

La escala de identificación of Seniors at Risk (ISAR) identifica al anciano con alto riesgo de presentar un resultado adverso (RA) a los 30 días tras el alta de la unidad de corta estancia (UCE)

Los pacientes que presentan una puntuación en la escala ISAR ≥ 3 tienen mayor probabilidad de algún RA a los 30 días (OR: 5,4; IC 95%:1,7-17)

Los ancianos representan más de la mitad de los pacientes ingresados en las UCE españolas. En relación a ellos la fragilidad se considera un estado dinámico de vulnerabilidad que si no se detecta y trata de forma precoz puede desencadenar RA como la muerte, la dependencia o la institucionalización. La ISAR presenta correlación con una amplia gama de RA a corto plazo, y es una herramienta para el despistaje de ancianos de alto riesgo dados de alta desde el servicio de urgencias (SU). Este novedoso estudio, elaborado por la UCE dependiente del SU del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, plantea como objetivo determinar si la ISAR es una herramienta de ayuda a la hora de predecir RA a corto plazo en los ancianos dados de alta desde una UCE. Se incluyeron 120 pacientes con una edad de 81 ± 5 años de los que el 30% presentaron algún RA a los 30 días desde el evento índice. De estos 4 (3,3%) fallecieron, 22 (18,3%) reingresaron y 21 (17,5%) presentaron deterioro funcional agudo (DFA) grave. El punto de corte de ISAR ≥ 3 es el que presenta una mejor relación entre la sensibilidad y especificidad para las distintas variables resultado (reingreso en el hospital, DFA grave, muerte y otros eventos). A medida que se incrementa la puntuación total de la ISAR disminuye la sensibilidad y aumenta la especificidad de la detección del anciano con riesgo de sufrir un RA a corto plazo. Así, en la práctica clínica, una puntuación menor a 2 permitiría dar de alta al anciano desde la UCE de forma segura.

C. Fernández et al. *Emergencias 2015;27:181-184*

El helicóptero es un modo seguro de transporte para pacientes con ictus y garantiza la transferencia al hospital con capacidad de fibrinólisis en tiempo adecuado

Excelente estudio de todas las atenciones realizadas por el servicio de emergencias de helicópteros medicalizados (SEMH) de Polonia durante dos años

Estudio retrospectivo que incluyó 1.191 atenciones del SEMH en pacientes con ictus. Los pacientes tenían una edad media de 72 años (el 51% mujeres). El tiempo medio desde la llamada hasta la salida del helicóptero fue de 4,17 minutos y desde la salida hasta el aterrizaje en el lugar de atención de 21,3 minutos. Por otro lado, el tiempo medio empleado en el lugar de atención fue de 17,1 minutos y de 16,5 para el transporte aéreo. La distancia media de vuelo fue de 44,6 kilómetros. Los valores medios de las escalas RTS (escala revisada de trauma) y GCS (escala de cómo de Glasgow) en el lugar de atención fueron $11,1 \pm 1,36$ y de $11,8 \pm 3,39$, respectivamente. Después del transporte los valores eran de $11 \pm 1,5$ y $11,7 \pm 3,5$. El tiempo de transporte (factor no modificable) no se correlacionó con cambios en el estado del paciente, mientras que el tiempo empleado para la atención *in situ* (factor mejorable) se correlacionaba con el deterioro del paciente tras el transporte y de las escalas RTS y GCS. En conclusión, aunque el helicóptero es un medio útil de transporte del paciente con ictus, existen aspectos de mejora.

D. Timler et al. *Emergencias 2015;27:193-196*

Existen cambios discretos pero significativos en la actividad de los facultativos urgenciólogos a lo largo de los años en función de la experiencia acumulada

Aunque sorprende a primera vista, una mayor experiencia se relaciona con un menor número de pacientes atendidos y menor proporción de los de prioridad 1-2, una mayor frecuencia de solicitud de radiología simple y una estancia más prolongada en el servicio de urgencias (SU)

Estudio retrospectivo observacional que analiza la actividad anual de los urgenciólogos del Hospital de Donostia entre 2005 y 2012 en términos de actividad asistencial, manejo de los pacientes, exploraciones realizadas y valoración de los tiempos asistenciales empleados. Se evaluaron 291 periodos anuales de 50 urgenciólogos cuya experiencia osciló entre 1 y 22 años, con una media de $9,5 \pm 5,8$ años. El número de pacientes atendidos por mes varió entre 47 y 157, con una media de 86 ± 19 . La experiencia del urgenciólogo se relacionó de forma inversa e independiente con el promedio total de pacientes mensuales atendidos ($p = 0,001$) y la proporción de estos con prioridad de triaje 1-2 ($p < 0,001$), y de forma directa e independiente con el tiempo de estancia en urgencias de los pacientes dados de alta ($p = 0,01$) y las solicitudes de radiología simple ($p < 0,01$), si bien todas estas relaciones fueron tenues (R^2 siempre inferiores a 0,01). Y estas variables mantuvieron la significación estadística tras el ajuste realizado con modelos de complejidad creciente (análisis de regresión lineal múltiple), que incluyeron otras variables propias del urgenciólogo como la edad, sexo, especialidad y formación previa como médico interno residente en el hospital de Donostia de San Sebastián. A pesar de las limitaciones del estudio, la principal ser unicéntrica, que no permiten generalizar los resultados ni a otras comunidades autónomas ni al resto del país, los autores concluyen su estudio afirmando que existen cambios en la actividad asistencial de los urgenciólogos a lo largo de su vida profesional. Y como algunos de los cambios son sorprendentes y no esperados, resulta muy interesante su discusión donde se intenta explicar cada uno de ellos de forma razonada y convincente.

P. Busca et al.

Emergencias 2015;27:143-149

Los pacientes diabéticos atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) presentan un elevado riesgo de complicaciones cardiovasculares, pero no se aprovecha esta oportunidad para prescribir el tratamiento preventivo de las mismas

Aunque el 72% de los pacientes diabéticos no cumplía alguna de las recomendaciones de prevención, solo se modificó el tratamiento farmacológico en un rango entre el 1,1-3,3%

Estudio de serie de casos con análisis transversal desarrollado en los hospitales universitarios Severo Ochoa y de Getafe que incluyó 298 pacientes diabéticos (92% tipo 2). El 90% tenían al menos un factor de riesgo cardiovascular asociado a la diabetes mellitus (DM), 49% una lesión previa de órgano diana y 14% fueron diagnosticados de una nueva lesión de órgano diana en el SUH. El 58% de los pacientes fueron dados de alta del SUH, de ellos el 70% fueron remitidos para control por atención primaria, el 5% a endocrinología pero al 24% no se le recomendó ningún tipo de seguimiento. Los autores sugieren revisar estos aspectos como áreas de mejora de la calidad asistencial ofrecida a estos pacientes en los SUH.

T. Agudo et al.

Emergencias 2015;27:150-154

La calidad percibida por el paciente con insuficiencia cardiaca aguda (ICA) que es dado de alta desde el servicio de urgencias (SU) no difiere significativamente respecto a la del paciente que es ingresado, y esta opinión se mantiene los 30 días siguientes indistintamente de haberse producido o no efectos adversos

En este número de EMERGENCIAS se publican los resultados del estudio CALPERICA (Calidad percibida por los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda) realizado por el grupo ICA-SEMES

Estudio prospectivo transversal tipo caso-control realizado en siete SU que incluyeron 1.003 casos a los que se entrevistó telefónicamente. Se compararon los pacientes dados de alta e ingresados, y se investigó si estos resultados diferían en función de la existencia de eventos adversos los 30 días siguientes.

El 25,2% de los pacientes fue dado de alta desde el SU, y de estos más del 90% estuvieron de acuerdo o muy de acuerdo con la decisión. La valoración global (entre 0 y 10) fue de $7,34 \pm 1,38$ para los pacientes dados de alta y de $7,38 \pm 1,52$ en los ingresados, $p = 0,66$. Ninguna de las valoraciones cualitativas de los aspectos asistenciales en urgencias mostró diferencias significativas entre los pacientes dados de alta y los ingresados (Figura 1). No hubo diferencias de valoración en función de si habían existido acontecimientos adversos posteriores.

Ò. Miró et al.

Emergencias 2015;27:161-168

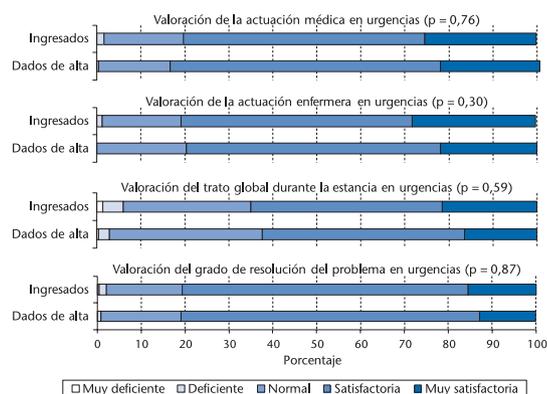


Figura 1. Resultados de la encuesta de calidad percibida en función del destino final del paciente (dado de alta o ingresado).