

La presencia de *delirium* en pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada (ICD) se relaciona con la edad avanzada, el deterioro cognitivo del paciente y la situación basal de dependencia funcional

El 11,7% de los pacientes valorados en el servicio de urgencias (SU) por ICD reúnen criterios de *delirium* y el 3,3% de subsíndrome de *delirium*

En los últimos años se ha demostrado la importancia de las comorbilidades, los síndromes geriátricos y la valoración geriátrica en el pronóstico y manejo de los pacientes ancianos con ICD. Este interesante estudio prospectivo observacional que incluye a 60 pacientes con edad media de $80,5 \pm 11$ años (61,7% mujeres) realiza un análisis comparativo entre los pacientes diagnosticados de *delirium* y el resto de la muestra. Entre sus resultados destaca que los pacientes con *delirium* tenían mayor edad ($88,4 \pm 4,8$ vs $79,5 \pm 11$ años, $p = 0,004$), mayor prevalencia de demencia (57,1% vs 9,4%, $p = 0,007$) y de vasculopatía periférica (42,9% vs 7,5%, $p = 0,029$), consumían más benzodicepinas (85,7% vs 26,4%, $p = 0,004$) y se encontraban institucionalizados en mayor proporción (28,6% vs 3,8%, $p = 0,06$). Además, el 71,4% de los pacientes con *delirium* tenían un índice de Barthel (IB) < 35 (dependencia absoluta o total) mientras que en el resto sólo el 9,4% tenían un IB < 35 . Por otro lado, se demuestra que la gravedad y el estadio de la insuficiencia cardíaca son factores menos relacionados con la aparición de *delirium*. La identificación de los pacientes con *delirium* en el SU permitiría distinguir a un subgrupo de pacientes con ICD con peor pronóstico y mayor fragilidad (dependencia funcional y deterioro cognitivo) que podrían beneficiarse de una valoración geriátrica integral y un abordaje terapéutico más completo.

M. A. Rizzi et al

Emergencias 2012;24:283-288

En este número de EMERGENCIAS se publica el documento de consenso "Manejo de los pacientes con fibrilación auricular (FA) en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH)-(actualización 2012)"

Excelentes recomendaciones del Grupo de Arritmias Cardíacas de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) y la Sección de Electrofisiología y Arritmias de la Sociedad Española de Cardiología (SEC)

La FA es la arritmia sostenida de mayor prevalencia en los SUH. Se trata de una enfermedad grave que incrementa la mortalidad y se asocia a una relevante morbilidad e impacto en la calidad de vida de los pacientes y en el funcionamiento de los servicios sanitarios. La diversidad de aspectos clínicos a considerar y el elevado número de opciones terapéuticas posibles justifican la coordinación y consenso de estrategias conjuntas entre los distintos especialistas implicados en el manejo de la FA con el fin de optimizar los recursos disponibles y adecuar el tratamiento. Este trabajo, actualización del año 2012 de una clásica línea de colaboración del Grupo de Arritmias Cardíacas de SEMES y de la Sección de Electrofisiología y Arritmias de la SEC, sobre el manejo de la FA en los SUH se convierte en referencia obligada para todos los *urgenciólogos*. El *él* se analizan con detalle las estrategias de tromboprofilaxis, control de la frecuencia y del ritmo, y los aspectos logísticos y diagnósticos relacionados. Sin duda, uno de los documentos de consenso más esperados de este año.

A. Martín et al.

Emergencias 2012;24:300-324

El registro multicéntrico de pacientes adultos con infecciones por el virus varicela zóster (VVZ) atendidos en los servicios de urgencias (REVIVAZ) identifica los factores asociados a gravedad clínica e ingreso

El 6,9% de los pacientes con varicela y el 4,2% con herpes zóster (HZ) que acuden al servicio de urgencias (SU) precisan ingreso hospitalario

La varicela y el HZ son expresiones clínicas de la infección por el VVZ y ambas tienen un curso gravemente banal. Pero en ocasiones pueden complicarse o tener un curso grave. Un mejor conocimiento de los marcadores de gravedad facilitará la identificación precoz de los pacientes graves o potencialmente más graves y la adecuación de su manejo y tratamiento. El REVIVAZ incluyó durante los años 2009-2010 a 363 casos de varicela y 1.240 de HZ procedentes de 47 centros españoles de distintos niveles asistenciales. De los pacientes ingresados por varicela (sólo 6,9%) el 64% presentaban neumonía. Se identificaron como factores asociados a gravedad e ingreso el tener tratamiento inmunosupresor (71% ingresaron, $p < 0,01$), presentar clínica de dolor torácico (38%, $p < 0,01$), tos (22,8%, $p < 0,01$) y disnea (66,7%, $p < 0,01$). Por su parte, los casos de HZ que precisaron ingreso lo fueron en el 53,8% por descompensación de enfermedades asociadas, y la más frecuente (82,4% de ellas) fue la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Los factores asociados a gravedad e ingreso del HZ fueron presentar fiebre (27,2% ingresaron, $p < 0,01$), escalofríos (18,3%, $p < 0,01$) y mialgias (11,9%, $p < 0,01$). En resumen, los pacientes con varicela grave suelen presentar clínica respiratoria y recibir tratamiento inmunosupresor y los pacientes con HZ que evolucionan peor suelen tener EPOC u otra enfermedad descompensada como consecuencia de la infección.

L. García-Castrillo et al.

Emergencias 2012;24:277-282

El tratamiento precoz con levosimendán añadido al tratamiento convencional en los pacientes con síntomas graves de insuficiencia cardíaca aguda (ICA) descompensada mejora la disnea y la ortopnea, aunque no logra diferencias respecto a la mortalidad

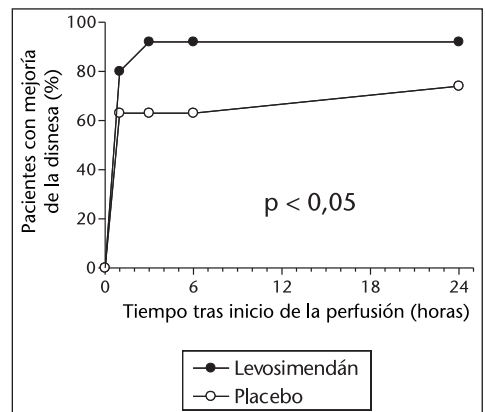
Interesante y novedoso estudio piloto de intervención controlado con placebo, aleatorizado, triple ciego y unicéntrico que analiza la eficacia y seguridad del levosimendán cuando se administra precozmente en los casos de ICA en el servicio de urgencias (SU)

El tratamiento farmacológico actual de la ICA se basa en el uso de diuréticos, vasodilatadores y agentes inotrópicos. El levosimendán (inotrópico) aumenta el gasto cardíaco, el flujo coronario y renal, y la frecuencia cardíaca y reduce la precarga y la postcarga. Este estudio piloto, seguramente la llave para un gran ensayo multicéntrico, incorporó a 45 pacientes con ICA avanzada atendidos en el SU del Hospital General Universitario de Alicante. Los pacientes se aleatorizaron 1:1 para recibir levosimendán o placebo añadidos al tratamiento convencional. El objetivo primario del mismo fue la mejoría de la disnea

basal pasadas las primeras 24 horas. Se comprobó que la disnea mejoró más rápido y en mayor proporción en los pacientes a los que se añadió levosimendán (ver figura). También mejoró la ortopnea de manera significativa ($p < 0,05$), mientras que otras variables como ingurgitación yugular, edemas periféricos, diuresis acumulada, presión arterial sistólica y diastólica y frecuencia respiratoria y cardíaca no tuvieron diferencias significativas respecto a placebo. En relación a los efectos adversos, se documentaron en el 20% y 25% de los pacientes del grupo de levosimendán y placebo, respectivamente ($p = NS$), y no fue necesaria la retirada de ningún paciente del estudio. La mediana de estancia hospitalaria fue la misma en los dos grupos de pacientes y no se documentaron diferencias entre ambos en términos de reingreso y mortalidad por cualquier causa a los 7 días y primer y sexto meses. Aunque el estudio concluye señalando que el levosimendán puede ser de utilidad para conseguir una más rápida mejoría de los síntomas en la ICA, se debe esperar a los resultados de un ensayo clínico mayor antes de poder recomendar y aprobar su administración.

P. Llorens et al.

Emergencias 2012;24:267-276



La especialidad de enfermería de urgencias y emergencias (EUE) debe desarrollarse de forma secuencial a la especialidad médica de urgencias y emergencias (MUE), y quizás, juntas, formar la unidad docente multiprofesional de urgencias y emergencias (UDMUE)

Punto de vista, primero de la serie dedicada a enfermería, que revisa el pasado, el presente y el futuro de la enseñanza en EUE

La complejidad de las situaciones y el alto grado de capacitación necesarios que exige la labor de los profesionales de EUE no encuentra en la actualidad una formación reglada, regulada y uniforme al no existir como especialidad enfermera, como ocurre aún con la MUE. La gran diversidad y variedad de caminos en la formación en EUE determina que ésta dependa de múltiples variables y no asegura que la formación necesaria sea la adecuada. Por ello, desde la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) se defiende la creación de la especialidad de EUE y en este artículo se presentan las razones y los argumentos desde el pasado, a través del presente y lo que debe ser en el futuro.

M.A. García et al.

Emergencias 2012;24:332-334