

El programa de desfibrilación externa semiautomática (DESA) puesto en marcha por la Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061 (FPUS-061) incrementa la supervivencia en un 221% en las paradas cardiorrespiratorias (PCR)

Análisis comparativo del número de PCR atendidas, de recuperación de constantes, de supervivencia al alta hospitalaria y del coste-efectividad (C-E) antes y después de implantar el programa DESA

En España se producen unos 16.000 fallecimientos al año por muerte súbita cardíaca, el 70-80% por fibrilación ventricular que ocurre en su mayoría (60%) en las 6 primeras horas del evento. En el año 2001 la FPUS-061 comenzó a poner en marcha un programa DESA adecuado a las características de la Comunidad de Galicia. El objetivo de este estudio consiste en evaluar la relación C-E de dicho programa y analizar sus magníficos resultados. La incidencia de PCR atendidas por 100.000 habitantes/año ha aumentado de 16,5 (pre-DESA) a 28,46 (post-DESA), que supone un incremento del 72%. De esta forma se ha pasado de atender 37,61 a 64,88 PCR por mes en Galicia. El número de pacientes que recupera la circulación espontánea (constantes vitales) se incrementa en un 107%. Finalmente, el dato más importante es el incremento en un 221% de la supervivencia al alta (pacientes que vuelven a su vida normal). En cuanto a los costes, el programa DESA ha supuesto un incremento de 122.974,57 € en el año 2006. El coste por paciente dado de alta hospitalaria que sufre una PCR y es tratado con un DESA es de 8.783,9 €. Los autores concluyen su artículo resaltando la evidente rentabilidad C-E del programa DESA y su efectividad para salvar vidas allí donde el paciente lo precisa.

J.A Iglesias et al.

Emergencias 2011;23:8-14

La implantación del "Plan de Alta Hospitalaria (PAH)" del Consorci Sanitari de Terrassa (CST) aumentó el 30% las altas médico-quirúrgicas en la franja de 9 a 13 horas, y así logró disminuir la demora de los ingresos desde el servicio de urgencias (SU)

Interesante artículo que muestra cómo la intervención decidida de un grupo multidisciplinar, la implicación de la dirección del centro y la implementación de las tecnologías de información y comunicación (TIC) resultan clave en el éxito de la organización y de la realización del alta hospitalaria

En el CST se detectó una demora excesiva en los ingresos desde el SU que originaba situaciones críticas de presión hasta la liberación de camas hospitalarias. Se creó un grupo multidisciplinar (urgencias, hospitalización, admisión, dirección, hostelería, sistemas de información y control de gestión) con el objetivo de conseguir aumentar las camas libres provenientes de las altas hospitalarias en la franja de la mañana para minimizar este problema. Dicho grupo elaboró el PAH que incluía las siguientes acciones: análisis de la situación de los ingresos desde el SU y las altas en planta, identificación de problemas, rediseño del proceso organizado del alta, implementación del gestor clínico del CST, mejora de los circuitos y coordinación y evaluación objetiva y subjetiva de la intervención. El éxito del PAH fue evidente al incrementar el 30% ($p < 0,001$) el número de altas médico-quirúrgicas en la franja de 9-13 horas (se atribuyó al adelanto de las mismas que anteriormente se producían de 15-18 horas) y al establecer una "cultura del alta programada".

D. García et al.

Emergencias 2011;23:29-34

La determinación precoz de la proteína S-100 β tras un traumatismo craneoencefálico (TCE) leve puede reducir el número de tomografías computarizadas (TC) realizadas y los ingresos en observación en el servicio de urgencias hospitalario (SUH)

Estudio novedoso que analiza la utilidad de la S-100 β como técnica de cribaje en el manejo del TCE leve en el SUH

El TCE leve (con puntuación 14-15 según la escala de coma de Glasgow -ECG-) supone el 70-80% del total de los TCE en los SUH y suele generar gran incertidumbre en su manejo. De ellos, sólo 5-7% se acompañan de lesión intracraneal (LIC). La proteína S-100 β se produce en el citoplasma de las células astrogiales y de Swann, y es liberada al torrente circulatorio como consecuencia de la rotura de la barrera hematoencefálica cuando se produce una lesión traumática del encéfalo. Su determinación en sangre es rápida, económica y no se interfiere por los niveles de alcoholemia. Intentando validar un punto de corte para asegurar la no existencia de LIC en los TCE leves, se realizó este estudio prospectivo con 100 pacientes en el Complejo Asistencial Universitario de Burgos a los que se les realizó TC craneal y determinación plasmática de S-100 β . La edad media de los pacientes fue de 48,5 años y el 63% eran varones. El traumatismo era cerrado en el 76%, y la caída accidental fue la causa más frecuente (54%). En el 32% de los casos se asociaban otros traumatismos. El síntoma clínico más frecuente fue la cefalea (73%). Niveles de S-100 β $< 0,1375$ $\mu\text{g/L}$ se asocian a una TC normal y descartan LIC con una sensibilidad del 100% y un valor predictivo negativo del 100% en el TCE leve. Niveles de S-100 β $> 0,1375$ $\mu\text{g/L}$ no confirman el diagnóstico y obligan a realizar una TC. Estos resultados muestran a la proteína S-100 β como un buen marcador predictivo negativo de LIC con lo que permite optimizar el manejo y los recursos, con seguridad, en la asistencia al TCE leve en el SUH. Así los autores proponen introducirla como parte de los protocolos de actuación del SUH.

F. Richard et al.

Emergencias 2011;23:15-21

Implicación genética e importancia de las características clínicas en los síncope de esfuerzo con riesgo de muerte súbita en deportistas jóvenes

Excelente revisión de uno de los retos actuales de los servicios de urgencias (SU)

El síncope (S) o pérdida súbita y breve del nivel de conciencia y del tono postural con recuperación espontánea origina el 1,5-3% de las demandas de atención en los SU. Clásicamente se describen varias categorías: S neuromediados (vasovagales), S ortostáticos, S de origen neurológico, S cardiogénico y S de "causa desconocida". En las ocasiones donde no se identifica la causa subyacente la prioridad en el SU será estratificar el riesgo potencial del paciente, que determinará la necesidad de ingreso y/o estudio posterior del mismo. En este artículo, el Dr. González-Armengol *et al.* elaboran una valoración sistemática de los puntos más relevantes en la asistencia del paciente con S. de esfuerzo y riesgo de muerte súbita (MS) (especialmente en deportistas jóvenes): causas y categorías del S, valoración clínica del S, relación entre el ejercicio físico y el S, descripción de enfermedades cardiovasculares con riesgo de MS y su determinación genética (displasia arritmogénica del ventrículo derecho, miocardiopatía hipertrófica, síndrome del QT largo congénito, taquicardia ventricular catecolaminérgica, síndrome de Wolf-Parkinson-White, síndrome de Brugada). Entre otros puntos clave en el SU, los autores destacan la importancia de la identificación de las entidades antes mencionadas y de la realización correcta de la estratificación de riesgo de MS (clínico-diagnóstica en el SU y a través de la genética de forma dirigida).

Este número de EMERGENCIAS publica un editorial del Dr. Josep Brugada que resalta el importante papel del urgenciólogo en la detección de pacientes con riesgo de síncope y muerte súbita (MS)

La historia personal y familiar, las características clínicas del síncope, la exploración física completa y la adecuada y detenida interpretación del electrocardiograma son los puntos clave que permiten reconocer muchas de las entidades que originan síncope/MS (síndrome del QT largo y sus variantes, síndrome de Brugada, síndrome del QT corto, displasia arritmogénica del ventrículo derecho, taquicardias ventriculares polimórficas catecolaminérgicas).

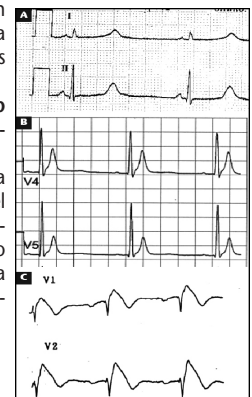
Figura A: S. QT largo, B: S. QT corto, C: S. de Brugada.

J.J. González-Armengol *et al.*

Emergencias 2011;23:47-58

J. Brugada *et al.*

Emergencias 2011;23:5-7



La aplicación del sistema de valoración de pacientes para el transporte secundario (SVPTS) permitiría optimizar los recursos en los traslados interhospitalarios (TIH) realizados por el Servicio de Urgencia Médica de Madrid (SUMMA 112)

El 69,6% de los TIH podrían haber sido realizados bajo los cuidados exclusivos del personal de enfermería

El TIH (envío de pacientes a otro centro sanitario con recursos diagnóstico-terapéuticos necesarios) forma parte de la cartera de servicios del SUMMA 112 y se realiza en ambulancias convencionales o en UVI móvil (médico, enfermera y dos técnicos de transporte sanitario -TTS-). De los 395 pacientes del estudio que requirieron TIH en UVI móvil, si previamente se hubiese aplicado el SVPTS de Moreno Millán *et al.*, el 16,7% de los TIH podrían haberse realizados en ambulancia convencional y el 69,6% en ambulancia medicalizada con cuidados exclusivos de enfermería. Sólo el 13,7% hubiesen necesitado una UVI móvil. Por ello, los autores proponen la creación de un nuevo recurso con enfermería y TTS para estos TIH, que "liberaría un gran número de UVI móviles y las mantendría operativas".

C. Cardenete *et al.*

Emergencias 2011;23:35-38