

### Los problemas relacionados con los medicamentos (PRM), una de las principales causas de efectos adversos en los servicios de urgencias (SU), se reducirían con la incorporación de un fármacéutico

El 38,3% de los PRM se producen por omisión del tratamiento habitual de medicamentos en los pacientes asistidos en los SU. Los PRM representan una de las principales causas de eventos adversos de la salud. Entre los detectados en los SU se encuentran los derivados de la propia medicación del paciente como motivo de la urgencia hospitalaria, y por otro lado, los causados por los "problemas de conciliación" por discrepancias entre los fármacos que el paciente ya tomaba y los prescritos en el hospital. Durante las 7 semanas del estudio se incluyeron 90 pacientes clasificados en los niveles I, II y III del Sistema Español de *Triage*. El farmacéutico y el médico responsable analizaron los PRM detectados en 62 de los pacientes (68,9%) y consensuaron las 131 intervenciones para resolverlos. La omisión del tratamiento habitual que sigue siendo necesario tras la asistencia en el SU es el PRM más frecuente detectado (38,3%). La presencia de polimedición ( $\geq 5$  fármacos) se confirmó como factor de riesgo de PRM e intervención farmacéutica ( $p = 0,008$ ). La mayoría de las intervenciones se relacionaron con tratamientos del aparato cardiovascular (36,6%). En opinión de los autores la colaboración del farmacéutico es un complemento muy útil en la atención urgente.

S. Tomás et al.

Emergencias 2010;22:85-90

### La frecuencia y la gravedad de los procesos son similares en la población inmigrante y en la autóctona que acude al Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH)

**Análisis comparativo de las características, gravedad, tipo de enfermedades y utilización del SUH entre pacientes inmigrantes y nativos**

La proporción de pacientes extranjeros atendidos en el SUH fue del 14,2% (latinoamericanos 65%, la mayoría ecuatorianos), muy similar a la de extranjeros empadronados en el área del hospital (14%). No se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos en relación al sexo (mayoría de mujeres), gravedad del proceso (mayoría banal o no urgente, día de la semana (más en días laborables). Pero la población inmigrante es más joven (mayoría de 20-50 años) ( $p = 0,001$ ), consulta más por patología ginecológica y digestiva ( $p < 0,001$ ) y con mayor frecuencia lo hace en horario nocturno de 20:00 a 08:00 horas ( $p < 0,001$ ). La población autóctona (mayoría  $> 50$  años) consulta más por problemas cardiacos o respiratorios en horario diurno. Los autores concluyen que la utilización inadecuada del SUH y la necesidad de educación sanitaria hoy en día es igual para todos los pacientes.

N. López et al.

Emergencias 2010;22:109-112

### La solicitud de valoración psiquiátrica para pacientes consumidores de cocaína se realiza, principalmente, en aquellos que asocian consumo de benzodiacepinas, tienen antecedentes psiquiátricos y no presentan sintomatología neurológica

**Este trabajo analiza los factores que influyen en la decisión del urgenciólogo de solicitar valoración psiquiátrica ante una intoxicación por cocaína**

La cocaína es la causa más habitual de intoxicación por drogas de abuso que se atiende en urgencias. Además, sus consumidores habituales presentan del 30-42% de comorbilidades psiquiátricas, inducidas o no por la droga, sobre todo trastornos del humor y de ansiedad. Con frecuencia manifiestan ideas autolíticas y en ocasiones pueden simular un brote esquizofrénico. De los 1.531 casos de intoxicaciones recogidos durante los 2 años del estudio, 327 fueron por cocaína y en ellos se solicitó valoración psiquiátrica en 69 (21%). En opinión de los autores son necesarios estudios que ayuden a identificar a los pacientes que deben ser valorados de forma urgente por psiquiatría y la elaboración de protocolos conjuntos que incluyan la estabilización y tratamiento del paciente en urgencias, así como la remisión del paciente a psiquiatría (urgente o diferida).

A. Supervía et al.

Emergencias 2010;22:91-95

### La implantación de un programa de donante a corazón parado extrahospitalario (DCPE) por el Servicio de Urgencias Médicas de Madrid (SUMMA 112) consigue aumentar significativamente el número de órganos disponibles para trasplantes y ayuda a reducir la lista de espera

**El balance de cuatro años de aplicación del programa DCPE resalta el logro de que el 73% de los pacientes trasladados sea de donantes válidos**

Los DCPE son aquellos pacientes que, cumpliendo las condiciones generales para la donación de órganos, sufren la muerte por cese irreversible del latido cardiaco fuera del hospital y son trasladados con medidas de soporte hemodinámico con el fin de donar sus órganos (esta situación exige la constatación inequívoca de ausencia de latido cardiaco, demostrado por la ausencia de pulso central o por trazado electrocardiográfico, y la ausencia de respiración espontánea, ambas al menos durante 5 minutos). De los 132 casos del estudio, un 85% eran varones con una edad media de 40 años. El tiempo medio de llegada del equipo a la escena fue de 14 minutos y 55 segundos y al hospital de 92 minutos. Se consiguieron un total de 356 órganos (158 riñones, 97 córneas, 72 tejidos óseos, 16 hígados y 13 pulmones) lo que corresponde a 2,3 órganos de media por donante. Entre el análisis global de los resultados hay que destacar que sólo el 27% de los pacientes trasladados al hospital tras activar el programa, finalmente, no fueron válidos para donación. Las causas por las que no se concluyó ésta fueron: fallo de circulación extracorpórea (8,3%), negativa familiar (13,9%) o del propio paciente en vida (2,8%), serología positiva (44,4%) y otras (30,6%). La tasa de funcionalidad de los órganos en los receptores alcanzó a un 91% de los riñones y a un 75% de los hígados.

A. A. Mateos et al.

Emergencias 2010;22:96-100

### La tomografía computarizada (TC) cardiaca aumenta el rendimiento diagnóstico de un protocolo estándar (historia clínica, ECG, troponinas seriadas y ergometría) en los pacientes con dolor torácico

**Estudio pionero en España que analiza, en un subgrupo de pacientes con dolor torácico de bajo riesgo coronario, el potencial papel diagnóstico que la TC multidetector (TCMD) puede tener para confirmar o descartar un origen coronario del dolor**

Hasta en un 40% de los pacientes atendidos en la unidad de dolor torácico (UDT) las dudas respecto al origen coronario del dolor persisten tras la seriación de ECG y troponinas. En ellos, es preciso una prueba de provocación de isquemia (PPI) (como la prueba de esfuerzo convencional) para aumentar el rendimiento diagnóstico y disminuir los ingresos innecesarios y las altas inadecuadas desde urgencias. Pero existe un porcentaje de falsos negativos de las PPI que mantiene estas altas inadecuadas en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) no detectado. La disponibilidad de la TCMD añade otra herramienta al arsenal diagnóstico en urgencias que se confirma para un subgrupo de pacientes del estudio. Éste, incluye a los pacientes sin antecedentes de cardiopatía isquémica pero con 2 o más factores de riesgo cardiovascular en los que, tras realizar el protocolo estándar, se "descartaba" un SCA. De los 54 pacientes finalmente incluidos, la coronariografía mediante TCMD fue patológica en 16 (29,6%). En 14 de ellos se objetivó al menos una lesión coronaria de  $\geq 50\%$  que, después, pudo confirmarse por cateterismo cardiaco en 10 pacientes. En todos ellos se estableció el diagnóstico de SCA como origen del dolor. En la discusión los autores destacan que la TCMD permite realizar el diagnóstico de SCA en el 18,5% de los 54 pacientes finalmente incluidos, lo que supone hasta en un 66% de los pacientes con TCMD patológica, sin ella y tras un protocolo de estudio estándar, se habrían dado de alta inadecuadamente.

En este mismo número, Emergencias publica una revisión llevada a cabo por el equipo de Valentín Fuster en la que se discute la utilidad y limitaciones de la tomografía y la resonancia cardiacas en el manejo de los pacientes que acuden a urgencias en los que se sospecha un síndrome coronario agudo.

O. Miró et al.

Emergencias 2010;22:101-108

A. García, et al.

Emergencias 2010;22:125-129

