

Vernakalant es una fármaco eficaz y seguro para la restauración del ritmo sinusal (RS) en los pacientes con fibrilación auricular (FA) en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH)

La reversión fue eficaz en el 77,6% de los casos con la primera dosis con una mediana de tiempo de 8 minutos.

Interesante estudio prospectivo sobre 165 pacientes atendidos con FA en 5 hospitales de la Comunidad Valenciana cuyo objetivo fue analizar la eficacia, seguridad y factores asociados a una mayor respuesta y reversión de la FA en la práctica habitual de los SUH. La mediana de edad de los 165 pacientes fue de 68 años (RIC: 56-77). La reversión eficaz a RS con vernakalant se obtuvo en el 77,6% (IC 95%: 71,1%-84%). La mediana de tiempo en conseguir la reversión fue de 8 minutos (RIC: 6-12) con la primera dosis y de 34 minutos (RIC: 22-62) con la segunda. En cuanto a la presencia de insuficiencia cardiaca previa, ésta fue menos frecuente en el grupo de pacientes que revirtió con vernakalant (6,3% frente a 18,9%), pero con una OR ajustada de 0,45 (IC 95%: 0,13-1,56), $p = 0,208$. Los factores relacionados con mayores tasas de reversión fueron: ser el primer episodio de FA padecido por el paciente (54,7% frente a 35,1%) y tener una duración de menos de 12 horas (83,6% frente a 59,5%). Aunque, solo el último mantuvo la significación con una OR ajustada de 2,76 (IC 95%: 1,12-6,80), $p = 0,028$. Tras la administración de vernakalant, 30 pacientes sufrieron algún evento adverso, aunque ninguno tuvo consecuencias relevantes y sólo dos (1,2%) motivaron la suspensión del fármaco. En resumen, según sus autores, este estudio muestra una mayor eficacia de vernakalant que la descrita en ensayos clínicos, con una reversión rápida a RS y un perfil adecuado de seguridad.

J. Carbajosa et al. *Emergencias 2017;29:397-402*

La frecuencia de errores de conciliación (EC) es elevada independientemente de si el médico prescriptor es el urgenciólogo o el médico de planta de hospitalización (MPH)

Los pacientes con mayor riesgo de sufrir EC son los polimedicados y los menores de 80 años con pluri-patología.

Novedoso estudio que incluyó por oportunidad a 148 pacientes ingresados en planta de hospitalización convencional de los servicios de medicina interna, geriatría y oncología del Hospital Clínico San Carlos de Madrid durante 6 meses. El objetivo del estudio fue estudiar la frecuencia y el perfil de los pacientes ingresados que tienen mayor riesgo de EC y si las prescripciones realizadas por los urgenciólogos, mediante una herramienta de prescripción electrónica de texto libre, presentaba más EC que las realizadas por los MPH con un programa de prescripción electrónica asistida. Los EC detectados por un farmacéutico se analizaron en función de los factores de riesgo teóricos y del responsable de la prescripción. De los 148 pacientes, 68 (45,9%) casos tuvieron prescripción por el urgenciólogo y 80 (54,1%) por sus MPH. El farmacéutico detectó 303 EC y 113 pacientes (76,4%) presentaron al menos un EC. No hubo diferencias significativas según el responsable de la prescripción conciliada. Los EC se asociaron a la polimedicación con OR de 3,4 (IC 95%: 1,2-9; $p = 0,016$) y el tener pluri-patología en el grupo de pacientes menores de 80 años con OR de 3,9 (IC 95%: 1,1-14,7; $p = 0,039$).

C. Bilbao et al. *Emergencias 2017;29:384-390*

Mediktor®: una nueva herramienta de ayuda en el diagnóstico de las enfermedades prevalentes atendidas en los servicios de urgencias (SU)

La coincidencia entre el diagnóstico médico (patrón de oro) y el primer diagnóstico de Mediktor® es de un 42,9%, con los tres primeros diagnósticos del 75,4% y si se valoran los diez diagnósticos realizados por el dispositivo del 91,3%.

Estudio observacional prospectivo realizado en el SU de un hospital terciario universitario con el objetivo de analizar la concordancia entre los diagnósticos emitidos por Mediktor® con los realizados por el médico responsable, así como valorar la utilidad de este dispositivo en pacientes que acuden a un SU. 622 se consideraron casos válidos para el estudio. A los pacientes con patologías médicas y quirúrgicas (cirugía y traumatología) que no precisaban asistencia médica inmediata se les entregó una tableta digital para responder al interrogatorio de Mediktor®. Según las respuestas, el dispositivo adjudica un listado de 10 prediagnósticos ordenados por probabilidad, que se ocultaba al paciente y al médico. Según los grupos diagnósticos más frecuentes, se objetivó una sensibilidad > 92% y una especificidad > 91% en la mayoría de ellos, con un índice kappa que osciló entre el 0,24 (en las afectaciones del tracto urinario) y el 0,98 (para las infecciones de vías respiratorias superiores).

E. Moreno et al. *Emergencias 2017;29:391-396*

La planificación de los hospitales públicos, así como la estructura física y funcional de sus correspondientes servicios de urgencias (SU), difiere de forma significativa entre las Comunidades Autónomas de Madrid y Cataluña, y dichas desigualdades no se explican, exclusivamente, por los aspectos geográficos

De forma global, hay más facultativos contratados en Cataluña, pero el número de horas de médico y enfermera contratadas por centro es mayor en Madrid, donde los médicos suelen realizar su actividad exclusivamente en el SU (92,5% frente a 56,8%; $p < 0,001$).

Ilustrativo, relevante y exhaustivo estudio comparativo de las características generales, estructurales, organizativas y laborales de los SU de los hospitales públicos madrileños (SUHMAD) con los catalanes (SUHCAT). Se incluyeron 26 SUHMAD (21 nivel II-III y 5 nivel I) y 55 SUHCAT (24 nivel II-III y 31 nivel I).

Los hospitales de Madrid son de construcción más reciente, tienen mayor número de camas de hospitalización y de cuidados críticos, están más frecuentemente vinculados a la universidad y cubren mayor población. Los SUHMAD tienen mayor superficie para la actividad clínica, para la primera asistencia (con mayor número de puestos) y más camas de observación, así como mayor mediana del número de atenciones urgentes. Solo el 30,5% de los médicos de los SUHMAD tienen contrato fijo indefinido frente al 75,1% en los SUHCAT. Por su parte, en la figura 1 se muestra la relación médico residente/adjunto en los hospitales públicos con formación vía MIR (3:1 en SUHMAD frente a 1:1 en los SUHCAT) que muestra mayores diferencias en los turnos de tarde, noche y días festivos.

C. del Arco et al. *Emergencias 2017;29:373-383*

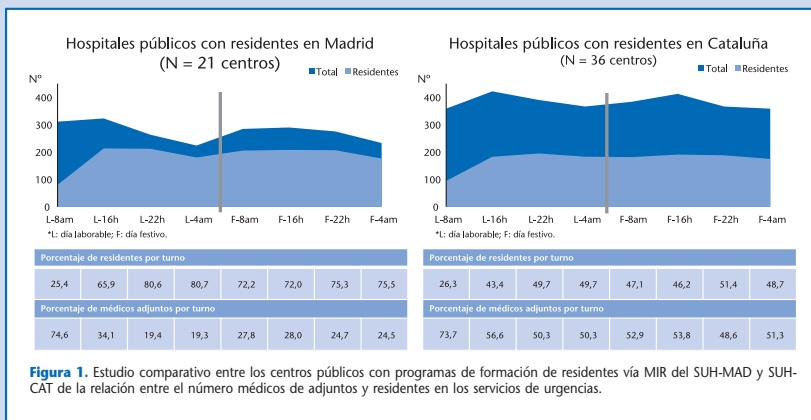


Figura 1. Estudio comparativo entre los centros públicos con programas de formación de residentes vía MIR del SUH-MAD y SUH-CAT de la relación entre el número médicos de adjuntos y residentes en los servicios de urgencias.

Estudio OPENCAT: opinión de los profesionales acerca de diversos aspectos laborales de los servicios de Urgencias y Emergencias de Cataluña

Este número de EMERGENCIAS publica los resultados de un estudio transversal realizado a los socios de la Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències (SoCMUE) que trabajan en el ámbito de la Medicina de Urgencias y emergencias (MUE) en Cataluña.

Estudio elaborado con la participación de 616 de los 1.273 socios (48,4%) de la SoCMUE que opinan que existen algunas condiciones laborales que deben mejorar, así como la relación entre los colectivos de profesionales en diversos aspectos. Existe una percepción generalizada de que las plantillas son insuficientes. La transferencia de los pacientes es considerada correcta, pero es peor percibida por los profesionales de extrahospitalaria. El 13,5% refiere una conciliación familiar imposible, más frecuentemente en el ámbito hospitalario. El 88,2% ha sufrido algún tipo de agresión, de estos el 60% lo comunicó a sus superiores (enfermeros más que médicos) y el 10,1% lo denunció judicialmente.

J. Jacob et al. *Emergencias 2017;29:403-411*