

Recomendaciones para decidir el alta o el ingreso, así como para adecuar la derivación del paciente adulto con crisis de asma desde el servicio de urgencias (SU)

Relevante documento de consenso (DC) que se presenta como una herramienta útil para la atención del paciente asmático que acude al SU.

El asma es la enfermedad respiratoria crónica más frecuente en todo el mundo, con una prevalencia en España en la población adulta en torno al 5%. Pese a contar con mejores tratamientos para su control, moléculas nuevas y dispositivos de inhalación más sencillos, el asma no está controlada en más del 50% de los pacientes. Incluso en aquellos que se considera controlada, el 80% presenta síntomas. Por ello, cualquier paciente con asma, puede sufrir una exacerbación. Todo ello hace necesario este DC que se ha elaborado por un equipo multidisciplinar constituido por tres especialistas de medicina de urgencias, tres de neumología y tres de alergología. El DC ha sido avalado por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC). En primer lugar, los autores se encargaron de elaborar una lista de preguntas clínicas que respondieron mediante la consulta de guías de práctica clínica y la literatura disponible. Tras una puesta en común y consensuar los distintos apartados del documento, los autores aprobaron las recomendaciones para cada uno de ellos. Éstas y los algoritmos incluidos van dirigidos a identificar y diagnosticar correctamente las exacerbaciones asmáticas en el SU y a establecer los criterios de hospitalización y alta. Además, se incluyen también las pautas para el tratamiento de los pacientes y para su derivación al ámbito de la atención especializada en caso de alta, incluyendo los criterios de priorización para dicha derivación.

P. Piñera-Salmerón, et al. *Emergencias 2020;32:258-277*

La prevalencia de trabajadores sanitarios (TS) con COVID-19 en el servicio de urgencias (SU) fue de un 3,2%, mientras que la del resto de TS de otros servicios del 3,9%. Si se tiene en cuenta la incidencia de la COVID-19 en los TS del SU, el motivo de contacto de riesgo y su distribución en el tiempo, se puede considerar que un programa de prevención y control de infecciones (PPCI) implantado en el SU es efectivo.

Interesante estudio elaborado para evaluar la efectividad de un PPCI para la COVID-19 implantado para los TS del SU del Hospital General Universitario de Alicante. Para ello, se recogieron los casos confirmados de COVID-19 del 2 de marzo al 12 de abril de 2020. Además de analizar los casos encontrados en el SU, se comparó estos con los del resto del departamento de Salud (DS). Se evaluaron 1744 TS (92 del SU). Presentaron síntomas 736 (52 del SU), 151 fueron confirmados con COVID-19 (9 del SU). Dos casos del SU (22,2%) se atribuyeron a la asistencia sanitaria, y 7 (77,8%) a relaciones sociales en el lugar de trabajo o fuera de este. Entre los TS del SU y del resto de DS no hubo diferencias significativas en la prevalencia de afectados, ni entre los motivos de contacto. Así, los autores concluyen que un PPCI en el SU determina el reconocimiento y aislamiento tempranos de los pacientes con COVID-19 y previene la aparición de casos en los TS del SU.

P. Chico-Sánchez, et al. *Emergencias 2020;32:227-232*

Conocer las características clínicas y la comorbilidad de los pacientes con COVID-19 atendidos en urgencias permite identificar precozmente a la población más susceptible de empeorar

La asociación con una mayor mortalidad intrahospitalaria y evento combinado para la evolución desfavorable queda demostrada en pacientes de edad mayor de 75 años y con obesidad.

Estudio multicéntrico observacional, anidado en una cohorte prospectiva, en el que participaron 61 servicios de urgencias hospitalarios (SUH) que incluyeron 1.000 pacientes seleccionados aleatoriamente de todos los diagnosticados de COVID-19 entre el 1 de marzo y el 30 de abril de 2020. Dicha cohorte forma parte del proyecto UMC-19 (Unusual Manifestations of COVID-19, en español Manifestaciones Inusuales del COVID-19) que se está llevando a cabo por parte de la red de investigación SIESTA (Spanish Investigators in Emergency Situations TeAm). La edad media fue de 62 años (DE: 18), el 43,8% mujeres. La mayoría manifestaron fiebre, tos seca, disnea, febrícula y diarrea. Las comorbilidades más frecuentes fueron las enfermedades cardiovasculares, seguidas de las respiratorias y el cáncer. Las variables que se asociaron independientemente y de forma directa a peores resultados evolutivos (mortalidad y evento combinado) fueron: variables basales (edad y obesidad), clínicas (disminución de consciencia y crepitantes a la auscultación pulmonar, y de forma inversa cefalea) y de resultados de exploraciones complementarias (infiltrados pulmonares bilaterales y cardiomegalia radiológicos, y linfopenia, hiperplaquetosis, dímero D > 500 mg/dl y lactato-deshidrogenasa > 250 UI/L en la analítica).

A. Gil-Rodrigo, et al.

Emergencias 2020;32:233-241

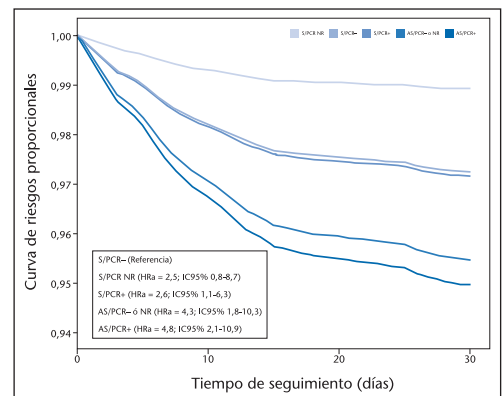
Existen diferentes categorías diagnósticas de la enfermedad COVID-19, en función del perfil clínico y microbiológico, que se asocian a distinto pronóstico a los 30 días

Los pacientes categorizados en los grupos de alta sospecha y sospecha con PCR (reacción en cadena de la polimerasa) positiva para SARS-CoV-2 tuvieron un incremento del riesgo ajustado de mortalidad a los 30 días y de sufrir un episodio grave durante el ingreso hospitalario respecto al grupo con sospecha y PCR negativa.

Novedoso estudio donde se seleccionaron los casos sospechosos de COVID-19 atendidos en el servicio de urgencias (SU) del Hospital Clínico San Carlos de Madrid desde el 28 de febrero hasta el 31 de marzo de 2020. La muestra se dividió en: 1) sospecha con PCR no realizada (S/PCR NR); 2) sospecha con PCR negativa (S/PCR-); 3) sospecha con PCR positiva (S/PCR+); 4) alta sospecha con PCR negativa o no realizada (AS/PCR- o NR); 5) alta sospecha con PCR positiva (AS/PCR+). Se incluyeron 1.993 pacientes: 17,2% S/PCR NR, 11,4% S/PCR-, 22,1% S/PCR+, 11,7% AS/PCR- o NR y 37,6% AS/PCR+. La mortalidad global a los 30 días fue de un 11,5%, el 56,5% de casos fueron hospitalizados y un 19,6% sufrieron un episodio grave. Las categorías de AS tuvieron un incremento del riesgo ajustado de hospitalización respecto a la categoría de S/PCR-. En la figura se muestran las curvas de riesgos proporcionales ajustadas para la mortalidad a 30 días en función de la categoría diagnóstica. El ajuste se realizó por la edad, sexo, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, cardiopatía, enfermedad pulmonar crónica, insuficiencia renal crónica, cáncer y demencia.

FJ. Martín-Sánchez, et al.

Emergencias 2020;32:242-252



No se observan diferencias relevantes en las características clínicas, analíticas radiológicas y los resultados finales de salud en una cohorte de pacientes con embolia pulmonar (EP) y COVID-19 y los pacientes con EP sin esta enfermedad atendidos en el servicio de urgencias hospitalario (SUH)

La mortalidad intrahospitalaria fue del 7% en pacientes con COVID-19 y del 17% en pacientes sin COVID-19 (OR de muerte en pacientes con COVID-19 con EP: 0,38; IC 95%: 0,08-1,89).

Estudio multicéntrico retrospectivo que incluyó a 399 pacientes de cuatro SUH del 15 de enero al 15 de abril de 2020. Se diagnosticaron 88 EP, de las cuales 28 (32%) en pacientes con COVID-19. Estos pacientes fueron con más frecuencia hombres y tenían más antecedentes de enfermedad tromboembólica previa. No hubo diferencias en la presentación clínica, características analíticas o radiológicas, ni en los resultados finales entre ambos grupos. El 21% de los pacientes con EP sin COVID-19 ingresaron en unidades de cuidados intensivos (UCI), frente al 7% de los pacientes con EP y COVID-19. Los pacientes con EP y COVID-19 requirieron casi el doble de días de estancia hospitalaria que los pacientes con EP sin COVID-19. A la vista de los resultados, los autores sugieren que la COVID-19 no aumenta el riesgo de muerte o ingreso en UCI en los pacientes diagnosticados de EP en los SUH.

S. Jiménez, et al.

Emergencias 2020;32:253-257