



## 12. DISEÑO Y RESULTADOS DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN DE DOLOR TORÁCICO

Juan Carlos Díaz Polanco<sup>1</sup>, Amanda Leandro Barros<sup>1</sup>, Carlos Tejada González<sup>2</sup>, Antonio Ruiz Saavedra<sup>1</sup>, Jenny Milagros Gómez Delgado<sup>1</sup>, Teresa Romero Delgado<sup>1</sup>, Daniel García Arribas<sup>1</sup> y Alberto García Lledó<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cardiología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid), España y <sup>2</sup>Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid), España.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Las unidades dolor torácico (UDT) supusieron un cambio en el manejo del DT, evitando ingresos de pacientes con clínica dudosa sin datos objetivos de cardiopatía isquémica, en los que permite la realización de técnicas diagnósticas en las 24 horas siguientes. La falta de disponibilidad de esas pruebas en días no laborables supone un problema para la toma de decisiones en este tipo de pacientes.

**Métodos:** Hemos desarrollado una consulta semanal de alta resolución de DT (CARDT) que permite la derivación de pacientes desde la UDT a los que normalmente se hubiera realizado una prueba diagnóstica en la mañana siguiente. En esa consulta se realiza ecocardiograma, y de forma coordinada con ergometría, test de provocación de isquemia. La actividad se completa con pacientes derivados por dolor torácico desde atención primaria (AP) por vía preferente.

**Resultados:** En un periodo de 3 años se ha atendido a 634 pacientes, 66% varones, edad media 46 años. 458 provenían de la UDT y el resto de AP. A todos se hizo ecocardiograma y al 54% se le realizó ergometría en el mismo día. En un segundo o tercer tiempo, al 14,2% se hizo un eco de estrés y al 15,9% un cateterismo. Solo el 4,4% del total fue revascularizado. La demora media para ser valorado en consulta fue de 10 días y de 14 más para la segunda prueba, si se consideró indicada. Mientras que al 19,5% de los pacientes valorados en la UDT se les realizó un cateterismo, solo se le hizo al 5% de los pacientes remitidos como preferentes desde AP ( $p = 0,001$ ). La tasa de revascularizaciones también tendió a ser mayor entre los pacientes de la UDT con respecto a los remitidos de AP (5,2 vs 2,02%,  $p = 0,07$ ).

**Conclusiones:** El desarrollo de una consulta de alta resolución de dolor torácico permite atender de forma estructurada a pacientes de la UDT que no pueden realizarse un test de detección de isquemia en las 24 horas siguientes, con tiempos de demora medios de 10 días. El perfil de los pacientes remitidos desde la UDT y desde AP con alta sospecha de cardiopatía isquémica es diferente, con una menor necesidad de intervención en los segundos. La necesidad de cateterismo y revascularización en pacientes procedentes de una UDT con dolor torácico sospechoso y sin datos electrocardiográficos ni analíticos de isquemia es baja, de un 19,5% y un 5,2% respectivamente. Estos datos pueden variar según la práctica clínica de cada centro.