

De la Unidad Coronaria al Servicio de Atención Cardíaca Inmediata

R. Rivera / E. Durán / M. Ajuria / I. Rivera

La Unidad Coronaria clásica debe ser sustituida por el Servicio de Atención Cardíaca Inmediata. A sólo 4 años del comienzo del siglo XXI esta afirmación surge del convencimiento de que las capacidades de la Unidad Coronaria no son ya suficientes para realizar las funciones que demandan los avances en el conocimiento, el diagnóstico y el tratamiento de la patología cardíaca.

En la actualidad no se puede considerar que a un enfermo en situación cardíaca aguda se le ofrezcan las mejores posibilidades diagnósticas y terapéuticas, si no ingresa en un centro donde junto a la Unidad Coronaria se disponga de la posibilidad de realizar cateterismo, angiografía, terapéutica endovascular y cirugía cardíaca.

La Unidad Coronaria surgió en los años 60 como consecuencia del reconocimiento de que las arritmias ventriculares constituían la principal causa de muerte en la fase precoz del infarto agudo de miocardio y de que el corazón podía desfibrilarse con éxito; dos avances trascendentes en Cardiología que llevaron a la concentración en una zona específica del hospital de los enfermos con infarto y de los medios técnicos y personales para el tratamiento de la parada cardíaca.

El tratamiento primero y la profilaxis más adelante de las arritmias, constituyeron el objetivo fundamental de la Unidad Coronaria en la década de los 60. En los años 70 la introducción del catéter de Swan-Ganz permitió la monitorización hemodinámica y con ella se abrió la posibilidad del reconocimiento de las complicaciones mecánicas del infarto y de la aplicación de medidas terapéuticas de fundamento fisiopatológico, farmacológicas (vasodilatadores), mecánicas (balón de contrapulsación) o

quirúrgicas.

La década de los 80 estuvo presidida por la trombolisis, al demostrarse que la desaparición precoz del trombo permite una reducción del tamaño del infarto.

Finalmente, en los años 90 se ha extendido la idea de que la Unidad Coronaria debe convertirse en Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos, ampliando las indicaciones de ingreso a las anginas inestables y a las insuficiencias cardíacas de distinta etiología.

En la actualidad el progreso de la Cardiología plantea la necesidad de realizar funciones diagnósticas y terapéuticas que superan las posibilidades de la Unidad Coronaria, a pesar de la evolución de su filosofía terapéutica, de su progresivo desarrollo y de su mayor dotación en los últimos años.

La necesidad de recurrir con creciente frecuencia a las investigaciones hemodinámicas y angiográficas, y a los tratamientos endovasculares o quirúrgicos, hace depender su funcionamiento de unidades con frecuencia tan independientes orgánica, funcional y jerárquicamente como las de Hemodinámica y Cirugía Cardíaca. En España la Unidad Coronaria está desvinculada incluso del Servicio de Cardiología en el 50% de los centros.

En la actualidad el éxito del tratamiento (no sólo del infarto de miocardio o la cardiopatía isquémica en su conjunto, sino de otras patologías cardiocirculatorias que plantean problemas de urgencia), depende de una multiplicidad de factores interconectados. Algunos de ellos, como la sospecha diagnóstica, la rapidez del transporte o el tratamiento inicial, son ajenos al hospital, pero otros —quizás la mayoría o los de mayor trascendencia— pertenecen a la esfera hospitalaria.

El tiempo que transcurre desde que un infarto agudo de miocardio accede al hospital, hasta que alcanza a la persona o unidad capaz de poner en marcha el tratamiento fibrinolítico, adquiere una importancia fundamental si se considera que la demora media desde que el proceso se inicia hasta que se llega al hospital, en España es mayor de 5 horas (se exceptúan los casos que llegan después de 24 horas), y que la efectividad de los trombolíticos disminuye significativamente después de las 6 horas. Pues bien, a pesar de los esfuerzos de coordinación realizados, el tiempo medio de «retraso» del tratamiento dentro de los hospitales es mayor de una hora. Esto significa que en un gran número de casos el tratamiento pierde su eficacia potencial, pero persisten, si se aplica, todos sus problemas de cuidados, complicaciones, costos, etc. De hecho, en un 22,6% de los casos se producen retrasos asistenciales dentro del hospital que alcanzan una media de 5 horas 28 minutos.

Resulta, en consecuencia, evidente que para poder utilizar con oportunidad y para obtener el máximo rendimiento de los avances que se han hecho por separado en el campo del diagnóstico, de la terapéutica intravascular, de la Cirugía y del manejo postoperatorio de los pacientes con un ataque cardíaco, es fundamental la creación de un dispositivo funcional que coordine todos estos aspectos. Es lo que llamamos Servicio de Atención Cardíaca Inmediata o SACI.

¿En qué se concreta este dispositivo funcional? ¿Cómo se define el SACI frente a la Unidad Coronaria clásica? Entendemos que, en primer lugar, porque la supera ampliamente. Incluye todo lo que hoy día constituye una unidad coronaria, o más ampliamente una unidad de cuidados intensivos cardiológicos, y además la disponibilidad inmediata de todos los medios de diagnóstico y terapéutica cardiológica existentes en el hospital.

Un SACI es, por todo ello, algo más que una Unidad Coronaria clásica, porque recoge una amplia gama de situaciones patológicas que clásicamente no se aceptaban en la Unidad Coronaria.

Es también algo más que una moderna Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos, porque la incluye con todas sus características y además dispone de elementos diagnósticos y terapéuticos que la UCIC tenía que solicitar a otros servicios. Es distinto de la Unidad de Cuidados Intensivos polivalente, por su especialización en patología cardiovascular, además de por las razones que lo diferencian de las UC y UCIC.

Y es, asimismo, mucho más que una Unidad de Cuidados Postoperatorios Cardiovasculares, porque además de incluirla, amplía el espectro de los pacientes que acepta, a los procedentes de la sala de admisión directa desde el exterior, con las máximas facilidades físicas y administrativas.

El SACI no requiere una ubicación única en un área determinada, pero sí la coordinación logística para que el acceso de los pacientes o su transporte a las distintas unidades se facilite al máximo. En este sentido, es fundamental la ubicación cerca o con acceso directo a la entrada del centro, la disponibilidad de ascensores y el tamaño de los que deben transportar a quirófano o a la sala de hemodinámica a enfermos con sistemas de asistencia circulatoria en funcionamiento.

Exige la disponibilidad inmediata y permanente de profesionales especializados y con capacidad de decidir la conducta diagnóstica y terapéutica a seguir, y asimismo de los hemodinamistas, cardiólogos intervencionistas, anestesistas y cirujanos capaces de llevarla a cabo. No es, sin embargo, el «totum revolutum» que se da con frecuencia en las unidades de cuidados intensivos o postoperatorios polivalentes. La conveniencia de que el cardiópata en situación aguda sea colocado en un ambiente tranquilo, que disminuya al máximo sus temores y ansiedades, obliga a que, sin perjuicio de proporcionarle el máximo nivel de vigilancia y cuidados, se le separe de los pacientes operados o en situación crítica.

En el SACI deben existir, en consecuencia, zonas independientes de cuidados postoperatorios, cuidados cardiológicos intensivos y cuidados intermedios, estas últimas con habita-

ciones individuales. Porque no hay más razón que justifique la ubicación de un infartado junto a un paciente operado, o a otro que ha requerido desfibrilación eléctrica, que la limitación de espacio o medios.

De la misma manera, no hay razones teóricas, sino exclusivamente dificultades prácticas, para que un infartado, en la mayor parte de su evolución, tenga que mantenerse aislado de su familia, de sus problemas y de su entorno (negocios, política, deportes, etc.), lo que en muchos casos produce más preocupación que la dosis adecuada (e individualizada) de compañía e información.

Somos conscientes de las dificultades que presenta la implementación de este dispositivo. Supone ya un gran obstáculo la actual organización interna de los hospitales españoles, con dependencia jerárquica de direcciones distintas de enfermeras, técnicos y médicos. El mayor, sin embargo, radica en la casi completa independencia de las unidades que realizan los estudios clínicos, hemodinámicos y angiográficos, radioisotópicos, de imagen (ECO, TAC, Resonancia, etc.) o que aplican la terapéutica médica, endovascular y/o quirúrgica. Para todos, personas y unidades, la actuación fuera de los horarios previstos o simplemente la disponibilidad permanente, supone esfuerzos y sobrecargas no deseadas y, en cualquier caso, retrasos y alteraciones en las actividades programadas. Alcanzar el acuerdo de creación del dispositivo funcional coordinador de sus actuaciones supone ya, en ausencia de una autoridad capaz de imponerlo, la superación, en el mejor de los casos, de problemas de diferencia de criterio, y en el peor, de competencias o incluso enemistades personales irreconciliables.

Una vez creado, y en su funcionamiento, es necesario también lograr una homogeneización de criterios diagnósticos y terapéuticos que supere, ante un paciente concreto, la actual tendencia a la aplicación del «estilo democrático» en la toma de decisiones que al requerir, análisis, discusión y consenso lleva consigo pérdidas de tiempo trascendentales.

Hemos de admitir, por ello, que en tanto no se produzca un cambio en la organización de los hospitales públicos españoles, los privados están en mejores condiciones para la puesta en marcha de los servicios de atención cardíaca inmediata. En ellos, por sus menores dimensiones, y por estar más concentrada la dependencia jerárquica y administrativa, es más fácil (al menos en teoría) lograr el acuerdo general entre las unidades afectadas, y el consenso entre los profesionales involucrados, en lo que se refiere a la actuación en casos concretos.

Probablemente, la mayoría de los profesionales que a diario se enfrentan con el tratamiento de los ataques cardíacos piensa en la necesidad de lograr una mayor coordinación con los servicios hospitalarios cuya colaboración tiene que solicitar cada vez con más frecuencia. Y, con toda seguridad, los responsables de las unidades coronarias son conscientes de la necesidad de alcanzar esta coordinación de forma establecida y continua. Pero las dificultades organizativas son muchas y para ellos insalvables. Para que los beneficios de esta coordinación alcancen a todos los ciudadanos, no hay que olvidar que tendría que tener carácter no sólo intrahospitalario, sino incluso interhospitalario e interprovincial (basándose en organizaciones de transporte aéreo cuya operatividad ya está demostrada) puesto que en muchos hospitales con Unidad Coronaria no hay sala de hemodinámica, ni posibilidad de Cirugía Cardíaca.

En cualquier caso, la transformación de la Unidad Coronaria en Servicio de Atención Cardíaca Inmediata, debe conseguir que el manejo de los problemas cardiocirculatorios agudos, de constituir en la actualidad un cierto lastre para la investigación y los avances terapéuticos, vuelva a ser en el futuro (como lo fue en el pasado) el motor del progreso cardiológico. ◀

Ramiro Rivera, Director del Departamento Cardiovascular. Clínica La Luz, Madrid. Elías Durán, Manuel Ajuria, Isabel Rivera