

La medida de la copeptina de alta sensibilidad (copep-es) no mejora el valor diagnóstico o pronóstico de la troponina cardiaca T de alta sensibilidad (Tnc T-es) en los pacientes con sospecha de infarto de miocardio sin elevación del ST (IAMSEST) atendidos en los servicios de urgencias (SU)

**El 60% de las complicaciones ocurren en pacientes con ambos biomarcadores elevados.**

Relevante estudio observacional retrospectivo de 297 pacientes atendidos por dolor torácico (DT) sugestivo de isquemia miocárdica en 5 SU españoles. El objetivo principal del estudio fue evaluar la capacidad diagnóstica de la copep-es de forma aislada y conjuntamente con la Tnc T-es en el diagnóstico del IAMSEST en los pacientes atendidos por DT con sospecha de infarto agudo de miocardio en los SU. Además, se evaluó la capacidad pronóstica a los 12 meses de ambos biomarcadores. La mediana de edad fue de 69 años (RIC 70-76) y 199 (67%) fueron varones. Un total de 149 (50,2%) presentaron síndrome coronario agudo, de los que 63 (42,3%) fueron IAMSEST y 86 (57,8%) anginas inestables. Los procedimientos invasivos fueron más frecuentemente aplicados a los pacientes con IAMSEST que también presentaron concentraciones más elevadas de Tnc T-es ( $p < 0,01$ ) y de copep-es ( $p = 0,045$ ). Para el diagnóstico de IAMSEST el área bajo la curva (ABC)-ROC de la Tnc T-es fue de 0,89 (IC 95%: 0,85-0,94), para la copep-es de 0,58 (IC 95%: 0,51-0,66) y para la determinación conjunta de 0,90 (IC 95%: 0,86-0,94). Por lo tanto, la medida conjunta no mejoró la de la Tnc T-es aislada. Al analizar el subgrupo de pacientes que acudieron al SU en las primeras 3 horas desde el inicio del DT, se comprobó el mismo patrón de resultados. El 60% de complicaciones ocurrieron en pacientes con elevación de Tnc T-es y de copep-es, mientras que solo un paciente (6,7%) del grupo con ambos marcadores negativos desarrolló una complicación (muerte). De acuerdo con los datos de este estudio, la medida de copep-es en los pacientes de perfil similar al descrito atendidos en el SU no estaría justificada.

A. Alquezar et al. *Emergencias 2017;29:237-244*

**El paciente agitado es un problema común al que deben enfrentarse los servicios de emergencias médicas (SEM) actualmente, aunque pocos de estos equipos disponen de protocolos o procedimientos de actuación ante estos casos**

**El 1,9% de las actuaciones de los SEM se realiza sobre pacientes agitados.**

Novedoso estudio observacional descriptivo sobre datos internos del 2013 de los 7 SEM participantes. Durante ese año recibieron 4.306.213 llamadas, de las cuales 111.599 (2,6%; 6,2 llamadas/1.000 hab.) se categorizaron como psiquiátricas. Aunque, las actuaciones requeridas por motivos psiquiátricos fueron 84.933 (4,2% del total de actuaciones; 4/1.000 hab.), y de estas 37.951 fueron por pacientes agitados (1,9% del total; 2/1.000 hab.). Solo 3 de los SEM disponían de procedimientos específicos para la atención al paciente psiquiátrico y al agitado. Tanto en la tasa de llamadas totales, como en la proporción de emergencias atendidas por motivos psiquiátricos en general o por agitación, en particular, existe una importante variabilidad entre los distintos SEM.

I. Casado et al. *Emergencias 2017;29:253-256*

La solicitud y asignación de recursos en los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda (ICA), así como la actuación de los servicios de emergencias médicas (SEM), guardan relación directa con ciertas características del paciente y con la gravedad del episodio

**La asignación para el traslado de un transporte sanitario medicalizado (TSM) se asocia directamente a vivir solo, antecedentes de cardiopatía isquémica, presentar piel fría, depresión del sensorio o inquietud y temperatura elevada.**

El ambicioso estudio SEMICA (atención de los Sistemas de Emergencias Médicas a los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda) es un trabajo de cohorte multipropósito de carácter analítico no intervencionista, multicéntrico y prospectivo de 34 servicios de urgencias hospitalarias (SUH) que incluyó durante dos fases a 6.647 pacientes, siguiendo la dinámica del estudio EAHFE (solo se excluyen los pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación de ST que además desarrollan ICA). Los objetivos del estudio fueron: 1) la forma de acceso al SUH de los pacientes con ICA; 2) los factores asociados al uso del TS y a la asignación del tipo de TS por parte de los SEM; 3) tipo de tratamiento administrado en el domicilio y durante el traslado en TS, y 4) la evolución a corto plazo que tuvieron los pacientes en función de su forma de llegada al SUH. La edad media de los pacientes fue de 80 años (DE 10), el 56,5% mujeres. El 47,2% llegaron al SUH en transporte propio (TP), el 37,8% en TSNM y el 15% en TSM. El uso del transporte sanitario se asoció a ser mujer, edad  $> 80$  años, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, antecedentes de ICA, dependencia funcional, NYHA III-IV, incontinencia de esfínteres y presentar disnea, ortopnea, piel fría y depresión del sensorio/inquietud. En relación al tratamiento recibido por el SEM, el 73% de pacientes trasladados con TSM recibió oxígeno, el 29% diurético, el 13,5% vasodilatador y el 4,7% ventilación no invasiva. Por ello, es posible que pueda incrementarse el tratamiento prehospitalario que se administra a los pacientes con ICA.

O. Miró et al.

*Emergencias 2017;29:223-230*

La escala INFURG-SEMES para el diagnóstico de apendicitis aguda (AA) en pacientes de 2-20 años en el servicio de urgencias (SU) muestra una mayor capacidad discriminativa que la escala de Alvarado (EA)

**La nueva escala predictiva permitiría dar de alta al 25% de los pacientes desde el SU sin pruebas de imagen con un 96% de probabilidades de no tener una AA.**

Interesante estudio observacional prospectivo desarrollado en 4 SU españoles entre junio y diciembre de 2014 con inclusión de 331 pacientes de 2 a 20 años, atendidos por dolor abdominal sospechoso de AA de menos de 72 horas de evolución. La media de edad fue de 11,8 años (DE 3,8), el 52,9% hombres. Finalmente 116 casos (35%) tuvieron un diagnóstico de AA. La escala INFURG-SEMES incluye el sexo masculino, dolor en fosa iliaca derecha en la exploración, dolor a la percusión, dolor al caminar, presencia de neutrofilia y proteína C reactiva elevada. El área bajo la curva (ABC) (ver figura) de dicha escala fue de 0,84, mientras que, para la EA de 0,77, siendo la diferencia significativa ( $p = 0,002$ ). Así, esta nueva escala, pendiente de ser validada, podría ser una ayuda para mejorar el rendimiento diagnóstico-terapéutico de los pacientes con sospecha de AA de 2 a 20 años en el SU.

K. Altali et al.

*Emergencias 2017;29:231-236*

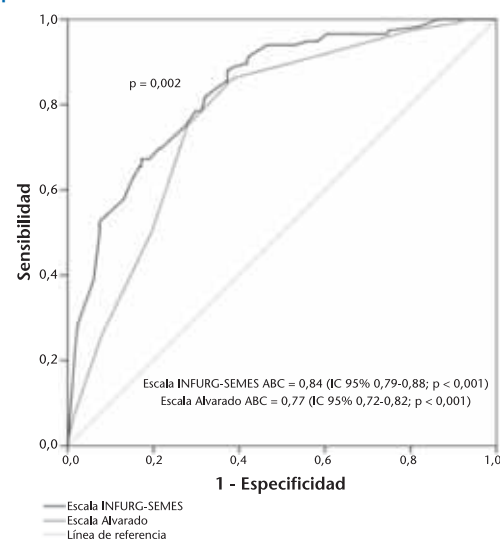


Figura 1. Curva COR de la Escala INFURG-SEMES y la Escala Alvarado para apendicitis aguda.

Este número de EMERGENCIAS publica un inédito trabajo donde dos profesionales debían retirar el casco a un actor que simulaba ser un motorista accidentado

**El tiempo medio de extracción del casco fue de un minuto y 10 segundos.**

Estudio observacional que realizó un análisis biomecánico de los movimientos producidos en la columna cervical mientras se extraía el casco por parte de 34 profesionales sanitarios a víctimas simuladas a las que se les colocaron unos sensores inerciales. La flexo-extensión es el movimiento con mayor rango, alcanzando los 64°, con una importante preponderancia de la flexión sobre la extensión. La rotación de la cabeza fue ligeramente mayor hacia el lado derecho, con un rango de movimiento de 13°. La laterización de la cabeza llegó a determinar 33° (sin diferencias entre los lados). En conclusión, durante la extracción del casco se produce una flexión de la cabeza a la vez que un cierto grado de rotación hacia el lado del profesional que sujeta la cabeza.

R. Gordillo et al.

*Emergencias 2017;29:249-252*