

# Salas de observación del dolor torácico en Urgencias. Un concepto funcional o estructural

P. SAURA AGEL

Hospital de Sabadell. Corporación Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. España.

Recientemente, se ha publicado un artículo en la revista *British Medical Journal*<sup>1</sup> donde se analiza la efectividad, así como el efecto sobre los costes mediante evaluación económica, de una sala de observación del dolor torácico en Urgencias. El estudio analiza la efectividad y utilidad de una sala de observación de dolor torácico en Urgencias para la atención de los enfermos con dolor torácico de características coronarias, sin cambios en el electrocardiograma (ECG). Dicha sala de observación constaba de personal de enfermería experto, monitorización del ST durante 2-6 horas, ECG horario, determinación seriada de CK-MB, troponina T a las 6 horas del dolor y prueba de esfuerzo. Los enfermos con resultados de pruebas positivas eran ingresados y aquéllos con resultados negativos eran dados de alta. Los enfermos estudiados en la sala de observación del dolor torácico mostraron menor frecuencia de ingresos (37% frente al 54%) y de altas inadecuadas (6% frente al 14%). Del mismo modo, estos enfermos mostraron una mejor calidad de vida percibida medida mediante el cuestionario desarrollado por el Grupo EuroQol, EQ-5D<sup>2</sup>. Así pues, la utilización de una sala de observación para el tratamiento del dolor torácico disminuyó los ingresos, y por tanto los costes, con incremento de la utilidad medida mediante años de vida ajustados por gravedad (QALY: *quality adjusted life years*).

En primer lugar, cabe comentar un hecho ya conocido en la literatura, así como en la práctica cotidiana de los hospitales, y es que las salas de obser-

vación de Urgencias son muy coste-efectivas. En general, disminuyen el índice de ingreso y permiten una estancia corta en Urgencias manteniendo el confort. Este último suele ser un balance entre la satisfacción que aporta la rapidez de las pruebas complementarias (mayor que en planta) y la incomodidad de permanecer en una sala respecto a una habitación en planta (menor intimidad y espacio para los familiares). En la sociedad actual, con bajo nivel de tolerancia a la incertidumbre y a la espera, las salas de observación de Urgencias pueden aportar elevada satisfacción a los pacientes pendientes de diagnóstico, dada la rapidez en la realización de pruebas complementarias respecto a las plantas de hospitalización<sup>3,4</sup>. Los pacientes que mostrarían mayor satisfacción ingresando rápidamente en la planta son aquéllos con mal estado general y diagnóstico ya conocido (oncológicos, enfermos crónicos, enfermos de avanzada edad, etc.).

En segundo lugar, cabe hacer mención especial de la participación del personal de enfermería, dado que en general el personal de enfermería experto mejora mucho la calidad de los procesos. Es una vía de mejora importante para el futuro. En España, concretamente, enfermería debería tomar mayor protagonismo en la toma de decisiones y en la asunción de tareas de mayor responsabilidad. En Urgencias, por ejemplo, pueden asumir la responsabilidad del triage, así como la aplicación de protocolos para diferentes procesos asistenciales. En países como Inglaterra, donde la proporción entre médicos y enfermeras es tan favorable a la enfermería, se han propuesto protocolos iniciados por enfermería para el inicio de la fibrinólisis en Urgencias garantizando la eficacia y la seguridad<sup>5,6</sup>.

En referencia al tema económico, también analizado en el artículo, podría aventurarse que muy probablemente el futuro de los hospitales se centrará en disminuir las estancias de los pacientes pendientes de diagnóstico. Por otra parte, mediante estancias

Correspondencia: Dra. P. Saura Agel.  
Directora de Urgencias.  
Hospital de Sabadell.  
Corporación Parc Taulí.  
Parc Taulí, s/n.  
08208 Sabadell, Barcelona. España.  
Correo electrónico: psaura@cspt.es

Manuscrito aceptado el 10-XI-2004.

cortas se podrían resolver la mayoría de los episodios agudos. Debería, en cualquier caso, intensificarse el soporte domiciliario de los enfermos crónicos, a la vez que deben potenciarse los centros de crónicos pensados para dar una atención adecuada no basada en la alta tecnificación que, sin embargo, es necesaria en los servicios con una elevada intensidad terapéutica y/o diagnóstica. Los excesivos costes de hospitalización, en un contexto de limitación presupuestaria, obligarán a los médicos a situar el acto clínico fuera de este ámbito. Las salas de observación de Urgencias se convierten así en un punto de estabilización y orientación que permite posteriormente reconducir el proceso hacia las consultas externas, los hospitales de día, la atención domiciliaria o la propia Atención Primaria. Hará falta, a la vez, avanzar en educación sanitaria para que las expectativas de la población se ajusten a las posibilidades reales. En ocasiones, en los servicios de Urgencias puede haber colapso debido a un exceso de demanda por razones que no responden estrictamente a motivos de necesidad, dado que puede ofrecerse la misma atención con el mismo nivel de calidad en los Centros de Atención Primaria. Evitar el colapso de los servicios de Urgencias hospitalarios puede ayudar, a su vez, a dedicar más tiempo y recursos a aquellos enfermos con mayor necesidad. El dolor torácico de características coronarias es un motivo de consulta prioritario de atención inexcusable en el ámbito hospitalario<sup>7</sup>.

El plan diagnóstico del estudio da lugar a aceptar que la protocolización es una vía para trabajar en los servicios de Urgencias donde la diversidad de profesionales y patologías, en el contexto actual del conocimiento inabarcable, obliga a simplificar y uniformizar el abordaje clínico. Por otro lado, los protocolos excesivamente rígidos y no actualizados pueden también convertirse en una limitación para la calidad. Lambrew et al analizaron la política de 524 hospitales de EE.UU. y observaron cómo los protocolos pueden también retrasar la identificación y tratamiento de los pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) e indicación de fibrinólisis<sup>8</sup>.

Como conclusión puede decirse que las salas de observación son coste-efectivas en los procesos de diagnóstico rápido cuando se dotan de personal experto y mediante protocolos actualizados. El hecho diferencial de limitar un espacio de Urgencias a un único motivo de consulta (una sala exclusiva para el dolor torácico) supone, sin embargo, una cuestión que puede, en mi opinión, limitar el rendimiento de una sala de observación de Urgencias. Estamos ante un concepto funcional, que no estructural. Puede ofrecerse una atención especializada en función de la experiencia profesional y de la dotación tecnológica necesaria para garantizar la monitorización, sin necesidad de fragmentar los espacios de observación de Urgencias, lo cual, por otro lado puede provocar una infrautilización de las estructuras, perdiendo de ese modo los beneficios atribuidos a estos recursos. En nuestra experiencia, después de un año de una reorganización de Urgencias y de la inauguración de

una sala de observación multidisciplinar, en la que conviven los médicos de Urgencias (dando atención a los pacientes de estancias menores a 24 horas) y especialistas del hospital que se hacen cargo de los pacientes con estancias superiores a 24 horas, se ha podido disminuir el índice de ingresos en un 11%, con incremento de las estancias cortas en dicha sala de observación, así como un incremento en la derivación a consultas externas y/a hospitales de día. Dicha convivencia permite, a su vez, compartir el conocimiento para ponerlo al servicio de una mejor atención a los pacientes, de una actualización continua de criterios, tanto de ingreso como de derivación, así como de un abordaje conjunto para decidir dónde debe remitirse el enfermo.

Es hoy, más que nunca, una necesidad inexcusable el aprender a trabajar de forma multidisciplinar, compartiendo espacios con el objeto de optimizar los recursos. Sólo así podrá ofrecerse atención a un mayor número de enfermos con los mismos recursos estructurales. Esto último no es absoluto contrario a la idea de la experiencia profesional y la especialización sino que, muy al contrario, supone un reto para conseguir que ambas ideas, lo funcional y lo estructural, converjan en un objetivo común.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Goodacre S, Nicholl J, Dixon S, Cross E, Angelini K, Arnold J, et al. Randomised controlled trial and economic evaluation of a chest pain observation unit compared with routine care. *BMJ*. 2004;328:254.
2. Disponible en: <http://www.euroqol.org/> [última consulta noviembre 2004].
3. Goodacre S, Nicholl J. A randomized controlled trial to measure the effect of chest pain unit care upon anxiety, depression, and health-related quality of life. *Health Qual Life Outcomes*. 2004;2:39.
4. Rydman RJ, Zalenski RJ, Roberts RR, Albrecht GA, Misiewicz VM, Kampe LM, et al. Patient satisfaction with an emergency department chest pain observation unit. *Ann Emerg Med*. 1997;29:109-15.
5. Qasim A, Malpass K, O'Gorman D, Heber M. Safety and efficacy of nurse initiated thrombolysis in patients with acute myocardial infarction. *BMJ*. 2002;324:1328-31.
6. Purchase A, Webb C, Jowett C, Quinn T. Improving door to needle times with nurse initiated thrombolysis. *Heart*. 2000;84:262-6.
7. Disponible en: <http://www.caep.ca/002.policies/00202.ctas.htm> [última consulta noviembre 2004].
8. Lambrew CT, Weaver WD, Rogers WJ, Bowlby LJ, Rubison RM. Hospital protocols and policies that may delay early identification and thrombolytic therapy of acute myocardial infarction patients. *J Thromb Thrombolysis*. 1996;3:301-6.

**Conflicto de intereses.** Los autores no hemos recibido ayuda económica alguna para la realización de este trabajo. Tampoco hemos firmado ningún acuerdo por el que vayamos a recibir beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial. Por otra parte, ninguna entidad comercial ha pagado a fundaciones, instituciones educativas u otras organizaciones sin ánimo de lucro a las que estemos afiliados.