

El 60% de los pacientes en tratamiento con fármacos antivitaminas K (AVK) que acuden al servicio de urgencias hospitalario (SUH) sin complicaciones asociadas al tratamiento anticoagulante presenta un *International Normalized Ratio* (INR) fuera de rango

Los cambios en los medicamentos habituales se asocian de forma independiente con un INR fuera de rango.

Novedoso estudio multicéntrico sobre 376 pacientes a los que se les realizó una analítica con determinación de INR en el SUH. Con una edad media de 77 años (50% mujeres), el 87% de ellos presentaba fibrilación auricular y el 76% hipertensión arterial. Se comprobó que, aunque no acudieron al SUH por complicaciones asociadas al tratamiento anticoagulante, el 60% (IC 95%: 55%-65%) de los pacientes tuvieron un INR fuera de rango 47,6% por encima y 52,4% por debajo). El análisis multivariado demostró que los cambios en los medicamentos habituales por introducción o retirada con OR de 1,6 (IC 95%: 1,02-2,79; $p = 0,035$) se asociaron de forma independiente a la presencia de un INR fuera de rango. Por ello, se recomienda en aquellos pacientes que hayan sufrido alguna modificación de su tratamiento habitual desde el último control, la realización de un INR si acuden al SUH.

X. López et al. *Emergencias 2017;29:93-98*

En los pacientes que sufren un infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMEST) a más de 50 Km de un centro con hemodinámica, el tratamiento de reperfusión mediante angioplastia primaria (AP) puede presentar importantes retrasos y una mayor mortalidad respecto a la fibrinólisis (FL)

En los pacientes tratados con AP la mediana del tiempo desde el primer contacto médico (PCM)-balón fue 160 minutos, mientras que los sometidos a FL presentaron un PCM-aguja de 30 minutos.

Importante estudio que registró durante 5 años a los pacientes con IAMEST que ingresaron en una unidad de cuidados críticos cardiológicos. Se incluyeron 584 pacientes que procedían de más de 50 Km, de los que 194 recibieron AP y 390 FL. No se encontraron diferencias entre ambos grupos respecto a la clasificación Killip al ingreso, el tratamiento recibido durante el ingreso o la función ventricular al alta. El objetivo de este estudio fue observar si existían diferencias en los tiempos de reperfusión (AP frente a FL) y en el pronóstico de los pacientes que eran inicialmente atendidos lejos de un centro con laboratorio de hemodinámica. Solo se analizaron los pacientes trasladados por medios terrestres, para evitar factores confusores con la distancia. La mortalidad en el seguimiento a dos años fue superior en los pacientes tratados con AP (12,2%) frente a los que recibieron FL (7%), $p = 0,04$. El análisis de supervivencia en función del método de reperfusión utilizado demostró un aumento del riesgo de mortalidad en el grupo tratado con AP con *hazard ratio* de 1,97 (IC 95%: 1,04-3,70; $p = 0,035$). Los autores concluyen su manuscrito señalando que en los pacientes que sufren un IAMEST a más de 50 Km de un centro con hemodinámica se podría considerar la FL como tratamiento de elección para realizar una reperfusión aguda.

J. Aboal et al. *Emergencias 2017;29:99-104*

La existencia de bacteriemia y la realización de un tacto rectal se asocian con la reconsulta en el servicio de urgencias (SU) en pacientes con prostatitis aguda bacteriana (PAB)

El 12% de los pacientes dados de alta inicialmente desde el SU con el diagnóstico de PAB reconsulta durante los 30 días posteriores.

Estudio analítico observacional prospectivo que analiza 241 episodios de PAB diagnosticados durante un año en el SU del Hospital Universitario de Bellvitge. La edad media de los pacientes fue de 63 (DE: 16) años. El 73% refería disuria, el 64% fiebre y antecedentes de cáncer, manipulación previa de la vía urinaria o hipertrofia prostática en el 15,4%, 16,6% y 22,4%, respectivamente. *Escherichia coli* fue el patógeno aislado más frecuente, confirmando resistencias tanto a ciprofloxacino como a amoxicilina-clavulánico en el 27,7% de las cepas. El 48,1% de los urocultivos y el 17,6% de los hemocultivos resultaron positivos. El tratamiento pautado con mayor frecuencia fue amoxicilina-clavulánico (58,1%). El 12% de los pacientes reconsultó en los 30 días posteriores (el 41,4% de ellos de forma precoz en las primeras 48 horas). Las variables asociadas a la reconsulta en el SU, con $p < 0,05$, fueron el tacto rectal con OR de 9,23 (IC 95%: 1,12-75,82) y la confirmación de bacteriemia secundaria con OR de 3,81 (IC 95%: 1,31-11,04).

C. Ferré et al.

Emergencias 2017;29:105-108

La utilización de la escala SOFA (*Sepsis-related Organ Failure Assessment*) en pacientes con bajo riesgo no es adecuada para predecir el pronóstico de estos pacientes, y es necesario complementarla con variables clínicas y analíticas

La presencia de shock séptico es la variable independiente más determinante para presentar muerte intrahospitalaria y una estancia superior a la media.

Relevante estudio observacional prospectivo, realizado en el Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia, que incluyó de forma consecutiva a todos los pacientes procedentes del servicio de urgencias (SU) a los que se diagnosticó de sepsis grave (según los criterios clásicos) y además tenían una puntuación ≤ 6 en la escala SOFA. El objetivo del estudio fue elaborar un nomograma que permitiera predecir un mal pronóstico (considerado éste cuando se producía fallecimiento durante el ingreso hospitalario o bien cuando la estancia superaba los 15 días). Finalmente se incluyeron 174 pacientes desde enero a abril de 2014. De ellos, el 9,8% (17) de los pacientes fallecieron durante la hospitalización y el 16,7% (29) tuvieron una estancia hospitalaria prolongada. El foco más frecuente fue el respiratorio (67% de casos). Tras realizar un análisis de regresión binaria, las variables independientes que mantuvieron la significación como factores de mal pronóstico fueron: 1.- Puntuación SOFA [OR: 1,3 (IC 95%: 1,06-1,71); $p < 0,05$], 2.- Concentraciones de proteína C reactiva [OR: 1,04 (IC 95%: 1-1,09); $p < 0,05$], 3.- Valores de NT-proBNP > 1.330 ng/ml [OR: 2,64 (IC 95%: 1,17-6,22); $p < 0,05$] y 4.- Presencia de shock séptico [OR: 8,3 (IC 95%: 1,16-166,5); $p < 0,05$]. Si se tiene en cuenta el índice SOFA ≥ 2 la OR cruda fue de 4,44 (IC 95%: 1,91-10,34) y la ajustada por el resto de las variables de 3,08 (IC 95%: 1,24-7,69). En función de estos resultados y de la puntuación otorgada a cada variable se confeccionó un nomograma (ver figura) para predecir mal pronóstico en pacientes con sepsis y baja probabilidad de daño orgánico.

E. García-Villalba et al.

Emergencias 2017;29:81-86

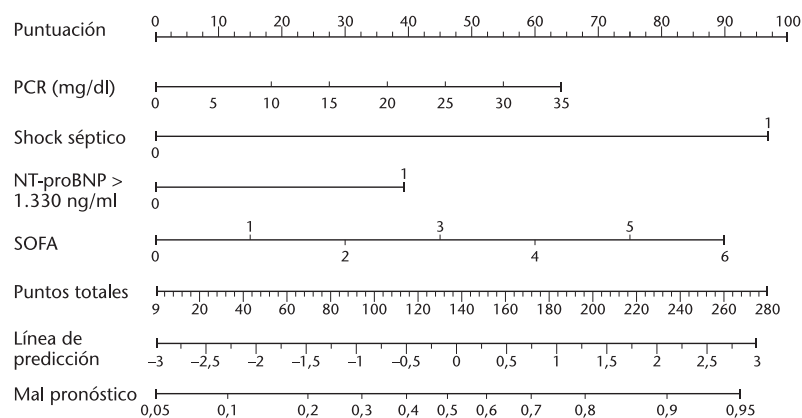


Figura 1. Nomograma para predecir mal pronóstico en pacientes con sepsis y baja probabilidad de daño orgánico. PCR: proteína C reactiva; NT-proBNP: prohormona N-terminal del péptido natriurético cerebral; SOFA: Sepsis - related Organ Failure Assessment.

La tasa de utilización de los servicios de urgencias (SU) españoles por la población pediátrica es elevada (el 35% de los < 14 años acude al SU a lo largo de un año)

Existe una gran variabilidad entre comunidades autónomas, oscilando entre un 24,2% en Melilla hasta el 42,8% en Cataluña.

Estudio elaborado a partir de la Encuesta Nacional de Salud para conocer la frecuencia de utilización de los SU en la población pediátrica española, describir el perfil de los usuarios y la variabilidad geográfica. De los 5.495 encuestados, el 35% utilizó los SU (88,1% en servicios sanitarios públicos). El sexo varón [OR: 1,20 (IC 95%: 1,04-1,38)] se asoció significativamente y de forma directa a la frecuencia, mientras que la edad lo hizo de forma inversa [OR: 0,90 (IC 95%: 0,89-1,92)].

M. Expósito-Ruiz et al.

Emergencias 2017;29:117-121