

Tratamiento de la intoxicación digitalica (ID). Bases para el uso de los anticuerpos antidigital

Excelente revisión de uno de los clásicos motivos recurrentes de consulta a los servicios de urgencias (SU)

Aunque cada vez sus indicaciones son más restringidas, los digitalicos, y especialmente la digoxina, continúan utilizándose en España en el tratamiento de los trastornos del ritmo cardiaco, en particular la fibrilación auricular, y en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca congestiva. La ID, sobre todo asociada a un tratamiento crónico con este fármaco, es todavía un motivo recurrente de consulta en los SU. Por otro lado, la ID aguda es excepcional y podría presentarse tanto en situaciones de tentativa de suicidio como por la ingesta de plantas presentes en España y que contienen glucósidos digitalíticos. En ambos casos, la ID es potencialmente mortal. Este manuscrito, elaborado por un grupo multidisciplinar de expertos, nos ofrece una actualización de los aspectos más interesantes de la ID y su tratamiento en los SU, entre ellos se encuentran: la insuficiencia renal como factor predisponente, las manifestaciones clínicas inespecíficas iniciales, los distintos tipos de bradiarritmias y taquiarritmias que se pueden originar y la forma de tratarlas adecuadamente, la importancia de la hiperpotasemia intercurrente y su control, y las indicaciones para la administración de anticuerpos antidigital. Se trata, sin duda, de una actualización de obligada consulta para el *urgenciólogo*.

S. Nogué et al.

Emergencias 2012;24:462-475

Resultados de la implantación de un cuadro de mandos asistencial en un servicio de urgencias hospitalario (CMA-SUH)

Interesante artículo especial que analiza la gestión de toda la actividad asistencial que se practica en el SUH

Este estudio, elaborado por los integrantes de la Unidad de Gestión Clínica del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, incluye 125.720 episodios urgentes atendidos en el año 2009. El CMA contempla la medición de toda la actividad asistencial y de los procedimientos intermedios que ocurren desde que el paciente demanda asistencia sanitaria hasta que se concluye su proceso asistencial. Los indicadores analizados se refieren a *triaje*, frecuencia asistencial, tiempos asistenciales del área de consultas y de observación, actividad de los profesionales, tasa de codificación diagnóstica, de revisitas y de mortalidad, etc. Los resultados más representativos del estudio ofrecen una "fotografía" de la realidad del SUH. El tiempo medio de espera para el *triaje* (TET) fue de 5,2 minutos con un 31,7% de casos con TET mayor de 5 minutos. El tiempo de duración del *triaje* (TDT) medio fue de 1,5 minutos con un 1% de casos con un TDT mayor de 5 minutos. Los episodios con TET de más de 5 minutos tuvieron una distribución bimodal con un pico a las 11-12 horas y otro a las 16-17 horas. La tasa de reubicación de circuitos asistenciales fue de 4,8% y la de fugas de 2,8%. Un 41,2% de los episodios no críticos superaron el estándar de demora máxima para la primera consulta facultativa. Los autores concluyen afirmando que el CMA-SUH constituye una herramienta de gestión potente y útil capaz de mostrar de forma muy fiable cómo funciona realmente un SUH.

F. J. Montero et al.

Emergencias 2012;24:476-484

El 51,4% de los casos de insuficiencia cardiaca aguda (ICA) presentan algún factor precipitante (FP), siendo la infección (22%) el más frecuente

El estudio PAPERICA (Papel del factor precipitante de un episodio de insuficiencia cardiaca aguda) analiza la relación entre la identificación de diferentes FP con la mortalidad precoz y las reconsultas en el servicio de urgencias (SU) en 30 días

El Grupo de Insuficiencia Cardiaca de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (ICA-SEMES) ha elaborado este estudio retrospectivo en 8 SU españoles en el que se incluyeron 662 casos. En la figura 1 se muestra la relación de los diferentes FP con respecto a la evolución a los 30 días de los episodios de ICA. El 51,4% de los casos presentaron un FP. A los 30 días se registró una mortalidad del 6,2% y un índice de reconsultas del 26,6%. Los FP más frecuentes fueron las infecciones (22,2%), las taquiarritmias (13%), la emergencia hipertensiva (4,9%), la transgresión del tratamiento (4,2%), la anemia (3,9%) y la isquemia coronaria (3,7%). En su conjunto, no se encontraron diferencias significativas entre los pacientes con y sin algún FP, ni en relación a la mortalidad (5% vs 7,5%, $p = 0,25$) ni a las reconsultas (29,3% vs 23,8%, $p = 0,12$).

A. Aguirre et al.

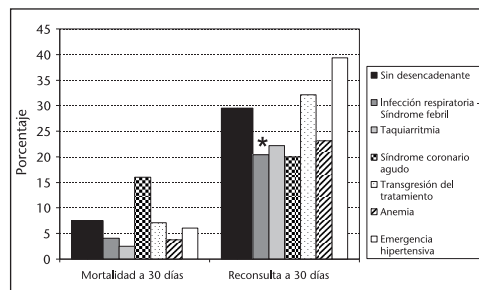


Figura 1. Evolución de los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda atendidos en urgencias en función del factor desencadenante del episodio. El asterisco señala diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) del grupo señalado respecto al grupo de pacientes sin factor desencadenante.

Emergencias 2012;24:438-446

El aprendizaje de la reanimación cardiopulmonar (RCP) en la escuela mediante un videojuego consigue un incremento significativo de los conocimientos teóricos con un coste menor en relación con los métodos tradicionales

Novedoso estudio que compara el método clásico de enseñanza de la RCP basado en la demostración práctica de los procedimientos por el personal sanitario con un videojuego educativo. Uno de los objetivos y "deberes" de la Secretaría de Formación de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) es la elaboración de un plan nacional de enseñanza de RCP en las escuelas. Se ha demostrado que los niños desde los 4-5 años de edad son ya capaces de aprender y aplicar maniobras de RCP. En España han sido varios los programas de este tipo puestos en marcha que han conseguido excelentes resultados. El uso de los videojuegos en educación es una práctica cada vez más extendida, aunque no se ha determinado su utilidad en medicina en general y específicamente en la educación de la RCP. El CATEDU (Centro Aragonés de Tecnologías para la Educación) desarrolló un videojuego para los alumnos de secundaria bajo la supervisión de instructores de RCP experimentados, educadores y expertos en informática en base a las recomendaciones ILCOR 2010. El juego se centra en tres situaciones iniciales: dolor torácico, inconsciencia y atragantamiento. El alumno debe tomar decisiones de actuación en cada caso y posteriormente visualiza la ejecución correcta de las maniobras y procedimientos correspondientes. Este estudio incluyó a 331 alumnos. Los 187 del grupo experimental pasaron de una nota media de 5,41 antes de utilizar el juego a 7,48, mientras que los 144 del grupo tradicional pasaron de 4,95 a 8,56. Es decir, el nuevo método consiguió un incremento significativo de los conocimientos teóricos con un coste menor y la posibilidad de ser utilizado de forma ilimitada, gratuita y libre por las instituciones e individuos. En opinión de los autores una opción prometedora para el futuro será combinar esta nueva herramienta docente con actividades formativas que incluyan la práctica real de las maniobras de RCP. En este número de EMERGENCIAS también se publica un interesante editorial de Miró et al. que nos recuerdan y encuadran la importancia de la enseñanza de la RCP desde la escuela, algunas de las experiencias más significativas realizadas en España y una reflexión sobre las injustificadas trabas que existen hoy en día para la implantación real de forma generalizada.

E. J. Marchiori et al.

O. Miró et al.

Emergencias 2012;24:433-437

Emergencias 2012;24:423-425

El diagnóstico correcto en el ámbito prehospitalario por médicos debidamente formados y capacitados reduce la mortalidad y la estancia hospitalaria

La precisión en el diagnóstico de los médicos del sistema de emergencias médicas (SEM) aumenta significativamente en relación con sus años de experiencia ($p < 0,001$)

Este estudio inédito elaborado por los SEM en Suiza demostró que los pacientes con diagnóstico incorrecto (comparado con el diagnóstico al alta del hospital) o sin diagnóstico mostraron un mayor riesgo de mortalidad (OR 1,9; IC 95%: 1,04-3,34, $p = 0,04$). Aunque los médicos de emergencias, paramédicos y médicos generalistas diagnosticaron con una precisión comparable ($p = 0,139$), el médico del SEM después de 6 años de experiencia alcanza una precisión diagnóstica mayor del 90%. Este efecto no se pudo demostrar con los paramédicos y los médicos generales. Para los autores resulta evidente que los pacientes graves en el ámbito prehospitalario deben ser atendidos por médicos del SEM con suficiente experiencia y capacitación.

N. Urwyler et al.

Emergencias 2012;24:426-432