

Unidades de dolor torácico: urge su desarrollo total

Eduardo Alegría Ezquerro^a y Julián Bayón Fernández^b

^aDepartamento de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Clínica Universitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra. Pamplona. España.

^bServicio de Cardiología. Hospital de León. León. España.

Es un hecho que en los Servicios de Urgencias (SU) de nuestro país se atiende a pacientes con patologías de gravedad e índole muy diferentes. Esto se puede trasladar a los pacientes que se presentan en los SU con un cuadro dominado por el dolor torácico (DT). Entre un 5 y un 20% de los pacientes que acuden a un SU lo hacen por DT, esto supone que un SU de un hospital de tipo medio vea diariamente entre 20 y 30 pacientes con DT; sin embargo, el porcentaje que padece realmente un síndrome coronario agudo es escaso¹. No obstante, tanto los médicos de los SU como los cardiólogos hemos sido instruidos en la necesidad de excluir esta patología en todos estos pacientes. Esto conlleva en muchos casos un exceso de diagnósticos de cardiopatía isquémica aguda que no se confirma posteriormente, causando por ello un número importante de ingresos innecesarios. Por otra parte, es una política habitual de los SU ingresar a estos pacientes ante la mínima duda de que pudiera existir una patología coronaria de base, dejando la responsabilidad final de establecer el diagnóstico de confirmación a los especialistas hospitalarios.

Menos frecuente, aunque más grave, es no hacer el diagnóstico correcto de síndrome coronario agudo cuando realmente es la causa del DT; se estima que este error se comete entre un 2 y un 10% de los casos².

Por tanto, uno de los objetivos fundamentales tanto de los médicos de los SU como de los cardiólogos es evitar que pacientes con estas patologías sean enviados a su domicilio por un error diagnóstico.

Si a todo ello le sumamos, como decíamos al principio, la gran frecuencia del DT como causa de visitas a los SU y la importante presión asistencial a la que es-

tán sometidos los médicos que reciben a estos pacientes, debemos concluir que el DT merece un protocolo de atención específico y prioritario en los SU.

Por todo ello, en los Estados Unidos se crearon a partir de los años ochenta las Unidades de Dolor Torácico (UDT), y que con un considerable retraso están llegando a nuestro país. La Sociedad Española de Cardiología, a través de la Sección de Cardiopatía Isquémica y Unidades Coronarias, estableció recientemente las directrices de funcionamiento y organización para poner en marcha la creación de las UDT en nuestros hospitales¹. Hoy día hay muy pocas en funcionamiento, aunque es de esperar una pronta y masiva expansión.

Prueba de ello es que en los últimos 12 meses se han publicado en REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA cinco artículos en relación con las UDT, tres de ellos preparatorios o fundamentales^{1,3,4}, y otros dos de aplicación práctica^{5,6} que se incluyen en este mismo número.

De ambos artículos se destaca con satisfacción que el entusiasmo, el rigor metodológico y el científico son armas mucho más poderosas que el exceso de personal, medios o propagandas para conseguir los objetivos propuestos en estos casos. Es destacable que las pocas UDT que funcionan en nuestro país no hayan sido creadas por iniciativa oficial o institucional. Más bien debemos agradecer su existencia al empuje, la dedicación y el sacrificio de determinados profesionales convencidos y entregados. Con toda seguridad éste es el caso concreto de las dos UDT cuyos resultados científicos comentamos, la del Hospital Universitario Virgen de Valme de Sevilla y la del Hospital Clínico Universitario de Valencia, cuyo ejemplo esperamos sea seguido por nuevos hospitales.

Teniendo en cuenta que *sencillo* no es sinónimo de *simple* sino lo contrario de *complicado*, podemos decir que los protocolos y metodología empleados en estos dos trabajos son prácticos y sencillos, y se pueden extrapolar a la mayor parte de los SU de nuestros hospitales. El trabajo de Pastor et al⁵ ofrece unas conclusiones que no por esperadas resultan menos interesantes. Se trata de la primera demostración en nuestro país de que un protocolo de atención rápida al

VER ARTÍCULOS EN PÁGS. 1021-7 y 1089-92

Correspondencia: Dr. E. Alegría Ezquerro.
Departamento de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.
Clínica Universitaria.
Avda. Pío XII, 36. 31008 Pamplona.

Full English text available at: www.revespcardiol.org

DT en el SU es seguro, factible y económico. Del trabajo de Sanchis et al⁶ podría decirse casi exactamente lo mismo. En este caso, los resultados se circunscriben a la prueba de esfuerzo precoz y confirman su utilidad como método de estratificación del riesgo, su inocuidad en manos entrenadas y su alto valor predictivo negativo. Como en el caso anterior, la metodología es igual de cercana y aplicable a la mayor parte de nuestros hospitales.

Como muy bien dicen en su trabajo Pastor et al⁵, la puesta en funcionamiento de una UDT no es compleja en lo estructural, ni precisa de un aporte de medios de nueva adquisición ni de una tecnología sofisticada, sino que lo fundamental es una adecuada redefinición de los circuitos asistenciales con unos protocolos adecuados que permitan discriminar en el menor tiempo posible a los pacientes de bajo riesgo que no precisen ingreso y evitar que sean dados de alta aquellos de alto riesgo.

Estamos seguros de que los resultados de estos estudios ayudarán al convencimiento de las autoridades sanitarias para que impulsen la creación de UDT en todo el país (es más, en algunos momentos parecería que la finalidad de los artículos comentados haya sido precisamente ésta). Para ello no hacen falta locales, personal ni equipos sofisticados, se ubican en los SU, son atendidas por el mismo personal de Cardiología y Urgencias y utilizan equipos sencillos y baratos. Lo

único que se precisa es: *a)* un protocolo definido, que ya la propia Sociedad Española de Cardiología ha publicado¹; *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, que es de esperar se vea alimentada por experiencias pioneras y exitosas como las de los hospitales de Valme y el Clínico de Valencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bayón J, Alegría E, Bosch X, Cabadés A, Iglesias I, Jiménez-Nácher 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.
2. Storow AB, Gibler WB. Chest pain centers: diagnosis of acute coronary syndromes. *Ann Emerg Med* 2000;35:449-61.
3. Sanz G. Unidades de dolor torácico. *Rev Esp Cardiol* 2001;1(Supl B):67B-75B.
4. Bassan R, Gibler WB. Unidades de dolor torácico: estado actual y manejo de los pacientes con dolor torácico en los servicios de urgencias. *Rev Esp Cardiol* 2001;54:1103-9.
5. Pastor LF, Pavón R, Reina M, Caparrós J, Mora J. Unidad de dolor torácico: seguimiento a un año. *Rev Esp Cardiol* 2002;55:1021-7.
6. Sanchis J, Bodí V, Llácer 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.