

## La implantación de un programa de formación (PF) sobre el manejo diagnóstico y terapéutico de la insuficiencia cardiaca aguda (ICA) en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) mejora el cumplimiento de las recomendaciones de las guías

### Los hospitales donde más intensa y variada es la formación obtienen los mejores resultados

La ICA constituye una de las principales causas de hospitalización y de consulta en los SUH. Por otro lado, existe un escaso seguimiento de las guías clínicas sobre el manejo de la ICA por los *urgenciólogos*. Por ello, 6 hospitales españoles realizaron un estudio de intervención comparando un grupo pre-intervención (708 pacientes) y otro postintervención (613) con el objetivo de evaluar si un PF permitiría aumentar el cumplimiento de las guías. Entre otras áreas de mejora, se comprobó que la determinación de BNP o NT-proBNP ( $p < 0,001$ ) y el uso de nitroglicerina en perfusión ( $p < 0,01$ ) aumentaron de forma significativa, y que globalmente la determinación de troponinas, el uso de furosemida en perfusión y la utilización de ventilación no invasiva sólo tuvieron una discreta mejoría ( $p > 0,05$ ). Se puede afirmar que las intervenciones formativas consiguen mejorar el manejo de la ICA en los SUH, pero es necesario intensificar "esta presión formativa continuada" para aumentar el seguimiento de las guías, y por lo tanto, la calidad asistencial ofrecido al paciente con ICA.

R. Escoda et al. *Emergencias* 2010;22:331-337

## Actualización y bases del manejo clínico de la intoxicación por humo (IH) de incendios

### Imprescindible documento de consenso (DC) para el médico de urgencias y emergencias (MUE) con la destacada participación de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)

La IH es la principal causa de morbimortalidad en los incendios. El humo y las quemaduras de la vía aérea originan el 80% de las muertes, muy por encima de las quemaduras corporales o el politraumatismo. A su vez, la principal causa de intoxicación por cianuro en los países desarrollados la constituyen los incendios en espacios cerrados. Estos hechos, junto con los últimos avances en: el conocimiento fisiopatológico de la IH (síndrome de hipoxia tisular multifactorial), la monitorización mediante pulsooximetría y otras técnicas no invasivas; la nueva estratificación en cuatro grupos de riesgo a los pacientes (según su exposición, probabilidad de inhalación, antecedentes del paciente, manifestaciones clínicas y tipo de tratamiento necesario) y la terapéutica antidótica en la IH de incendios (en particular en el establecimiento de los criterios, dosis y forma de empleo de la hidroxocobalamina desde que fue aprobada por la Agencia Europea del Medicamento en diciembre de 2007 para la intoxicación por cianuro) han llevado a la elaboración de este DC por un grupo de expertos compuesto por representantes de: SEMES; Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC); Sección de Toxicología Clínica de la Asociación Española de Toxicología (STC-AETOX); diversas unidades de toxicología de hospitales españoles y la Unidad Militar de Emergencias del Ministerio de Defensa. La aplicación de las medidas diagnóstico-terapéuticas que se recogen en este DC confiere una mayor probabilidad de supervivencia para las víctimas de IH en incendios.

A. Dueñas-Laita et al. *Emergencias* 2010;22:384-394

## Los sistemas de triaje (ST) deben tener en cuenta que algunos intoxicados han de priorizarse, independientemente de la situación clínica y signos vitales, por la necesidad inmediata de administración de un antídoto o de descontaminación digestiva

### Este estudio del Hospital Clínic de Barcelona confirma que el 13,3% de los intoxicados tributarios de descontaminación digestiva son clasificados inadecuadamente respecto a la necesidad de priorización asistencial

El 1-2% de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias (SU) corresponden a intoxicaciones agudas (IA). Los ST, que priorizan la asistencia de todos los pacientes que acuden al SU, podrían infraestimar la necesidad de atención inmediata en algunos casos de IA, al tratarse de pacientes poco sintomáticos o asintomáticos en el momento del triaje. Bajo esta hipótesis se realizó este estudio durante tres meses con 123 pacientes con IA (51,4% mujeres y edad media  $41,6 \pm 14,6$  años). Las causas más frecuentes fueron alcohol u otras drogas de abuso en 48%. El tiempo medio entre la llegada al SU y el triaje fue de 4,8 minutos, y entre éste y la atención de 17,7 minutos. Los interesantes resultados conducen a los autores a concluir su trabajo resaltando la necesidad de que los ST, y los profesionales que llevan a cabo esta labor, tengan en cuenta la necesidad de descontaminación digestiva inmediata otorgando una priorización asistencial aunque la situación clínica sea estable y sin signos de alarma, así como el área del SU más adecuada para realizarla.

S. Nogué et al.

*Emergencias* 2010;22:338-344

## Decidida y elevada predisposición de los aspirantes a médico interno residente (MIR) a escoger la especialidad de medicina de urgencias y emergencias (MUE)

### Estudio inédito y muy interesante que analiza la opinión de los médicos, minutos antes de elegir su futura especialidad, acerca de la conveniencia de crear la especialidad de MUE y su disposición para realizar la residencia en ella si ya existiera como opción real

En España, en la actualidad, no existe la especialidad de MUE en la oferta de la formación sanitaria especializada (FSE), a diferencia de lo que ocurre en once países europeos y otros tan relevantes como Estados Unidos, Australia o Canadá. De la mano de la próxima aprobación del decreto de troncalidad, que rediseñará el sistema de FSE, está previsto que la MUE se incluya como opción formativa de las especialidades de las Ciencias de la Salud. Los reveladores y definitivos resultados de este manuscrito le convierten en un trabajo muy ilustrativo y de máximo interés tanto para los lectores de EMERGENCIAS como para los responsables de la FSE, Organización Médica Colegial (OMC) y de las Sociedades Científicas. De los 1.006 encuestados, el 87% manifiestan estar a favor de la creación de la especialidad de MUE. Además, el 40,5% estarían dispuestos a realizar su residencia en MUE, e incluso el 9% de los MIR del año 2010 hubiesen elegido MUE en primer lugar (ver tabla adjunta). Los factores relacionados con una mayor predisposición para elegir MUE son: edad  $> 26$  años, nacionalidad extranjera, número de orden de elección del 2501 al final, haber cursado una asignatura previa de MUE, intención de elegir Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) o Medicina Intensiva (MI) y el creer conveniente crear la especialidad de MUE. Como muestra del gran interés que despierta la MUE entre los médicos que superan "el examen MIR" cabe decir que, en la convocatoria de este año 2010, 1/5 de los han optado por MFyC y 1/4 de los que han elegido MI hubieran elegido MUE como primera opción y por delante de estas especialidades.

T. Toranzo et al. *Emergencias* 2010;22:323-330

**Tabla 3.** Predisposición a elegir Medicina de Urgencias y Emergencias (MUE) entre los MIR 2010

	N (%)
¿Habría elegido la especialidad de MUE?	
- Con toda seguridad, Sí	160 (15,9)
- Probablemente Sí	247 (24,6)
- Probablemente NO	126 (12,5)
- Con toda seguridad, NO	430 (47,2)
- No sabe/No contesta	43 (4,3)
Orden de preferencia de la MUE*	
- Primer lugar	91 (9,0)
- Segundo lugar	138 (13,7)
- Tercer lugar	113 (11,2)
- Cuarto lugar o superior	55 (5,5)
- No sabe, no contesta	5 (0,5)

\*Sólo se incluyeron los médicos que contestaron Sí (con toda seguridad o probablemente) a la primera pregunta; los porcentajes se han calculado sobre el total de los 1.006 médicos entrevistados.

## El transporte interhospitalario es imprescindible en provincias con recursos sanitarios limitados, pero se hace necesaria su regulación, coordinación y la unificación de los criterios para su utilización

### Análisis comparativo del número, tipo y características de los traslados secundarios (TS) realizados entre dos complejos hospitalarios de nivel II (Palencia y Zamora) a sus hospitales de referencia de nivel III

Este estudio descriptivo retrospectivo realizado desde 1-1-2007 al 31-12-2009 incluyó a 4.467 TS [Palencia 1.861 (41,7%) y Zamora 2.606 (58,3%)]. Con población atendida y recursos similares en ambas provincias, el TS es significativamente mayor desde Zamora. El 58% de todos los TS fueron programados (y de éstos el 48,8% para realización de cateterismo cardiaco) y el 42% de carácter urgente (cuyo principal motivo fue valoración y tratamiento neuroquirúrgico en el 26,5%). Además, se encontraron diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) entre ambas provincias en: la edad de los pacientes, horario de TS, motivo, servicio de destino y modo y tiempo de regreso al centro de origen. Estas variables se valoran y analizan minuciosamente en este manuscrito donde los autores recuerdan las características, dificultades, necesidad y valor del TS, junto con la demanda de regulación y unificación de criterios para el mismo.

M. Suárez et al.

*Emergencias* 2010;22:349-354