

La mortalidad del síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) es menor en los pacientes atendidos en los hospitales que disponen de sala de hemodinámica (SH)

Excelente estudio elaborado sobre 11.122 pacientes con SCACEST atendidos en los hospitales públicos andaluces incluidos en el registro ARIAM durante el periodo 2005-2009

Este potente estudio de cohortes retrospectivo analiza las diferencias epidemiológicas de los pacientes, de los centros, la estrategia de reperfusión realizada, las complicaciones durante la estancia hospitalaria y la mortalidad de los pacientes atendidos con SCACEST. Del total de enfermos incluidos, 5.728 (51,5%) fueron atendidos en hospitales con SH, frente a 5.394 (48,5%) en centros sin SH. De los pacientes atendidos en hospitales con SH, a 1.891 (33%) se les realizó algún tipo de intervencionismo coronario percutáneo (ICP) y a 2.052 (35,8%) tratamiento fibrinolítico. Mientras que en los centros sin SH se realizó fibrinólisis a 2.665 (44,8%) y solo en 349 (6,5%) un ICP, ($p < 0,001$). En relación a las complicaciones observadas, que fueron mayores en los hospitales sin SH, se encontraron diferencias significativas en la incidencia de angina postinfarto (4,2% vs 3,2%, $p < 0,001$), fracaso cardíaco (1,9% vs 1,3%, $p < 0,001$) y tasa de reinfartos (2,1% vs 1,6%, $p < 0,001$). Sin embargo, se encontró un mayor porcentaje de complicaciones metabólicas (1,7% vs 1%, $p = 0,001$) e infecciosas (3,8% vs 1,9%, $p < 0,001$) en los hospitales con SH. Los factores que se relacionaron con la mortalidad fueron la edad, el sexo mujer, la existencia de diabetes, el grado Killip III-IV, la localización anterior y la extensión Q del SCACEST. Como resultado y conclusión más importante los autores destacan que la mortalidad fue menor en los pacientes atendidos en los hospitales con SH, OR 0,748; IC 95% (0,619-0,904).

A. Reina et al. *Emergencias 2014;26:101-108*

En Andalucía el 36% de las defunciones se producen en los hospitales y, de éstas, el 12,3% ocurren en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH)

Interesante artículo que analiza las características de los pacientes que fallecen en los SUH y las compara con las de aquéllos que fallecen en otras áreas de hospitalización

Este estudio observacional recoge todos los pacientes que fallecieron en los hospitales públicos de Andalucía durante el año 2010. De los 64.677 fallecimientos que se produjeron en esta Comunidad, el 36,1% (23.295) de los casos se registraron en los hospitales. De éstos, el 87,7% (20.442) ocurrieron en planta de hospitalización y un muy llamativo 12,3% (2.853) en los SUH. Estas cifras traducen que el 4,41% de las personas que fallecen en Andalucía lo hacen en los SUH, sin duda, una cifra muy superior a la de otras Comunidades y sobre la que, como señalan los autores, hay que reflexionar. Al comparar entre los pacientes que murieron el SUH y en la planta existen diferencias significativas. Los pacientes mayores de 85 años fallecen más en el SUH (29,9% vs 21,3%, $p < 0,01$), así como los viudos (41,7% vs 33,8, $p < 0,01$) y las mujeres (47,7% vs 43,5, $p < 0,01$). Las causas más frecuentes de defunción en los SUH en números absolutos fueron: cáncer (541), cardiopatía isquémica (427), circulatorias (385), respiratorias (369) y cerebrovasculares (271).

M. Ruiz-Ramos et al. *Emergencias 2014;26:109-113*

El uso de la metodología Lean se muestra muy útil para identificar y medir cuantitativamente los problemas relacionados con los tiempos de asistencia en el servicio de urgencias hospitalario (SUH)

Tras el análisis del estudio y la implantación de las medidas correctoras oportunas, el tiempo medio de espera de la primera consulta facultativa disminuyó de 58 a 49,1 minutos

El objetivo de este estudio fue identificar los factores que influyen en los tiempos de espera en el SUH del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, un SUH de alta complejidad (nivel III), para poner en marcha las soluciones necesarias que permitieran la reducción de éstos aplicando la metodología Lean. Se utilizó un diseño cuasixperimental pre-postintervención (se recogieron datos durante el año anterior y posterior a la implantación de las acciones de mejora planteadas). Se consiguió una mejora de la duración total de la estancia en el SUH. Entre los resultados parciales más relevantes los autores destacan: 1) el tiempo medio de estancia en el área de consultas en el circuito de pacientes banales disminuyó de 80,4 minutos (IC95%: 75,3-85,6) a 61,6 (IC95%: 57,7-65,5), $p < 0,001$, 2) el tiempo del circuito traumatológico se redujo de 137,8 minutos (IC95%: 130,9-137,6) a 123,8 (IC95%: 119,7-127,8), $p < 0,05$, 3) en el circuito médico-quirúrgico pasó de 219,7 (IC95%: 209,1-230,4) a 209,3 (IC95%: 200,9-217,8), $p = 0,108$. De la misma forma se produjo una significativa reducción del tiempo medio de espera de primera consulta facultativa (de $58 \pm 6,3$ minutos a $49,1 \pm 3,7$, $p < 0,001$) y de la proporción de pacientes que se marchan sin ser atendidos (fugas) de 2,8% al 2% ($p < 0,001$).

F. Tejedor-Panchón et al.

Emergencias 2014;26:84-93

Las concentraciones plasmáticas del fragmento aminoterminal del pro-peptido natriurético cerebral (NT-ProBNP) en el momento del diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en el servicio de urgencias (SU) son un buen predictor de mortalidad precoz a los 30 días

Los pacientes que fallecen tienen de media 17.805 ng/l de NT-ProBNP mientras que los supervivientes 1.545 ng/l ($p = 0,003$)

Este novedoso estudio observacional, prospectivo y analítico tiene como objetivo principal evaluar la capacidad pronóstica de gravedad y mortalidad a los 30 días del NT-ProBNP tras el diagnóstico de NAC en el SU y compararla con la de otros biomarcadores y escalas pronósticas de gravedad. Se incluyeron 96 pacientes (44% mujeres) con una edad media de 66 ± 22 años. Fallecieron 13 pacientes en los primeros 30 días (14%). En la figura se muestra la curva de rendimiento diagnóstico y los valores conseguidos de sensibilidad y especificidad de forma que para el punto de corte óptimo de 1.769 ng/l se consigue una sensibilidad de 69% (IC95%: 39-91) y una especificidad de 77% (IC95%: 67-86). El resto de biomarcadores comparados (PCR, procalcitonina, dímero D, lactato, troponina T) no mostraron diferencias significativas. En cuanto a la relación entre el NT-ProBNP y la mortalidad, tras controlar las posibles variables confusoras, se observa que el aumento de 100 ng/l contribuye a aumentar un 6% el riesgo de muerte en los pacientes con NAC a los 30 días (OR: 1,06), el aumento de 300 ng/l lo aumenta un 13,9% (OR: 1,14) y cuando el incremento es de 1.000 ng/l la mortalidad lo hace en un 24,3% (OR: 1,24). En relación con las escalas pronósticas de gravedad (*Pneumonia Severity Index* y CURB65) y de indicación de ingreso del paciente con NAC en la unidad de cuidados intensivos (ATS/IDSA) se encuentra una relación positiva entre las concentraciones de NT-ProBNP y la puntuación de las escalas, por lo que su uso conjunto podría aumentar la capacidad pronóstica de ambas.

M. Tazón et al.

Emergencias 2014;26:94-100

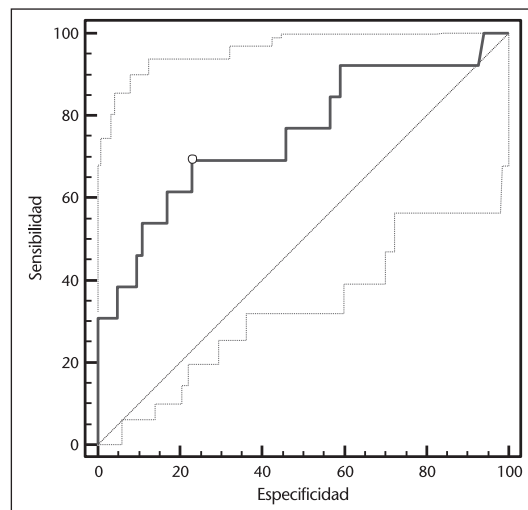


Figura 2. Curva ROC (líneas finas: intervalo de confianza 95%) para NT-ProBNP y mortalidad a 30 días. Para un punto de corte óptimo Pro-peptido natriurético cerebral (NT-ProBNP): 1.769 ng/l; sensibilidad: 0,69 (IC95%: 0,39-0,91); especificidad: 0,77 (IC95%: 0,67-0,86).

En este número de EMERGENCIAS se publica un estudio que pone de manifiesto que los urgenciólogos suecos tienen un importante problema con la transferencia (turfiing) y la optimización (optimizing), ya que éstas afectan al 20% de sus pacientes

La transferencia se ha definido como "encontrar cualquier excusa para derivar un paciente a un equipo o servicio diferente" y la optimización como "la adaptación por parte del médico de los síntomas y problemas del enfermo para conseguir la realización de pruebas diagnósticas o complementarias por parte de otros profesionales". El Dr. Ulf Martín Schilling del Departamento de Emergencias y la Facultad de Ciencias de la Salud de Linköping (Suecia) realizó este estudio para revelar la existencia e impacto de la transferencia y la optimización entre los urgenciólogos suecos. Los resultados y las reflexiones que muestra este trabajo no dejarán indiferente al lector de EMERGENCIAS.

U. Martín

Emergencias 2014;26:129-132