

CARTAS AL EDITOR

Unidades de dolor torácico y urgencias

Sr. Editor:

Como se desprende de los artículos de los doctores Pastor et al¹ y Sanchís et al², parece que, afortunadamente, las unidades de dolor torácico (UDT) comienzan a obtener resultados interesantes desde el punto de vista asistencial. Así, el hecho de que aproximadamente el 80% de los pacientes con dolor torácico de bajo riesgo pueda ser dado de alta con seguridad desde los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) en las primeras 24 h, tras la realización de ergometría, supone una disminución importante del número de ingresos hospitalarios y, por tanto, 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 en situación de emergencia^{3,4}. Además, la detección de casi un 20% de casos que precisan ingreso disminuye enormemente la posibilidad de altas erróneas⁵, lo que redundaría en beneficio del paciente y del médico de urgencias que lo atiende⁶. Aun con los sesgos de temporalidad y selección aludidos por los autores, coincidimos con ellos en que estos trabajos pueden suponer un cambio de mentalidad en el manejo del dolor torácico en urgencias.

Sin embargo, deducimos de ambos trabajos que, al limitarse las ergometrías y la valoración por el cardiólogo de la UDT al período laboral habitual del hospital, estamos todavía lejos de los estándares de la propia Sociedad Española de Cardiología⁷, al no garantizarse esta prueba dentro de las primeras 24 h de asistencia (incluyendo, por tanto, fines de semana y días festivos) y que, además, un volumen no desdeñable de pacientes seguirá estando bajo la supervisión, cuando no la responsabilidad directa, de los médicos de urgencias^{8,9}.

Es importante, por otro lado, que ambos trabajos se hayan realizado en unidades funcionales, integradas plenamente en el SUH y no en unidades físicas específicas, en nuestra opinión lo más adecuado para optimizar los recursos asistenciales, máxime en la actual situación de déficit de personal médico y de enfermería, equipamiento y espacio que sufren los SUH¹⁰. Desde la medicina de urgencias nos preocupa tanto la asistencia del dolor torácico como del accidente cerebrovascular susceptible de trombósis, las intoxicaciones por antidepresivos tricíclicos, el traumatismo craneal leve-moderado, etc. Qué duda cabe que el mejor sitio para la enfermedad cardiovascular o cerebral estaría constituido por espacios físicos específicos y personal adecuadamente formado y con dedicación exclusiva, pero la realidad sanitaria española y nuestros hospitales no parece que puedan permitirse esos lujos. Ante esta situación, hay que tener cuidado de no transmitir ideas como la de "sálvese quien pueda" en las actuales masificadas urgencias hospitalarias, 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.

Extrapolar experiencias de otros países tan distintos en su organización y financiación sanitaria del nuestro no parece del todo adecuado¹¹. 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 emergenciasprehospitalarios (con sus centrales de coordinación médica), estos últimos con una rápida implantación y una magnífica disponibilidad de recursos materiales y humanos¹². Todos estos dispositivos asistenciales son piezas clave para la identificación y el abordaje inicial del dolor torácico y, a pesar de su progresiva mejoría, todavía el manejo en ellos de la cardiopatía isquémica en general no ha alcanzado los estándares adecuados¹³.

Es, pues, absolutamente necesario que los protocolos de dolor torácico no sólo incluyan las urgencias hospitalarias, sino también los de los dispositivos sanitarios anteriores. Su exclusión es posible que conduzca a saturar más los SUH¹⁴ y que esto, a su vez, impida que se puedan garantizar otros estándares, como la realización de ECG en 10 min⁷ o la administración temprana de ácido acetilsalicílico¹³. También nos queda por mejorar la asistencia intrahospitalaria de la cardiopatía isquémica¹⁵, así como la integración de otros especialistas que, en no pocos hospitales, tratan esta enfermedad.

Compartimos los requisitos que para el manejo de los pacientes con sospecha de síndrome coronario agudo proponen en su editorial Alegría y Bayón⁶: «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».

Desde la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, nos congratulamos por iniciativas como éstas^{1,2}, realizadas con rigor científico y con un afán integrador⁶, deseando que el manifiesto espíritu de colaboración que traslucen^{5,11} se plasme en guías, recomendaciones y protocolos conjuntos¹⁶ que, en definitiva, mejoren la asistencia del paciente urgente, cualquiera que sea su enfermedad aguda y lugar de asistencia.

Luis Jiménez Murillo,
Luis García-Castrillo Riesgo, Guillermo
Burillo-Putze, Javier Montero Pérez
y José Luis Casado Martínez

Sociedad Española de Medicina de Urgencias y
Emergencias (SEMES).

1. 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.
2. 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.

Cartas al Editor

3. 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.
4. 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.
5. Lee T, Goldman L. Evaluation of the patient with acute chest pain. *N Engl J Med* 2000;342:1187-95.
6. Alegría Ezquerro E, Bayón Fernández J. Unidades de dolor torácico: urge su desarrollo total. *Rev Esp Cardiol* 2002;55:1013-4.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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 (III): perfil profesional del médico de urgencias. *Emergencias* 2000;12: 248-58.
11. 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.
12. 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.
13. Aguayo de Hoyos E, Reina Toral A, Ruiz Bailén M, Colmenero Ruiz M, García Delgado M, y Grupo ARIAM. La asistencia pre-hospitalaria en los síndromes coronarios agudos. Experiencia del grupo ARIAM. *Aten Primaria* 2001;27:478-83.
14. Ochoa J. SOS desde los servicios de urgencias de los hospitales. *Med Clin (Barc)* 2002;118:653-4.
15. Loma-Osorio A, García-Castrillo Riesgo L, Arós F, Lopetegui P, Recuerda E, Epelde F. El infarto agudo de miocardio en los servicios de urgencias hospitalarios españoles. El estudio EVICURE. *Rev Esp Cardiol* 2002;55:1098-100.
16. Zelenki R, Selker H, Cannon C, Farin H, Gibler WB, Goldberg R, et al. National hearth attack program position paper: chest pain centers and programs for the evaluation of acute cardiac ischemia. *Ann Emerg Med* 2002;35:462-71.

Unidades de dolor torácico: ¿urge su desarrollo?

Sr. Editor:

He leído con interés el editorial de E. Alegría y J. Bayón en REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA¹ en el que se hace un llamamiento a la urgencia de la implantación de las Unidades de Dolor Torácico en los hospitales españoles y creo que algunas reflexiones al respecto pueden ser oportunas, antes de aceptar una propuesta que viene, una vez más, de un país social y económicamente muy distinto del nuestro y con una organización sanitaria que tiene poco que ver con la nuestra.

En el Hospital Universitario de Getafe la Unidad

Coronaria está integrada en el Servicio de Cardiología y el Cardiólogo de Guardia, apoyado por un MIR de Cardiología, atiende la Urgencia las 24 horas del día. El servicio establece sus prioridades de modo que si hay una duda diagnóstica razonable, el paciente puede ingresar y realizarse una prueba de esfuerzo en un plazo máximo de 24-36 h, tras el análisis de marcadores séricos y monitorización si es preciso. El traslado del paciente de Urgencias a Unidad Coronaria y de ésta a la zona de hospitalización general no requiere ninguna consulta ni trámite especial. En este medio se puede establecer un diagnóstico y un pronóstico y trazar un programa terapéutico en un plazo de 24-48 h. ¿Se necesita aquí una Unidad de Dolor Torácico? Y este hospital no es único en este sentido.

Pensemos ahora en la organización de muchos de nuestros hospitales. La guardia de Urgencias está desconectada de la de Cardiología y con frecuencia no es un cardiólogo, sino un internista o un intensivista quien atiende la urgencia externa. El traslado de un paciente desde la Unidad Coronaria es difícil a veces cuando todo el hospital está sobrecargado y esta unidad depende de un servicio distinto del de Cardiología. El funcionamiento de las exploraciones dentro del Servicio de Cardiología es con frecuencia aislado y estanco, de modo que el tiempo de espera de una prueba de esfuerzo o un ecocardiograma depende de otro «grupo» de cardiólogos dentro del servicio y en ocasiones de otro servicio distinto, que puede considerar sus cargas y demandas de trabajo como propias, con poca relación con los demás grupos del propio servicio. Quizá aquí sí pueda funcionar mejor la atención al paciente coronario en una Unidad de Dolor Torácico específica.

Pero pensemos de nuevo en la historia de nuestra sanidad que, por ser de reciente desarrollo, contiene lecciones de interés. Hemos visto hospitales con esquemas organizativos en los que la Hemodinámica, la Unidad Coronaria y hasta los grupos de exploraciones eran servicios separados. En una época se buscó la eficiencia a través de la división de los grandes Servicios de Cardiología en unidades funcionales de esto y de lo otro. La ineficacia de esta línea parece aceptada por la actual tendencia a agrupar en Institutos de Cardiología, no sólo todos los servicios médicos cardiológicos, incluyendo la Unidad Coronaria, sino también los quirúrgicos. Pues bien, ahora inauguramos una nueva Unidad de Dolor Torácico con fines específicos, que sin duda creará a un grupo de profesionales con funcionamiento autónomo. Muy acertadamente Alegría y Bayón apuntan que sólo el entusiasmo de los profesionales está haciendo que estas unidades se desarrollen y no podemos olvidar que vimos el entusiasmo de otros profesionales, ahora ya maduros, iniciar similares esfuerzos, para encontrarse al pasar los años a veces frustrados por su aislamiento y falta de perspectivas de crecimiento.

Creo que antes de declarar imprescindible la creación de Unidades de Dolor Torácico en nuestros hospitales debemos reflexionar sobre la organización de nuestros Servicios de Cardiología, analizar y reconocer con valentía sus defectos, donde los haya, y reestructurar sus prioridades centrándolas

en la atención de los problemas clínicos y menos en la producción de número de intervenciones o desarrollo de tecnología sofisticada por sí misma. Tampoco sería malo estudiar los modelos de hospitales de nuestro medio, donde no parece que exista lo que algunos declaran un problema general, para buscar soluciones alternativas que no precisen de nuevas complejidades organizativas. La organización correcta del trabajo es un problema de coordinación de cardiólogos y enfermería hacia los problemas reales, y esto no se soluciona bien construyendo nuevas estructuras sobre malos cimientos.

Francisco García-Cosío Mir

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Getafe. Madrid. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alegría Ezquerro E, Bayón Fernández J. Unidades de dolor torácico: urge su desarrollo total. *Rev Esp Cardiol* 2002;55:1013-4.

Respuesta

Sr. Editor:

La contribución (como tal tomamos su carta de réplica que alude al artículo editorial que publicamos sobre las Unidades de Dolor Torácico [UDT] en esta misma revista¹) de Jiménez Murillo et al, en representación de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) es bienvenida y agradecida. Fue un placer para nosotros aceptar, en su día, el encargo de la Sección de Cardiopatía Isquémica de la Sociedad Española de Cardiología (SEC) de coordinar el documento de consenso sobre las UDT², lo fue comentar en el editorial citado los primeros resultados clínicos favorables obtenidos en España con la metodología aconsejada, reflejados en el excelente artículo de Pastor et al³, y lo es ahora agradecer la contribución de la SEMES.

El objetivo principal de las directrices antes citadas² (en cuya elaboración, por cierto, participaron expertos en urgencias además de cardiólogos) era precisamente el que Jiménez et al aducen en su carta: aprovechar mejor los recursos; coordinar aún más a las personas y unidades actualmente involucradas en la atención a los pacientes que presentan una situación clínica urgente (no *pacientes emergentes*, por favor), y por ello aumentar al máximo la calidad de tal atención. Precisamente este afán integrador llevó al grupo de la SEC que diseñó el antecitado documento a no detallar en exceso requisitos, procedimientos o responsabilidades de las UDT, con la pretensión de permitir que se organizaran localmente atendiendo a la amplia variedad de situaciones que se dan en nuestro país. No hay duda de que las organizaciones que mencionan Jiménez et al tienen perfecta cabida en la estructura propuesta: justamente es un excelente ejemplo de ello la organización del grupo del

Hospital de Valme³. El camino, pues, para subsanar las deficiencias y dificultades que, con toda razón, aducen Jiménez et al en su carta es, precisamente, la integración funcional que defendemos y brindamos. Trabajemos, pues, unidos (virtual o físicamente) y en la misma dirección, sin reivindicaciones disgregadoras ni protagonismos estériles.

No es menos bienvenida ni agradecida la enjundiosa, valiente y acertada aportación de García Cosío, que rebosa de sus reconocidos rigor científico, hondura intelectual y afán de colaboración con la SEC. Realmente, cuando cuenta cómo atienden los casos de dolor torácico agudo en el Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Getafe está describiendo, ni más ni menos, una Unidad de Dolor Torácico virtual exactamente tal y como se defendió (o así pretendió hacerse al menos) en nuestro editorial que comenta¹. Una vez más, el documento de trabajo de las UDT² pretendía solamente crear un marco de actuación donde encajar las infinitas particularidades de este particular país, sin ocultarlas pero sin renunciar a mejorarlas en lo posible, sin necesidad de trasladar experiencias de países con situaciones muy diferentes. En la llamada de nuestro editorial «Urge su Desarrollo Total» (aunque a causa de una, a nuestro juicio, inadecuada corrección estilística por parte de la revista, se perdió el efecto que el uso de las mayúsculas quería conseguir –también su traducción libre al inglés–: remedar las siglas UDT/CPU) justamente utilizamos el término *desarrollo*, de más amplio alcance que *creación*, para intentar transmitir esta idea de funcionamiento autónomo. La rápida aparición de resultados de dos grupos diferentes^{3,4} no es sino una demostración de las posibilidades de este enfoque.

La aportación de García Cosío demuestra, a nuestro entender, que en su servicio se ha reflexionado sobre las diversas formas de atender con eficiencia a los pacientes con dolor torácico agudo y se ha elegido la más acorde con sus disponibilidades. Esta reflexión es, con seguridad, el factor principal del éxito de las UDT, con independencia de si se organizan finalmente como físicas o virtuales, son multi o unidisciplinarias, grandes o pequeñas, se ubican en el servicio de urgencias o en cardiología, o se denominan así, con otro nombre o no reciben ninguno.

Eduardo Alegría^a y Julián Bayón^b

^aDepartamento de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Clínica Universitaria. Pamplona.
^bServicio de Cardiología. Hospital de León. León. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alegría E, Bayón J. Unidades de dolor torácico: urge su desarrollo total. *Rev Esp Cardiol* 2002;55:1013-4.
2. Bayón J, Alegría E, Bosch X, Cabadés A, Iglesias 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.
3. Pastor L, Pavón R, Reina M, Caparrós J, Mora J. Unidad de dolor torácico: seguimiento a un año. *Rev Esp Cardiol* 2002;55:1021-7.
4. Sanchís J, Bodí V, Llacer 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.