seguridad, especialmente en escenarios de alta demanda o comunicación compleja³.

Este trabajo también invita a reflexionar sobre la importancia de esta coordinación inicial y su impacto directo sobre las redes organizativas para patologías tiempo-dependientes. Una priorización inicial adecuada permite la activación inmediata de los códigos asistenciales (como el código ictus o la estratificación de síndromes coronarios agudos), de manera que aseguran la integración funcional entre los dispositivos extrahospitalarios y hospitalarios^{8,9}.

Esta activación temprana y precisa se traduce en minutos ganados y revascularizaciones más tempranas, mejorando significativamente los resultados clínicos. La decisión de triaje, por lo tanto, no solo inicia un proceso, sino que repercute directamente en la continuidad asistencial, la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes atendidos, consolidando al CCUE como un indicador clave de la seguridad y eficiencia de toda la red sanitaria¹⁰. La profesionalización creciente de la medicina de urgencias y emergencias, consolidada con la aprobación de la nueva especialidad en España^{11,12}, sin duda ayudará a visualizar la necesidad de dotar a los CCUE de estructuras estables de liderazgo clínico, operativo y de investigación. Frente a la tendencia a evaluar solamente lo que ocurre tras la llegada del recurso, el estudio de Romero-Olónz *et al.* recuerda que la calidad asistencial se origina con la demanda inicial. Optimizar la evaluación telefónica no es una cuestión técnica, sino una inversión en seguridad, equidad y eficiencia. Este estudio, publicado en este número, demuestra que es posible generar evidencia sólida desde la coordinación, utilizando grandes bases de datos y análisis comparativos entre modelos de triaje. Este tipo de investigación aplicada permite transformar la experiencia asistencial en conocimiento útil, identificar áreas de mejora y ajustar la práctica sobre la propia evidencia. La medición sistemática del rendimiento, la revisión periódica de protocolos y la incorporación de innovación tecnológica son pasos esenciales hacia un sistema que aprende y mejora en tiempo real.

Será importante seguir investigando para obtener evidencias sólidas que integren la innovación tecnológi-

ca con las ventajas que va ofreciendo la IA y permitan demostrar este papel coordinador, cohesionador y comprometido con el sistema que representan los sistemas de emergencias extrahospitalarios.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con el presente artículo.

Financiación: Los autores declaran la no existencia de financiación en relación al presente artículo.

Responsabilidades éticas: Los autores han confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Artículo encargado y con revisión interna por el Comité Editorial.

Bibliografía

- 1 Inoue K, Minamino T. How to Approach Patients with Acute Chest Pain. *Rev Cardiovasc Med.* 2024;25:302.
- 2 INE, Instituto Nacional de Estadística. (Consultado 20 Octubre 2025). Disponible en: <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/pE-DCM2024.htm>
- 3 Castro-Delgado R, Pardo Ríos M. La inteligencia artificial y los servicios de urgencias y emergencias: debemos dar un paso adelante. *Emergencias.* 2024;36:145-7.
- 4 Rief M, Auinger D, Eichinger M, Honnef G, Schittek GA, Metnitz P, et al. Visión general y comparación de la presencia de médicos en los servicios de emergencias médicas prehospitalarios en Europa. *Emergencias.* 2023;35:125-35.
- 5 García-Martínez A, Carbó M, Aniyar V, Antolín A, Miró Ò, Gómez-Angelats E. Infratriaje en urgencias de pacientes que precisan ingreso directo en cuidados intensivos por enfermedades médicas: impacto en el pronóstico y factores asociados. *Emergencias.* 2025;37:XXX-XXX.
- 6 Martínez-Guisado A, Cepas-Guillén P, Díez-Villanueva P, López Lluva MT, Jurado-Román A, Bazal-Chacón P, et al. Impacto del sexo en los tiempos de cateterismo y en el uso de pretratamiento antiagregante plaquetario en pacientes con SCASEST. *Emergencias.* 2024;36:123-30.
- 7 Knox ECL, Mateo-Rodríguez I, Daponte-Codina A, Rosell-Ortiz F, Solà-Muñoz S, Codina-Rodríguez A, et al. Gender Differences in Clinical Practice Regarding Coronary Heart Disease: A Systematic Review. *J Clin Med.* 2025;14:1583.
- 8 Solà Muñoz S, Escudero Campillo MM, Soro Borrega C, Azeli Y, Querol Gil S, Ruiz A, et al. Proceso de atención prehospitalaria y resultados hospitalarios del código ictus. *Emergencias.* 2023;35:167-75.
- 9 Solà-Muñoz S, Jorge M, Jiménez-Fàbrega X, Jiménez-Delgado S, Azeli Y, Marsal JR, et al. Prehospital stratification and prioritisation of non-ST-segment elevation acute coronary syndrome patients (NSTEACS): the MARIACHI scale. *Intern Emerg Med.* 2023;18:1317-27.
- 10 Navarro Soler IM, Ignacio García E, Masjuan Vallejo J, Gállego Culleré J, Mira Solves JJ. Conjunto de indicadores de calidad asistencial en el abordaje del ictus. *Neurología.* 2019;34:497-502.
- 11 Vázquez Lima MJ. La Especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias ya es una realidad en España. *Emergencias.* 2024;36:321-3.
- 12 Connolly J. La aprobación de la Medicina de Urgencias y Emergencias como especialidad en España: otro país más que se suma al interés por alcanzar una medicina de alta calidad siguiendo los estándares europeos. *Emergencias.* 2024;36:324-5.