

Los pacientes con síndrome coronario agudo inclasificable (SCAI) tienen peor situación basal y una presentación clínica más grave que los pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST)

Novedoso artículo que describe la forma de presentación del SCAI en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) y analiza si su atención médica se ajusta a las recomendaciones internacionales

El SCAI se define por la existencia de un SCA con un electrocardiograma (ECG) con el segmento ST y la onda T ilegibles, es decir, con un ritmo de marcapasos o con un bloqueo de rama izquierda (BRI). El registro del manejo en urgencias del SCA (MUSICA) recogió datos del episodio, tratamiento y complicaciones de 1.397 pacientes con SCA en 97 SUH españoles. Tras seleccionar aquellos con un SCAI (82 pacientes) se compararon con el grupo de SCASEST (408). El grupo con SCAI era de mayor edad (74 ± 11 vs 67 ± 13 años), con una mayor prevalencia de mujeres (39% vs 27,9%) y con más factores de riesgo cardiovasculares (HTA, diabetes, dislipemia, etc., excepto el tabaquismo) que el grupo con SCASEST. La presentación del episodio de SCA fue más grave en el grupo de SCAI: signos de insuficiencia cardiaca ($19,2\%$ vs $5,7\%$, $p < 0,001$), taquicardia (86 ± 20 vs 81 ± 19 lpm, $p = 0,043$) y fibrilación auricular ($25,6\%$ vs $9,1\%$, $p < 0,001$). Su puntuación de riesgo (TIMI) también fue superior ($3,9 \pm 1,3$ vs $3,1 \pm 1,5$, $p < 0,001$). En cuanto a las complicaciones también predominaron en los pacientes con SCAI, sobre todo aquellas relacionadas con un fallo de bomba. Además los pacientes con SCAI permanecieron más tiempo en el SUH y no se trataron con mayor intensidad, con unos porcentajes de cumplimiento de recomendaciones I-A inferiores al 80%.

M. Sánchez et al.

Emergencias 2013;25:263-267

Recomendaciones de la guía española de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (GesEPOC) para el diagnóstico y tratamiento hospitalario de la agudización de la EPOC

Excelente documento de consenso, en el que participa junto a distintas sociedades científicas la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), que propone una valoración multidimensional de la gravedad a través de los fenotipos clínicos y una terapéutica individualizada. Las agudizaciones de la EPOC, especialmente cuando precisan asistencia hospitalaria, generan una notable morbilidad, carga asistencial y elevados costes. Por ello, se hace necesario optimizar y actualizar su manejo en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH). Como principales novedades se proponen nuevas definiciones que tratan de diferenciar la aparición de una nueva agudización de otros conceptos relacionados como pueden ser la recaída o el fracaso terapéutico y se establece un proceso diagnóstico en 3 pasos: 1) establecer el diagnóstico de la agudización; 2) valorar su gravedad; y 3) identificar la etiología. Desde el punto de vista terapéutico la GesEPOC recomienda una actuación en el SUH en 4 fases: 1) admisión y clasificación; 2) asistencia; 3) evolución, espera y observación; y 4) resolución, orientación y transferencia. También incluye recomendaciones para el paciente hospitalizado, criterios de ingreso, de alta y pautas de seguimiento y control orientadas hacia los fenotipos clínicos. Finalmente, el documento introduce diversos estándares de calidad asistencial e indicadores que pueden servir de ayuda para monitorizar la calidad de la atención y mejorar los resultados.

J. J. Soler-Cataluña

Emergencias 2013;25:301-307

Es posible describir un modelo de evolución temporal de los distintos indicadores de producción y repercusión científica para los urcenciólogos investigadores españoles

La evolución de la curva incremental del índice h es claramente superior en los investigadores de 20 o menos años de experiencia al compararla con la de los que poseen más de 20 años de trayectoria investigadora

Interesante estudio piloto de un grupo de 24 urcenciólogos con trayectoria investigadora seleccionados entre el comité editorial y el panel de expertos de EMERGENCIAS con una experiencia investigadora de al menos 10 años y 20 trabajos publicados (de ellos un mínimo de 5 en los últimos 3 años). El objetivo de este trabajo fue investigar el comportamiento de distintos indicadores de producción y repercusión científica en médicos investigadores españoles que trabajan en el ámbito de la Medicina de Urgencias y Emergencias (MUE) y definir un patrón global para el conjunto de ellos. Para cada autor se analizaron las publicaciones indexadas en Science Citation Index Expanded, años de experiencia investigadora (media de 19 ± 7 años con rango 10-35), número de trabajos publicados (64 ± 76 con rango 20-343), citas conseguidas (390 ± 574 con rango 18-2.497), factor impacto acumulado (203 ± 270 con rango 39-1.166) y el índice h ($8,3 \pm 5,7$ con rango 3-27). Los resultados de este estudio ponen de manifiesto la actividad y repercusión de la actividad investigadora que se lleva a cabo en España en el área de la MUE, y posibilitarán, en un futuro, comparaciones con otros grupos investigadores y con venideras generaciones de urcenciólogos investigadores.

P. Burbano et al.

Emergencias 2013;25:245-254

Existe una tromborresistencia matinal (6-12 a.m.) al tratamiento trombolítico en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) que coincide con el pico de máxima incidencia de estos eventos

Estudio pionero que analiza, desde la perspectiva de actuación de un servicio de emergencias médicas (SEM), si la hora del día influye en la efectividad del tratamiento trombolítico en los pacientes con IAMCEST en la vía pública

Este estudio elaborado por el SAMUR-Protección Civil de Madrid sobre 206 pacientes con el diagnóstico de IAMCEST a quienes se les realizó trombolisis precoz mostró que la efectividad del tratamiento se relaciona con la hora del día. En la figura 1 se observa que la franja horaria de 6-12 horas es la de menor efectividad de la terapia trombolítica comparada con el resto de horas del día [$p = 0,005$, odds ratio (OR) = 2,46; intervalo de confianza (IC) del 95% 1,30-4,64]. Y en la figura 2 se observa la existencia de un ritmo circadiano en la hora de inicio de los síntomas en los pacientes con IAM con un pico matinal y un valle vespertino y la relación existente con la distribución horaria según la efectividad de la terapia trombolítica. Además de la hora del día, entre todas las variables, sólo la existencia de cardiopatía isquémica se mostró como predictor independiente de efectividad de la trombolisis prehospitalaria [$p = 0,003$, OR = 5,30; IC del 95% 1,74-16,15]. En opinión de los autores la atención del paciente con IAMCEST requiere un tratamiento individualizado precoz (angioplastia vs trombolisis) en función de la hora del día, riesgo hemorrágico del paciente, y ajustar la dosis de agentes líticos al patrón circadiano de eficacia.

M.C. Barneto et al.

Emergencias 2013;25:255-262

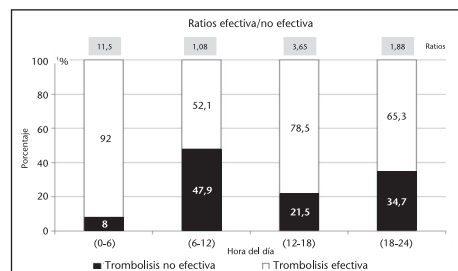


Figura 1. Distribución proporcional y ratios de efectividad de la trombolisis por franjas horarias.

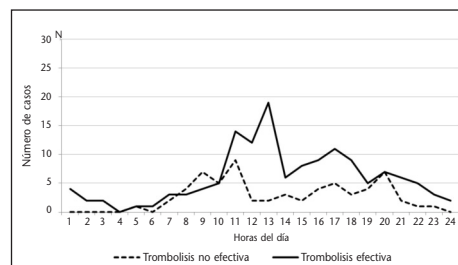


Figura 2. Distribución horaria según la efectividad de la terapia trombolítica.

El tiempo de respuesta de las ambulancias se ve influido por la presencia de los moderadores de tráfico (demora de 1,4 a 4,3 segundos/badén) lo que puede obligar a desviar el trayecto para evitarlos con retrasos de hasta 40 segundos

Los autores proponen que los Servicios de Emergencias Sanitarias (SES) deberían participar con las autoridades locales en la distribución y organización de la moderación del tráfico

El objetivo de este estudio fue evaluar cuantitativamente los efectos de los moderadores del tráfico (fundamentalmente badenes) sobre los tiempos de transporte de las ambulancias, tanto en la velocidad de paso como en los tiempos de demora, mediante rastreadores pasivos de GPS colocados en las ambulancias del SES de Alicante en Elche. Por primera vez se dispone de una herramienta capaz de establecer rutas alternativas y evitar los moderadores.

A. García et al.

Emergencias 2013;25:285-288