

El reconocimiento de las situaciones de riesgo de parada en la fase previa a la llegada del servicio de emergencias médicas (SEM) constituye el principal campo de mejora en la atención a las paradas cardíacas extrahospitalarias (PCE), ya que en un tercio de los casos no se identifica la pérdida de consciencia como el motivo de la llamada

Interesante artículo que describe y analiza los resultados iniciales del registro andaluz de PCE

Este estudio realizado desde enero de 2008 a diciembre de 2010 con los datos de un registro continuo de los casos de PCE atendidos por los SEM de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía (EPES) incluyó a 8.889 pacientes. Se realizó reanimación cardiopulmonar (RCP) en 3.054 de ellos (34,4%), de los que 2.103 eran hombres (71,04%) y la edad media fue de $60,1 \pm 7,8$ años. En un tercio de las llamadas el motivo no fue la inconsciencia del paciente. El 30% de las PCE no fueron presenciadas. La hora del colapso se recogió en 83,7% de los casos. El ritmo inicial fue desfibrilable en el 19,3%. Hubo RCP previa por testigos en el 12,8%. El 29% de los pacientes llegó con pulso al hospital (56,7% cuando el ritmo inicial era desfibrilable). El 9,1% recibieron el alta con una buena situación neurológica (CPC1-2). Los factores asociados con CPC1-2 al alta fueron: lugar de PCE "no en domicilio" (OR: 2,056; IC 95%: 1,218-3,472), parada presenciada (OR: 2,137; IC 95%: 1,117-4,138), ritmo inicial desfibrilable (OR: 7,040; IC 95%: 4,313-11,490), desfibrilación previa a la llegada del SEM (OR: 2,330; IC 95%: 1,091-4,976) y la etiología cardíaca (OR: 2,295; IC 95%: 1,270-4,145). Los autores concluyen afirmando que la automatización en la inclusión de los pacientes y de algunas variables favorece la exhaustividad del estudio y evita sesgos de inclusión. Y que la influencia de las variables conocidas en los resultados finales (parada presenciada, lugar del evento, ritmo inicial, desfibrilación previa a la llegada del SEM y etiología cardíaca) podría servir para estandarizar subgrupos en los registros y ofrecer resultados en función de los mismos.

F. Rosell et al.

Emergencias 2013;25:345-352

La incidencia de acontecimientos adversos a medicamentos (AAM) originados en el servicio de urgencias (SU) es elevada (13,1% de los pacientes) y evitable en el 45,2% de los casos

La falta de prescripción de un medicamento necesario (50%) y la omisión de su administración (21,4%) son las causas más frecuentes de error implicadas en los AAM evitables

Los objetivos de este estudio, realizado entre junio y agosto de 2011 en el Hospital Clínic de Barcelona, fueron determinar la incidencia de AAM originados en el SU y caracterizarlos en función de su causalidad, evitabilidad, manifestaciones y principales fármacos implicados, así como identificar los factores de riesgo relacionados en su aparición. Se analizaron 237 pacientes que tras permanecer en el SU ingresaron. El 53% eran hombres, la edad media fue de $68,7 \pm 18,3$ años, el 56% estaban polimedificados con 5 o más medicamentos y presentaban 3,6 comorbilidades de media. La estancia en el SU fue de $31,5 \pm 15,2$ horas durante las cuales los pacientes recibieron una media de 11 fármacos. Se detectaron 31 AAM en los 237 pacientes (13,1%). Solo se identificaron como factores de riesgo asociados a la aparición de AAM el hecho de ser atendido en el área de emergencias-reanimación (RR 3,3; IC 95%: 1,71-6,37) y el haberse administrado ≥ 10 fármacos en el SU (RR 2,3; IC 95%: 1,05-5,20).

A.M. De Andrés et al.

Emergencias 2013;25:361-367

Las intervenciones formativas a través de la implementación y seguimiento de una guía de práctica clínica (GPC) mejoran todo el proceso asistencial de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) desde el servicio de urgencias (SU)

El uso sistemático del *Pneumonia Severity Index* (PSI) y distintos criterios adicionales, entre los que se incluyen los biomarcadores, mejora de forma significativa la adecuación de la decisión alta o ingreso en la NAC (del 64,5% al 98%) en el SU

Estudio prospectivo pre y postintervención realizado desde el 1 enero de 2008 al 31 de julio de 2012 en el Complejo Hospitalario de Toledo en cuatro fases (G1, G2, G3 y G4): antes y después de dos intervenciones consistentes en la implantación y/o recuerdo de las GPC "Manejo de la NAC en los SU" (SEMES-SEPAR de 2008 e INFURG-SEMES 2011). Se incluyeron 200 pacientes en cada grupo. En los grupos tras la implantación de las GPC (G2 y G4) y al final del estudio se logró reducir el tiempo hasta la estabilización clínica (0,54 días, $p < 0,001$), la estancia hospitalaria (2,25 días, $p < 0,001$), la mortalidad intrahospitalaria (del 20% a 4,3%, $p < 0,001$) y la mortalidad global a los 30 días (del 15% a 5,5%, $p = 0,003$), así como aumentar la administración precoz y adecuada del antibiótico ($p < 0,001$) y una disminución del tiempo de tratamiento antibiótico total (2,25 días, $p < 0,001$) e intravenoso (1,96 días, $p < 0,001$). Los niveles elevados de procalcitonina ($p < 0,001$) se asocian con la existencia de sepsis grave, shock séptico, criterios de NAC grave y la mortalidad intrahospitalaria y a los 30 días. La administración de la pauta adecuada y precoz del antibiótico en el SU se relaciona con menor mortalidad intrahospitalaria y a los 30 días ($p < 0,01$). Los autores afirman que cada intervención formativa realizada (implantación de una GPC) logra disminuir la variabilidad clínica y resulta beneficiosa para el paciente y para el sistema (mejora los indicadores señalados anteriormente y los costes globales). Pero, para mantener las mejoras obtenidas tras la implantación de una GPC, se necesitan intervenciones de recuerdo y un programa de revisión y actualización de las mismas, ya que, de lo contrario, el seguimiento de las recomendaciones se debilita y la calidad de la atención se degrada progresivamente hasta ser similar a la prestada antes de la primera intervención.

A. Julián et al.

Emergencias 2013;25:379-392

El manejo efectivo del régimen terapéutico está asociado con la calidad de vida y con el uso que los pacientes crónicos hacen de los recursos sanitarios

El 55,29% de los pacientes crónicos que acuden al servicio de urgencias (SU) no tienen adherencia adecuada a su tratamiento habitual

El riesgo de reingreso es casi 4 veces mayor en los pacientes con un manejo ineficaz de su régimen terapéutico (MIRT) evaluado a los 12 meses con la herramienta DecaMIRT (OR 3,72, IC 95%: 2,19-6,32; $p < 0,0001$). Estos pacientes con baja adherencia (con MIRT) presentaban una reducción significativa de su calidad de vida superior a 5 puntos (IC 95% 2,60-7,258; $p < 0,05$) si se comparaban con los pacientes con un manejo efectivo de su régimen terapéutico.

L.F. Torres et al.

Emergencias 2013;25:353-360

La prevalencia de las infecciones en los pacientes atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) ha aumentado hasta el 14,3% en la última década, así como la gravedad en su presentación clínica cumpliendo criterios de sepsis el 6,2%, sepsis grave 1,2% y de shock séptico el 0,7%

Excelente estudio de actualización de la epidemiología de las infecciones en los SUH y su evolución durante la última década

Este estudio descriptivo multicéntrico con análisis transversal llevado a cabo en 49 SUH españoles los días 10 y 20 de cada mes durante un periodo de 12 meses fue elaborado por el grupo INFURG-SEMES (grupo de estudio de las infecciones en urgencias de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias). El objetivo del mismo fue estudiar la prevalencia de las enfermedades infecciosas, así como el perfil y el manejo de los pacientes con clínica de infección en los SUH españoles y valorar su evolución al compararlo con un estudio previo similar publicado hace 12 años. Se registraron 11.399 pacientes con diagnóstico clínico de infección de los 79.654 analizados (14,3%). La edad media fue de 53 \pm 23 años y el 51,2% fueron mujeres. La prevalencia según la localización o foco de infección (Figura 1) fue: 4,6% respiratoria, 3,2% urinaria, 2,1% otorrinolaringológica, 1,6% infecciones de piel y partes blandas y 2,8% otras. El 39,8% presentaban comorbilidades y un 6,2% criterios de sepsis a su llegada al SUH (1,2% sepsis grave y 0,7% shock séptico). No se realizó estudio microbiológico en el 56,7% de pacientes y el antibiótico más prescrito (31,6%) fue amoxicilina-clavulánico. Ingresaron el 23,3% y fallecieron en el SUH el 0,5% de los pacientes. El 9% había tomado antibiótico/s antes de su valoración en el SUH y el 4,3% procedían de instituciones, un 4,6% tomaban algún tratamiento inmunosupresor y un 3,8% tenía un ingreso reciente previo. Al comparar los resultados con el estudio realizado en el año 2000, se observa un aumento en la prevalencia de las infecciones atendidas en los SUH (14,3% vs 10,3%; $p < 0,001$; RP 1,38; IC95% 1,36-1,39) así como en las IRVB (4,6% vs 3,2%; $p < 0,001$; RP 1,43; IC95% 1,40-1,47) e IU (3,2% vs 2,1%; $p < 0,001$; RP 1,52; IC95% 1,47-1,56).

M. Martínez et al.

Emergencias 2013;25:368-378

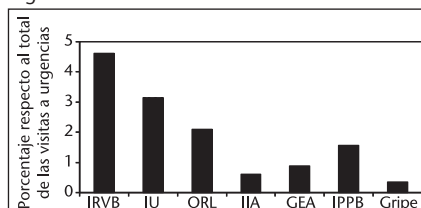


Figura 1. Prevalencia de los distintos modelos de infección. IRVB: infecciones respiratorias de vías bajas; IU: infección urinaria; ORL: otorrinolaringológica; IIA: intraabdominal; GEA: gastroenteritis; IPPB: infección de piel y partes blandas.