

Uno de cada diez pacientes que consulta por cólico renal (CR) en el servicio de urgencias (SU) vuelve a acudir al mismo antes de 72 horas por persistencia del dolor

Este estudio del Hospital Reina Sofía de Murcia confirma que el ser varón y tener antecedentes de urolitiasis son los factores de riesgo más importantes de reconsulta en el SU

La prevalencia de litiasis renal en países occidentales oscila entre 1-10%. Uno de los indicadores de calidad de los SU es la readmisión de pacientes por el mismo motivo de consulta durante las 72 horas posteriores a la primera visita. Después del dolor abdominal, el CR es la segunda causa de reconsulta en los SU. Para conocer los factores que predisponen a dichas readmisiones se realizó este estudio con 1.256 pacientes con el diagnóstico de CR en el SU. De ellos, el 91% consultaron en una sola ocasión y el 9% en 2 o más ocasiones. Los varones reconsultan en el 12% de los casos frente al 4% de las mujeres (OR 3,14; IC 95% 1,92-5,17, $p < 0,001$). El antecedente de litiasis renal está presente en el 57% de los pacientes que reconsultan y en el 41% de los que acuden una sola vez (OR 1,89; IC 95% 1,24-2,89, $p = 0,0017$). En relación a las pruebas complementarias no existen diferencias en la solicitud de analítica de orina ni de sangre entre el grupo con una sola visita (grupo 1) y el grupo que reconsultó (grupo 2). Pero sí (con $p = 0,001$) en la solicitud de radiología simple (65,7% vs 53,8%), ecografía de abdomen (13,4% vs 27,4%) y TC abdominal (18,3% vs 67%). El grupo 1 ingresa en observación del SU en el 46% de los casos frente al 7% del grupo 2 y recibe infusión intravenosa de fármacos y dexketoprofeno trometamol con mayor frecuencia. En opinión de los autores un protocolo diagnóstico-terapéutico para el manejo de los pacientes con CR en el SU y una pauta de rescate del dolor indicada al alta evitaría gran parte de las reconsultas.

J.L. Bauset et al.

Emergencias 2011;23:93-98

La realización de un programa educacional (PE) sobre la anticoncepción de urgencia (ACU) reduce el porcentaje de recidencias en la utilización de este método

Análisis comparativo entre las mujeres que acceden al programa y las que lo rechazan

La ACU implica la utilización de fármacos o dispositivos con el fin de prevenir el embarazo después de una relación sexual de riesgo. Aunque lo deseable es que la utilización de la ACU sea excepcional, lo cierto es que del 5 al 60% de las mujeres, según varios estudios en España, ya han utilizado este método cuando lo solicitan de urgencia. Durante un año se realizó este estudio que incluyó a 374 ACU donde la edad media de las pacientes fue de $24,5 \pm 6,8$ años. La reincidencia de la solicitud de ACU fue de 34% de todas ellas. A las pacientes que lo autorizaron se les informó sobre sus posibles efectos, se desaconsejó como método habitual, se les indicó consultar en ginecología para seguimiento y se contactó con ellas telefónicamente para realizarles una encuesta. Las mujeres que voluntariamente reciben y completan el PE reducen en un 73% la solicitud de nuevas ACU. Este trabajo concluye que la dispensación de la ACU debe estar acompañada de una información para la paciente y una formación para el profesional de forma que unas no se limiten sólo a solicitarla y otros a dispensarla.

C. Clemente et al.

Emergencias 2011;23:94-103

Las mujeres con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) acuden a los servicios de urgencias (SU) 4 horas más tarde que los hombres y, en ellas, la realización de un electrocardiograma (ECG) y el inicio de la atención se retrasan significativamente

Estudio novedoso y muy interesante que analiza las características, presentación y la atención recibida en el SU en pacientes con SCACEST en función del sexo

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en países occidentales. El manejo del SCACEST no es igual en hombres y mujeres. En éstas, se diagnostica en menor proporción, se realizan menos técnicas diagnósticas, reciben menos tratamientos y tienen mayor mortalidad. Debido a la importancia de la atención precoz en el SCA en todos los pacientes se elaboró este estudio en el Hospital General de Alicante para conocer las causas que determinan las diferencias en la atención del SCACEST según el sexo del paciente. De los 214 casos incluidos, el 74,8% eran varones con una edad media de $62 \pm 12,3$ años y el 26,2% mujeres con $71,7 \pm 10,6$ años. En cuanto a los factores de riesgo se objetivó mayor prevalencia de diabetes en mujeres y tabaquismo e HTA en hombres, pero sin diferencias en antecedentes de cardiopatía isquémica. Dentro de los resultados más llamativos con diferencias estadísticas ($p < 0,01$) entre hombres y mujeres se encuentran: tiempo de inicio de síntomas y llegada al hospital (240,3 vs 503,3 minutos), inicio de los síntomas y realización de ECG (240,6 vs 516,4 minutos) y puerta-ECG (6,4 vs 13 minutos). Por otro lado, las mujeres acuden por sus propios medios al SU en el 70,4% frente al 61,9% los hombres. En relación al tratamiento no se encontró diferencias ni en los fármacos y técnicas de reperfusión elegidas ni en la demora para realizarlo. Tampoco se encontraron diferencias en el manejo extrahospitalario en función del sexo. Por todo ello en los SU debemos aumentar la sospecha de un posible SCA en las mujeres y plantear estrategias para evitar el retraso de la realización de un ECG e inicio de la atención en pacientes diabéticas mayores de 65 años con/sin clínica típica.

J. Carbajosa et al.

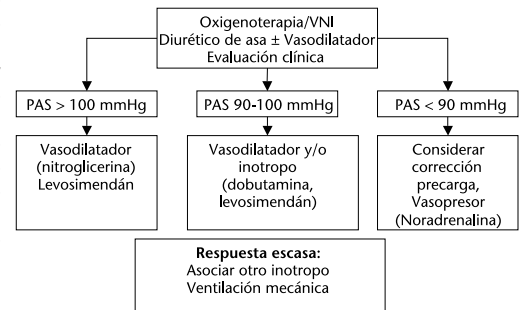
Emergencias 2011;23:87-92

Nueva guía para el manejo de la insuficiencia cardiaca aguda (ICA) en los servicios de urgencias (SU), emergencias y unidades adscritas

Excelente documento de consenso (DC) elaborado por el grupo ICA-SEMES para uno de los retos permanentes de los SU

La ICA tiene una prevalencia en los mayores de 70 años entre el 7% y el 18%, y es una de las causas más frecuentes de consulta en los SU y de hospitalización en pacientes ancianos. El 86% de los ingresos por ICA se realizan desde los SU, por lo que el manejo durante las primeras horas de esta enfermedad, que va a condicionar el pronóstico y su evolución posterior, va a conferir al *urgenciólogo* un papel clave. Con el objetivo de presentar los aspectos prácticos más relevantes y facilitar tanto la valoración inicial como la elección de las mejores opciones terapéuticas, el grupo ICA-SEMES presenta en este número de EMERGENCIAS esta guía que aporta de forma inédita las recomendaciones para el tratamiento precoz de la ICA a nivel extrahospitalario y durante las primeras horas en el SU. De una forma clara, pero muy detallada, nos actualiza los aspectos más importantes sobre: diagnóstico clínico, pruebas complementarias a realizar en el SU, factores precipitantes y clasificación de la ICA, manejo según diferentes escenarios clínicos, tratamiento inmediato de la ICA en función de las cifras de presión arterial (ver figura adjunta), terapéutica específica de la ICA, medicación concomitante, criterios de alta e ingreso en las distintas unidades asistenciales, tratamiento de la comorbilidad y elaboración de los planes de alta. Se trata, sin duda, de una guía imprescindible para la labor diaria del *urgenciólogo*.

P. Llorens et al. Emergencias 2011;23:119-139



Estrategia de utilización de los inotrópicos en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda acorde con la presión arterial sistólica. PAS: presión arterial sistólica. VNI: ventilación no invasiva.

La tinción de Gram del esputo (TGE) tiene un valor limitado y discreta utilidad para orientar la antibioterapia inicial de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en el servicio de urgencias (SU)

El hallazgo de diplococos Gram positivos (DCGP) y cocobacilos Gram negativos (CBGN) mostró una sensibilidad del 47,1% y 73% y una especificidad del 94,2% y 95% para infección neumocócica y por *Haemophilus influenzae* respectivamente

La solicitud de pruebas para realizar el diagnóstico microbiológico en la NAC es muy variable. Y aún hoy, el papel del cultivo de esputo resulta controvertido. Según los resultados obtenidos en este estudio, sólo el 25% de los pacientes son capaces de producir un esputo valorable, pero la presencia en la TGE de DCGP y de CBGN se corresponden con un aislamiento final de *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* en el 77% y 74% respectivamente. Pese a que estos datos permitirían un tratamiento antibiótico dirigido en estos casos desde el SU, los autores concluyen el estudio reconociendo que la utilidad de la técnica de TGE en el SU no es superior a la que aportan las guías clínicas existentes para adecuar el tratamiento antimicrobiano inicial en los pacientes con NAC en el SU.

C. Ferré et al.

Emergencias 2011;23:108-111