



# Revista Colombiana de Cardiología

[www.elsevier.es/revcolcar](http://www.elsevier.es/revcolcar)



CARDIOLOGÍA DEL ADULTO – ARTÍCULO ORIGINAL

## Evaluación del impacto clínico y la seguridad de una unidad de dolor torácico en pacientes con probabilidad baja e intermedia de síndrome coronario agudo



Dagnovar Aristizábal O. <sup>a,\*</sup>, Cristina Montoya M. <sup>a</sup>, Ángela M. Valencia C. <sup>a</sup>,  
Juan M. Jaime T. <sup>a</sup> y Jaime A. Gallo V. <sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Centro Clínico y de Investigación SICOR, Soluciones Integrales en Riesgo Cardiovascular, Medellín, Colombia

<sup>b</sup> Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

Recibido el 29 de agosto de 2014; aceptado el 20 de mayo de 2015

Disponible en Internet el 30 de junio de 2015

### PALABRAS CLAVE

Dolor torácico;  
Síndrome coronario  
agudo;  
Factores de riesgo;  
Electrocardiograma;  
Gestión sanitaria

### Resumen

**Antecedentes:** Aunque las unidades de dolor torácico (UDT) permiten la estratificación y atención apropiada de los pacientes con dolor de pecho, en Colombia el desarrollo e implementación sistemática y estandarizada de este proceso de atención es escaso.

**Objetivo:** Evaluar el impacto clínico y la seguridad del proceso de atención de una UDT en pacientes con probabilidad baja e intermedia de síndrome coronario agudo en Medellín, Colombia.

**Métodos:** Estudio descriptivo que incluyó 277 pacientes, que fueron ingresados en una UDT de quienes se obtuvo información demográfica, clínica y de la gestión del proceso de atención. En el seguimiento a 30 días se evaluó la sobrevida y eventos compatibles con la enfermedad coronaria.

**Resultados:** De toda la muestra, el 13,0% de los pacientes fue remitido a un tercer nivel de atención y solo el 2,5% tuvieron un diagnóstico final confirmado de síndrome coronario agudo. La mediana del tiempo entre la recepción en urgencias y la toma del electrocardiograma fue 10,0 minutos, en el servicio de urgencias se calculó el puntaje TIMI y se hizo la estratificación del riesgo en el 85,5 y 73,9%, respectivamente. La comparación entre la fase de implementación y consolidación mostró una mejoría en los indicadores ( $p < 0,05$ ). Durante el seguimiento a 30 días no se observaron muertes ni eventos coronarios.

**Conclusión:** La UDT basada en la evaluación clínica, la aplicación de la escala TIMI y la interpretación del electrocardiograma, constituyen una forma eficaz de estratificación de los pacientes con probabilidad baja o intermedia de síndrome coronario agudo, su implementación es segura y el riesgo de complicaciones es muy bajo.

© 2015 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [dagnovar@une.net.co](mailto:dagnovar@une.net.co) (D. Aristizábal O.).

**KEYWORDS**

Chest pain;  
Acute coronary  
syndrome;  
Risk factors;  
Electrocardiogram;  
Health management

## Assessment of clinical impact and security of a chest pain unit in patients with low and intermediate probability of an acute coronary syndrome

**Abstract**

**Background:** Chest pain units (CPU) are an accepted method to assess patients admitted to an emergency department with chest pain with a potential ischemic origin. Yet in Colombia, the customary admission to a CPU in a standardized fashion is scarce and, to our knowledge, the outcome of implementing recognized protocols for chest pain has not been evaluated.

**Objective:** To assess the clinical impact and security of CPU, in patients with, low and intermediate probability of acute coronary syndrome, in Medellín, Colombia.

**Methods:** A descriptive study comprising 277 subjects who were consecutively admitted to the CPU. Variables included demographics, and performance measures to assess the process of care (timely action and process completion). A 30 days follow-up included survival and new admissions compatible with coronary syndromes.

**Results:** From the whole sample, 13.0% of patients were referred for hospitalization. However, only 2.5% had a final diagnosis of an acute coronary syndrome. Median time between reception and an electrocardiogram acquisition was 10 minutes TIMI score and acute coronary syndrome probability were reported in 85.5 and 73.9% of subjects respectively. Comparison between early implementation and consolidation phases showed a sensible improvement of performance measure indicators ( $p < 0.05$ ). In addition, 30-day follow-up showed neither fatalities nor new coronary events.

**Conclusion:** Chest pain observation unit based on clinical assessment of thoracic pain, TIMI risk score and ST segment changes interpretation in the ECG is a safe and efficacious way to stratify low and intermediate chest pain leading to a safe patient discharge with very low risk of cardiovascular complications.

© 2015 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

**Introducción**

La unidad de dolor torácico (UDT) es un método innovador para la estratificación de pacientes con dolor en el tórax y se ha establecido como una alternativa a la hospitalización en pacientes con síntomas sugestivos de síndrome coronario agudo (SCA), sin evidencia objetiva de isquemia. La UDT permite asegurar una atención apropiada cuando se sospecha de dolor anginoso con un riesgo intermedio o bajo de SCA<sup>1,2</sup>. Aunque generalmente se describe como una unidad, la UDT debe ser considerada como un proceso de atención y no necesariamente como una entidad aparte dentro de un servicio de urgencias<sup>3</sup>. El cuidado se fundamenta en protocolos el cual puede ser proporcionado por médicos generales de urgencias entrenados, y su implementación exitosa requiere la coordinación cercana con un servicio de cardiología, al igual que se cuente con el apoyo del personal de otras áreas (enfermería, laboratorio clínico, radiología)<sup>4</sup>.

Existen diversos protocolos para realizar la estratificación e identificar los pacientes con dolor de pecho con un mayor riesgo de un SCA<sup>5-9</sup>. Estos se basan en las características clínicas y comportamiento hemodinámico de los pacientes, los hallazgos electrocardiográficos iniciales y el seguimiento del segmento ST y el perfil enzimático durante la estadía en la UDT. Con estas características se pueden tomar decisiones racionales acerca del nivel del cuidado médico requerido y el tipo de servicio de salud donde este debe realizarse<sup>10</sup>.

Como parte de la estratificación de la probabilidad de un SCA se ha utilizado el puntaje TIMI (por sus siglas en

inglés, Thrombolysis In Myocardial Infarction) que se basa en la medición de siete variables cada una de las cuales suma un punto en el modelo matemático<sup>11</sup>. Aunque el puntaje fue desarrollado para la evaluación del riesgo en pacientes con SCA establecido, igualmente ha demostrado su valor pronóstico con relación a la mortalidad y desenlaces adversos mayores, en pacientes en el servicio de urgencias con sospecha de SCA<sup>12,13</sup>. Un puntaje TIMI alto (entre cinco a siete puntos) se asocia con una alta incidencia de muerte, infarto o necesidad de revascularización. No obstante, un puntaje bajo (entre cero a dos puntos) todavía tiene una frecuencia importante de eventos la cual es cercana al 2% en los siguientes 30 días<sup>14</sup>. Por tanto, los pacientes con un puntaje TIMI bajo requieren de estrategias de estratificación adicionales<sup>15,16</sup>. Como se demostró recientemente, la combinación de un puntaje TIMI bajo, un electrocardiograma (ECG) normal y enzimas cardíacas no elevadas, tiene un valor predictivo negativo del 99,1%, e identifica individuos con baja probabilidad de SCA que pueden ingresar en una UDT para observación o iniciar un seguimiento de forma ambulatoria<sup>9</sup>. En este modelo de atención se combinan el puntaje TIMI, la historia clínica, el examen físico, el ECG y los biomarcadores, para estratificar adecuadamente los pacientes que consultan al servicio de urgencias con dolor torácico y definir de forma apropiada el tratamiento.

Aunque en países desarrollados dicha metodología ha demostrado una alta capacidad de discriminación de los pacientes de bajo riesgo que pueden ser observados en la UDT y posteriormente ser dados de alta para seguimiento

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3012051>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3012051>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)