

## La puerta de urgencias

### Sr. Editor:

En el artículo recientemente publicado por Sanchis et al<sup>1</sup> aparece, en nuestra opinión, un título poco afortunado. El diccionario de la Real Academia Española<sup>2</sup> establece como primera acepción de puerta: «vano de forma regular abierto en pared..., para poder entrar o salir», y en su tercera acepción: «cualquier agujero o abertura que sirve para entrar y salir por él...». Así pues, no parece que sea la puerta de urgencias el lugar adecuado para realizar estudios de estratificación de riesgo de pacientes con dolor torácico, para tomar decisiones clínicas, ni siquiera para realizar asistencia médica inmediata. Este error se repite luego en el texto.

En cualquier hospital español suele haber a la puerta de urgencias un celador, portero o vigilante de seguridad, pero no hemos visto en ellas a médico alguno, ni mucho menos a un cardiólogo<sup>3</sup>. En este sentido, el American College of Emergency Physicians, en su Manual de Diseño de Servicios de Urgencias<sup>4</sup>, ubica anexa a esta zona el área de *triage* o clasificación de enfermos, que no de asistencia, habitualmente dotada de personal de enfermería entrenado y con protocolos específicos.

En el año 2001 se creó en el territorio del extinto INSALUD la categoría de médico de urgencias hospitalarias<sup>5</sup>, que con posterioridad se extendió a la mayoría de las comunidades autónomas con transferencias en sanidad<sup>6,7</sup>. En este texto, además de definirse las funciones del médico de urgencias, se reconoce de forma implícita la existencia de servicios de urgencias jerarquizados. Creemos que está de más usar en los artículos de revistas de prestigio, y que habitualmente seguimos los médicos de urgencias, términos algo tendenciosos o cuando menos anacrónicos, como sería hablar actualmente de parteros, médicos de huesos, dentistas o especialistas en «pulmón y corazón»<sup>8</sup>.

En tanto llega la especialidad en urgencias<sup>9</sup>, créannos que esta actividad médica es tan interesante, digna y gratificante como el resto, sobre todo cuando se hace en condiciones óptimas de infraestructura y personal.

Ya hemos expresado en esta Revista nuestra opinión sobre la relación entre los servicios de urgencias y de cardiología a propósito de las unidades de dolor torácico<sup>10</sup>. Sólo nos resta felicitar a los autores por su trabajo en este sentido, aunque deseamos que en el futuro se usen términos más apropiados para referirse a las áreas, unidades o servicios de urgencias.

Guillermo Burillo-Putze,  
María J. Hernández Sánchez  
y Marcos Expósito Rodríguez

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. España.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Sanchis J, Bodi V, Llàcer A, Facila L, Pellicer M, Bertomeu V, et al. Estratificación del riesgo de pacientes con dolor torácico sin elevación del segmento ST en la puerta de urgencias. *Rev Esp Cardiol* 2003;56:955-62.
2. Diccionario de la Lengua Española. 21.ª ed. Madrid: Real Academia Española, 1992; p. 1689.
3. Montero Pérez FJ, Calderón de la Barca Gázquez JM, Jiménez Murillo L, Berlango Jiménez A, Pérula de Torres L. Situación actual de los servicios de urgencias hospitalarios en España (I): descripción general y análisis de la estructura física y funcional. *Emergencias* 2000;12:226-36.
4. Huddy J. Emergency department design: a practical guide to planning for the future. Dallas: American College of Emergency Physicians, 2002; p. 31-7.
5. Real Decreto 866/2001, de 20 de julio, por el que se crean las categorías y modalidades de médicos de urgencia hospitalaria y de médicos de admisión y documentación clínica en el ámbito de las instituciones sanitarias del INSALUD. BOE de 10 de diciembre de 2001.
6. Decreto 148/2002, de 10 de septiembre, del Gobierno Valenciano, por el que se crea la categoría de Médico de Urgencia Hospitalaria en el ámbito de las Instituciones Sanitarias de la Consellería de Sanidad. Diario Oficial de la Generalitat Valenciana de 16 de septiembre de 2002.
7. Decreto 12/2002, de 13 de febrero, por el que se crean las categorías y modalidades de médico de urgencia hospitalaria y de médico de admisión y documentación clínica en el ámbito de las Instituciones Sanitarias de Atención Especializada del Servicio Canario de la Salud. Boletín Oficial de Canarias de 22 de febrero de 2002.
8. Caldeiro MA, Feliu E, Foz M, Gracia D, Herranz G, Lience E, et al. Medicina clínica. Manual de estilo. Publicaciones biomédicas. Barcelona: Ediciones Doyma, 1993; p. 47-8.
9. Comparecencia, a petición propia, de la Ministra de Sanidad y Consumo, Excma. Sra. D.ª Ana María Pastor Julián, para informar sobre las líneas generales que va a desarrollar su Departamento. Diario de Sesiones del Senado de 21 de Octubre de 2002.
10. Jiménez Murillo L, García. Castrillo Riesgo L, Burillo. Putge G, Montero Pérez J, Casado Martínez J.L. Unidades de dolor torácico y Urgencias. *Rev Esp Cardiol* 2003;56:217-18.

## Respuesta

### Sr. Editor:

En relación con la carta remitida por Burillo-Putze et al sobre el artículo de nuestro grupo recientemente publicado en la REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA<sup>1</sup>, quisiéramos en primer lugar agradecer su felicitación. En cuanto al término puerta de urgencias, su uso es común, tanto en el argot hos-

pitalario como en la literatura científica. Así, el servicio de urgencias de nuestro hospital tiene 3 áreas asistenciales delimitadas: puerta de urgencias, sala de observación y unidad médica de corta estancia. Del mismo modo, otros términos, como intervalo «puerta-aguja» o «puerta-balón» (tiempos entre la llegada del paciente al servicio de urgencias e inicio del tratamiento de reperfusión en el infarto agudo de miocardio) también son habituales. Estamos de acuerdo en que la denominación área, unidad o servicio de urgencias podría ser más apropiada, pero en ningún caso ha sido nuestra intención utilizar el término puerta de urgencias en sentido peyorativo. Tal y como indican los autores de la carta, consideramos que la actividad médica en los servicios de urgencias es tan interesante, digna y gratificante como el

resto. Esperamos que, lejos de polemizar, nuestro artículo estimule la colaboración entre los médicos de los servicios de urgencias y cardiología, fundamental para el desarrollo de las unidades de dolor torácico.

Juan Sanchis, Vicent Bodí y Àngel Llàcer

Servei de Cardiologia. Hospital Clínic Universitari.  
Valencia. España.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Sanchis J, Bodí V, Llàcer A, Facila L, Pellicer M, Bertomeu V, et al. Estratificación del riesgo de pacientes con dolor torácico sin elevación del segmento ST en la puerta de urgencias. *Rev Esp Cardiol* 2003;56:955-62.