

En este número de EMERGENCIAS se publica un documento de consenso para el manejo del paciente asmático en los servicios de Urgencias (SU)

Con el aval científico de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC) y la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).

Con el objetivo de facilitar y servir de herramienta útil para la atención de los pacientes asmáticos en los SU se ha elaborado este documento consensuado por un equipo multidisciplinar que ha estado integrado por tres especialistas de cada Sociedad Científica que lo avala. Las recomendaciones y los algoritmos incluidos en él van dirigidos a: 1) detectar al paciente asmático a su llegada al SU, 2) establecer un diagnóstico correcto, 3) unificar los criterios y pautas terapéuticas y, posteriormente, y 4) realizar una correcta indicación de ingreso hospitalario o de derivación al neumólogo, alergólogo o al médico de atención primaria, según proceda. En opinión de los autores, este documento adapta las recomendaciones de diversas guías a las necesidades reales de los SU españoles, donde las exacerbaciones asmáticas son un motivo de consulta frecuente. Además, la implementación progresiva de esta nueva guía permitirá optimizar el manejo del paciente asmático, mejorar la actividad asistencial, aumentar la calidad de vida del paciente y reducir los costes socioeconómicos asociados al manejo subóptimo de esta enfermedad. Se trata, sin duda, de una nueva guía que va a convertirse en referencia para la atención y tratamiento del paciente asmático por parte de todos los urgenciólogos.

P. Piñera, et al.

Emergencias 2018;30:268-278

**Solo tres de cada diez pacientes ancianos atendidos por una caída en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) recibe recomendaciones para prevenir las caídas (RPC)**

**El paciente suele tener edad muy avanzada, alto grado de comorbilidad, polifarmacia y síndromes geriátricos previos, y la caída generalmente ocurre de día, en el domicilio y en la mitad de los casos sin testigos.**

El Registro FALL-ER, de cohortes multipropósito, prospectivo y multicéntrico que incluyó todos los pacientes de 65 o más años atendidos por caída en 5 SUH durante 52 días, clasificó a los pacientes en función de si recibieron RPC (entendiendo como tal: ejercicio, educación sobre la prevención de las caídas, derivación a un especialista o la modificación de fármacos relacionados con las caídas). Se analizaron 1.507 pacientes de los que un 48% refirió miedo a caerse, un 22% presentó deterioro funcional agudo, un 16% ingresó y un 0,6% falleció. Se realizaron RPC en 509 (33,8%) casos. Se evaluaron hasta un total de 68 variables independientes. De ellas, la artrosis, la disminución de la agudeza auditiva, el deterioro cognitivo autorreferido, la atención médica en el lugar de la caída, el miedo a volver a caerse, el deterioro funcional agudo y la hospitalización se asociaron con mayor probabilidad de RPC, y la disminución de la agudeza visual con menor probabilidad.

O. Miró, et al.

Emergencias 2018;30:231-240

El sistema de triaje META (Modelo Extrahospitalario de Triaje Avanzado), en comparación con el START (Simple Triage and Rapid Treatment), podría mejorar los tiempos extrahospitalarios y el orden de evacuación en incidentes con múltiples víctimas (IMV)

Los pacientes con necesidad de atención inmediata se evacuaron más rápidamente en el grupo META que en el START, tanto el grupo completo, como en aquellos que además precisaban tratamiento quirúrgico urgente.

Novedoso ensayo aleatorizado por conglomerados que incluyó 16 grupos de 4 miembros asignados al sistema de triaje START o al META en un ejercicio simulado de gestión de las víctimas de un accidente aéreo. El tiempo de evacuación total fue de 48 min 39 s (DE 15 min 52 s) en el grupo START y de 48 min 4 s (DE 17 min 21 s) en el grupo META ( $p = 0,829$ ). Los pacientes con necesidad de atención inmediata se evacuaron más rápidamente en el grupo START,

tanto del grupo completo [31 min 36 s (DE 8 min 27 s) frente a 41 min 6 s (DE 10 min 39 s);  $p = 0,024$ ] como en los que además precisaron tratamiento quirúrgico urgente [24 min 12 s (DE 4 min) frente a 44 min 49 s (DE 8 min 36 s);  $p = 0,001$ ]. En la figura se muestran los tiempos de evacuación. El orden de evacuación de pacientes fue: los de necesidad de atención inmediata en las 19 primeras posiciones (14 de 19) y de atención inmediata con prioridad quirúrgica en las 14 primeras posiciones (5 de 14) en el grupo START; y los de necesidad de atención inmediata en las 14 primeras posiciones (14 de 14) y de atención inmediata y con prioridad quirúrgica en las 7 primeras posiciones (5 de 7) en el grupo META. Con respecto al tiempo invertido en tratar a cada paciente, la media fue de 7 min 36 s (DE 5 min 45 s) en el grupo START y de 6 min 30 s (DE 4 min 4 s) en el grupo META ( $p = 0,507$ ).

M. Ferrandini, et al.

Emergencias 2018;30:224-230

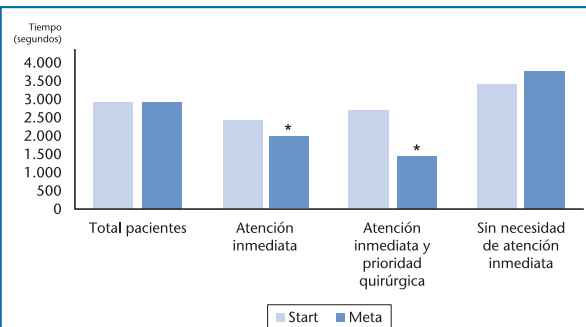


Figura 3. Tiempos medios de evacuación total y nivel de prioridad según el tipo de triaje. \* $p < 0,05$ .

**La presentación clínica atípica de la apendicitis aguda (AA) durante el embarazo dificulta su diagnóstico, lo que podría traducirse en mayor incidencia de AA complicada, infección del sitio quirúrgico y tiempo de estancia hospitalaria**

**Si la AA se presenta en el tercer trimestre de gestación, los resultados son peores.**

Estudio observacional de dos cohortes [gestantes (G) y no gestantes (NG)] sometidas a apendicectomía urgente por sospecha clínica de AA. Se incluyeron 153 mujeres (51 G y 102 NG). La edad media fue de 28,8 (DE 6,5) años [G 29,7 (DE 5,8) frente a NG 28,3 (DE 6,8);  $p = 0,242$ ]. La puntuación de la escala de Alvarado fue de 7,1 (DE 1,6) [G 6,7 (DE 1,7) frente a NG 7,3 (DE 1,5);  $p = 0,016$ ]. Las G presentaron mayor incidencia de AA complicada (G 19,6% frente a NG 2,9%;  $p < 0,001$ ), infección del sitio quirúrgico (G 14% frente a NG 3%;  $p = 0,016$ ), estancia media [G 5,1 (DE 4,8) frente a NG 1,7 (DE 1);  $p < 0,001$ ]. Los resultados fueron peores entre las G en el tercer trimestre con  $p = 0,031$ ,  $p = 0,003$  y  $p < 0,001$ , respectivamente.

J. Tinoco-González, et al.

Emergencias 2018;30:261-264

**El modelo INFURG-OLDER tiene buena capacidad predictiva de mortalidad a los 30 días en los pacientes  $\geq 75$  años atendidos por infección con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) en los servicios de urgencias (SU)**

**El área bajo la curva (ABC) que consigue el modelo INFURG-OLDER fue de 0,78 (IC 95%: 0,72-0,84;  $p < 0,001$ ), mayor que la conseguida por la escala MEDS (Mortality in Emergency Department) de 0,72 (IC 95%: 0,64-0,80;  $p < 0,001$ ).**

Independiente estudio analítico de cohortes prospectivo que incluyó por oportunidad a 379 pacientes  $\geq 75$  años atendidos por infección con SIRS en 13 SU españoles con una edad media de 84 (DE 5,8) años, 186 (49,1%) mujeres. El 39,6% tenían un alto grado de comorbilidad y el 34,2% una dependencia funcional grave. A los 30 días fallecieron el 20,8% de los pacientes. El modelo INFURG-OLDER incluye la presencia de tumor sólido con metástasis (OR = 5,4 con IC 95%: 1,6-18,2;  $p = 0,006$ ), la insuficiencia respiratoria (OR = 3,02 con IC 95%: 1,5-6,0;  $p = 0,002$ ), insuficiencia renal (OR = 2,4 con IC 95%: 1,0-5,5;  $p = 0,045$ ), la hipotensión arterial (OR = 2,4 con IC 95%: 1,2-5,0;  $p = 0,015$ ) y la disminución del nivel de consciencia (OR = 2,9 con IC 95%: 1,4-5,8;  $p = 0,003$ ). En base a estos resultados se asignó la siguiente puntuación: Tumor sólido con metástasis (2), Saturación de oxígeno  $< 90\%$  (1), MDRD  $< 60$  ml/min/1,72 m<sup>2</sup> (1), hipotensión arterial (1) y nivel de consciencia alterado (1). Y se calculó la mortalidad asociada a cada grupo: 5,5% en el de bajo riesgo (0-1 puntos), 28% en el de moderado riesgo (2-3 puntos) y del 55% en el de alto riesgo ( $\geq 4$  puntos).

E. J. García-Lamberechts, et al.

Emergencias 2018;30:241-246