

Administrar de forma precoz, adecuada, combinada y completa los fármacos recomendados por las guías de práctica clínica para el manejo del SCASEST (síndrome coronario agudo sin elevación del ST) se asocia a una reducción de la mortalidad hospitalaria

Sólo el 75,5% de los pacientes reciben al menos 5 de los 7 fármacos recomendados en el servicio de urgencias (SU) y/o la unidad coronaria (UC). El SCASEST es el modo de presentación más frecuente de la cardiopatía isquémica (56% de los casos). Todas las guías señalan la importancia del tratamiento adecuado y completo de los pacientes en el contexto de un SCASEST. Este estudio, realizado en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid durante los años 2004-2007, que incluye de forma retrospectiva a 1.118 pacientes ingresados con el diagnóstico de SCASEST (según los criterios de la Sociedad Europea de Cardiología) evalúa la relevancia de un correcto y precoz tratamiento farmacológico. Los 7 fármacos incluidos en el estudio fueron aquellos con mayor grado de recomendación en las guías: ácido acetilsalicílico, anticoagulantes, anti-IIb/IIIa, clopidogrel, betabloqueantes, inhibidores de la ECA y estatinas. Instaurar en el SU y/o a UC al menos 5 de los 7 fármacos se asocia a una reducción en el número de fallecimientos hospitalarios ($p < 0,001$), a la clase Killip máxima alcanzada en el hospital ($p < 0,001$) y a la prevalencia del evento combinado muerte-relAM-Killip 3 o 4 ($p < 0,001$). Además, en los pacientes con un tratamiento farmacológico más completo las lesiones se revascularizaron preferentemente de modo percutáneo (60,59% vs 17,94%, $p < 0,001$) y precisaron menor cirugía de revascularización en un segundo tiempo.

E. Fortuny et al. *Emergencias 2011;23:461-467*

Existen diferencias en los tiempos asistenciales y de tratamiento en los pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST) según el tipo de hospital

El tratamiento del SCASEST se inicia más tarde en los hospitales de tercer nivel (45 minutos) que en los de primer (29 min) y segundo nivel (30 min). El registro MUSICA (Manejo en Urgencias del Síndrome Coronario Agudo) se llevó a cabo entre noviembre del 2007 y febrero del 2008 con la participación de 97 servicios de urgencias (SU) españoles de diferente nivel asistencial. Cada centro incorporó al estudio los 10 primeros pacientes diagnosticados de SCASEST. Se definió el tipo de hospital: primer nivel (HN1: menos de 200 camas), segundo nivel (HN2: 200 a 500 camas) y tercer nivel (HN3: más de 500 camas). De los 920 pacientes, 340 (37%) se atendieron en el grupo HN1, 243 (26,4%) en HN2 y 337 (36,6%) en HN3. Las características basales y del episodio de SCASEST no mostraron diferencias clínicamente relevantes entre hospitales. El tratamiento en el SU se inició significativamente más tarde en el grupo HN3 (45 min) frente a HN1 (29 min) y HN2 (30 min). El porcentaje de pacientes que recibieron aspirina en el SU fue mayor en los HN3 (84% vs 74,7% en los HN1, $p = 0,003$; 84% vs 75,3% en los HN2, $p = 0,01$). Pero el porcentaje de pacientes que recibió carga de clopidogrel fue significativamente mayor en los HN2 (46,5%) y HN1 (57,4%) que en los HN3 (42,4%), al igual que el tratamiento anticoagulante (70,9% en HN3, 79,8% en HN2 y 78,8% en HN1).

M. Sánchez et al. *Emergencias 2011;23:447-454*

El paciente que fallece durante las primeras 24 horas tras su llegada al servicio de urgencias hospitalario (SUH) es de edad avanzada (78 años), tiene mala situación funcional e importante comorbilidad asociada

Este estudio del Hospital Universitario La Princesa de Madrid (HUPM) analiza las características clínico-epidemiológicas y la calidad asistencial dispensada a los pacientes con mortalidad precoz. La tasa de mortalidad en urgencias o precoz, que refleja el número de defunciones en las primeras 24 horas entre los pacientes que han sido atendidos en el SU, es uno de los indicadores de calidad asistencial más utilizado. Durante el año 2009 se atendieron en el HUPM un total de 90.712 pacientes de los que fallecieron 164 (0,18%) en las primeras 24 horas (83 en el SUH con tasa de mortalidad del 0,091% y 81 en planta de hospitalización). El 24,7% de los pacientes se encontraba en fase terminal de su enfermedad y en el 82,2% de los casos el fallecimiento fue previsible a su llegada al SUH. Las causas más frecuentes de muerte registradas en estos pacientes fueron: enfermedad cerebrovascular, neumonía, sepsis grave-shock séptico, la propia neoplasia en fase terminal y cardiopatías. En relación a la calidad asistencial ofrecida se consideró que el 98,78% de los casos fue ubicado correctamente en las horas previas al fallecimiento, el 87% de los pacientes se encontraba acompañado y en el 97,1% se informó previamente a los familiares del pronóstico. En este sentido, los autores recuerdan que la demanda asistencial de pacientes afectados de enfermedades terminales en los SUH está creciendo y resulta crucial conocer qué medidas podrían implementarse para maximizar el confort y la adecuación del tratamiento oportuno para dichos pacientes y sus familias.

P. Parra et al.

Emergencias 2011;23:430-436

La determinación del péptido natriurético tipo B (BNP) en los servicios de urgencias (SU), sin un protocolo bien definido de solicitud y manejo del paciente con insuficiencia cardiaca aguda (ICA) en función de los resultados obtenidos, no se asocia ni a un mejor pronóstico para el paciente ni a un mayor conocimiento de la evolución del proceso

Estudio novedoso y muy interesante del grupo ICA-SEMES que demuestra la ineficiencia de la estrategia de solicitar BNP urgente en todos los pacientes con ICA en los SU

La determinación urgente del BNP (con un coste aproximado de 30€) en el diagnóstico diferencial de la disnea aguda en los SU está bien definida y su utilidad demostrada. Sin embargo, en el paciente diagnosticado por criterios clínicos de ICA el potencial valor añadido que puede aportar no estaba establecido. En el estudio PICASU-2 (péptido natriurético en la insuficiencia cardiaca aguda en los servicios de urgencias) participaron 19 SU que incluyeron 2.423 pacientes. Se establecieron tres grupos según el tipo de hospital. Grupo I: Hospitales sin disponibilidad de determinar BNP en el SU (840 pacientes; 34,7%), Grupo II: Hospitales con posibilidad de determinar BNP en casos seleccionados en el SU (838; 34,6%), Grupo III: Hospitales con disponibilidad y que determinan de forma generalizada el BNP en el SU (745; 30,7%). La determinación de BNP no se asocia, en aquellos pacientes en los que se realiza, ni a un mejor pronóstico en cuanto a la mortalidad ni a una reducción de la reconsulta a los 30 días siguientes (ver figura). Incluso, para el subgrupo de pacientes dados de alta desde el SU la probabilidad de reconsulta en urgencias es mayor si se determinó el BNP. En opinión de los autores, la estrategia de solicitar BNP urgente a todos los pacientes con ICA debería abandonarse atendiendo a razones de coste-beneficio y sólo utilizarse en los SU ante los casos de disnea donde exista la duda diagnóstica o ante un algoritmo de actuación claramente definido.

O. Miró et al.

Emergencias 2011;23:437-446

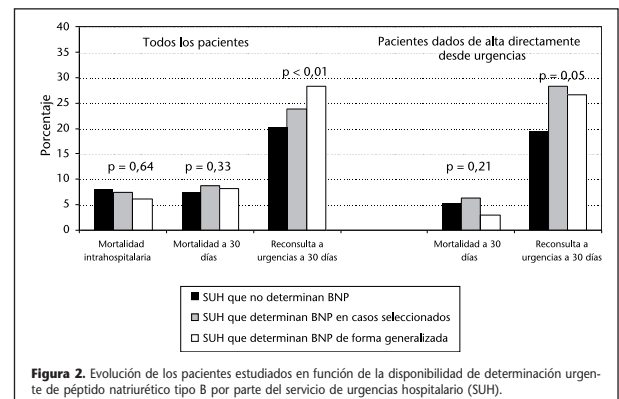


Figura 2. Evolución de los pacientes estudiados en función de la disponibilidad de determinación urgente de péptido natriurético tipo B por parte del servicio de urgencias hospitalario (SUH).

En este número de EMERGENCIAS se publica una interesante revisión que analiza las claves del manejo de la vía aérea difícil en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH)

Excelente actualización de uno de los desafíos permanentes de los SUH

Todo urgenciólogo debe estar entrenado y ser capaz de oxigenar, ventilar, aislar y mantener la vía aérea permeable de cualquier paciente independientemente de su edad y su superficie corporal, incluyendo a aquellos que poseen factores predictivos de una intubación potencialmente difícil. Este trabajo del Dr. Smally y del Dr. Nowicki (*Hartford Hospital and the University of Connecticut*) repasa los puntos clave, "trucos" y novedades de la preparación, abordaje, técnicas y material empleados en los pacientes que presentan una vía aérea difícil. El urgenciólogo debe realizar un abordaje inicial planificado tras valorar las posibles dificultades y características de cada paciente y, del mismo modo, tener un plan de rescate o alternativo eficaz (dispositivos supraglóticos como el Combitube® o King®, mascarilla laríngea, laringoscopios con video para "intubación a mano libre" o "intubación guiada" como el Airtraq® o Glidescope® o cricotiroidectomía abierta o percutánea).

A. J. Smally et al.

Emergencias 2011;23:479-485