

La puntuación de la escala CAT (COPD Assessment Test) 24 horas antes de acudir al servicio de urgencias hospitalario (SUH) por una exacerbación (EA) de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es útil para valorar situación basal y supervisar la recuperación de la EA

Su inclusión como variable predictora de mala evolución en una escala de gravedad podría ser de utilidad clínica.

Estudio de cohortes prospectivo con muestreo consecutivo de oportunidad que incluyó a 501 pacientes con sintomatología clínica de EA-EPOC en 4 SUH españoles entre marzo de 2014 hasta enero de 2017: Txagorritxu de Vitoria, Galdakao-Usansolo, Clínico San Carlos de Madrid y Reina Sofía de Murcia. La mediana de la puntuación CAT fue de 13 (RIC 7-18) en el día previo a la EA-EPOC, de 25 (RIC 19-30) en el momento de la consulta por EA-EPOC, y de 13 (RIC 7-18) a los dos meses. La diferencia entre la puntuación CAT el día previo a EA-EPOC y a los dos meses del cuestionario no fue estadísticamente significativa según la gravedad de la EPOC basal, leve, moderada y grave-muy grave ($p = 0,58$, $p = 0,41$ y $p = 0,43$). Presentaron una mala evolución a corto plazo 91 pacientes (18,2%). La escala de gravedad con el cuestionario CAT obtuvo un área bajo la curva de la característica operativa del receptor (ABC-ROC) de 0,701 (IC 95%: 0,640-0,762) y sin el cuestionario CAT de 0,667 (IC 95%: 0,616-0,737), con una diferencia no significativa ($p = 0,088$). En opinión de los autores, la utilidad de la CAT como variable predictora de mala evolución tras una EA-EPOC debe ser explorada en mayor profundidad.

E. Pulido, et al.

Emergencias 2019;31:21-26

La valoración del traumatismo abdominal con las escalas ISS (Injury Severity Score), RTS (Revised Trauma Score) y TRISS (Trauma and Injury Severity Score) se asocia directamente con la necesidad de tratamiento quirúrgico, los días de estancia hospitalaria, la morbilidad y la mortalidad

El perfil del paciente tipo con traumatismo abdominal corresponde a un varón de edad media víctima de un accidente de tráfico con un ISS de 41, un RTS de 7 y un TRISS de 26%.

Novedoso estudio retrospectivo que incluyó a 153 pacientes con una mediana de edad de 38 años (73,9% varones) atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Miguel Servet de Zaragoza. Estos correspondieron a traumatismo de tipo cerrado (94,1%) y su etiología principal fueron los accidentes de tráfico (60,1%). El órgano más frecuentemente afectado fue el bazo (44,4%) seguido por el hígado (36,6%). La mediana de la estancia hospitalaria fue de 11 días y la mortalidad global de 13%. Aunque el 62,7% se manejó de forma conservadora con éxito, se observó y relacionó una puntuación mayor del ISS y el TRISS con la necesidad de tratamiento quirúrgico ($p = 0,0001$) y con el fallecimiento ($p = 0,0001$). Por su parte, una mayor estancia hospitalaria se relacionó con puntuaciones elevadas del RTS ($p = 0,001$) y del TRISS ($p = 0,016$). Tanto la etiología como los balances lesionales observados en este estudio son similares a los publicados a nivel nacional, pero se hace necesaria la puesta en marcha de un registro nacional de pacientes politraumatizados para mejorar la gestión de recursos y optimizar la eficiencia asistencial.

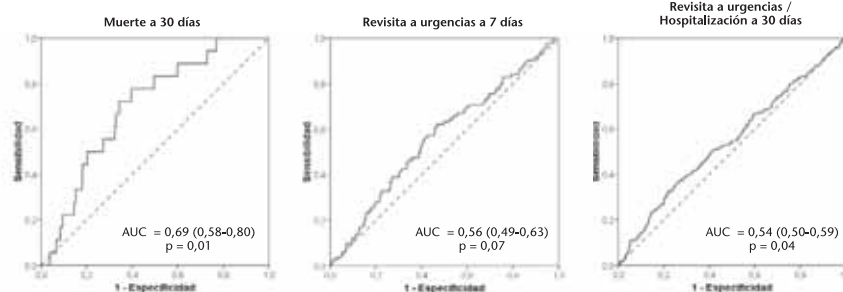
M. T. González-Nicolás, et al.

Emergencias 2019;31:15-20

Los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda (ICA) clasificados de bajo riesgo por la escala MEESSI y dados de alta desde el servicio de urgencias (SU) presentan tasas de efectos adversos cercanas a los estándares recomendados internacionalmente

La escala MEESSI, que fue diseñada para predecir la mortalidad a los 30 días (M-30d), presenta una escasa capacidad predictiva de revisita al SU por ICA a los 7 días (REV-7d) y de revisita u hospitalización por ICA a 30 días (REV-H-30d) en los pacientes de bajo riesgo.

Interesante estudio elaborado con 1028 pacientes procedentes del Registro EAHFE (Epidemiology of Acute Heart Failure in Emergency Departments) que fueron clasificados de bajo riesgo por la escala MEESSI y dados de alta desde el SU. La M-30d fue de 1,6% (IC 95%: 0,9-2,5), la REV-7d fue del 8% (IC 95%: 6,4-9,8) y la REV-H-30d fue 24,7% (IC 95%: 22,1-25,7). El área bajo la curva de la característica operativa del receptor (ABC-ROC) de la escala MEESSI para discriminar estos eventos adversos se muestra en la figura. Se asociaron con la REV-7d el tratamiento diurético crónico con OR 2,45 (IC 95%: 1,01-5,98), una hemoglobina < 110 g/L con OR 1,68 (IC 95%: 1,02-2,75) y recibir tratamiento diurético intravenoso en el SU con OR 0,53 (IC 95%: 0,31-0,90). Por otro lado, se asociaron con una REV-H-30d la existencia de arteriopatía periférica con OR 1,74 (IC 95%: 1,01-3,00), episodios previos de ICA con OR 1,42 (IC 95%: 1,02-1,98), el tratamiento crónico con inhibidores de receptores mineralocorticoides con OR 1,71 (IC 95%: 1,09-2,67), el índice de Barthel en el SU < 90 puntos con OR 1,48 (IC 95%: 1,07-2,06) y el tratamiento diurético intravenoso en el SU con OR 0,58 (IC 95%: 0,40-0,84).



O. Miró, et al.

Emergencias 2019;31:5-14

La digoxinemia y el índice de Barthel (IB) se relacionan con la mortalidad inmediata y a los 30 días, respectivamente, en las intoxicaciones digitálicas atendidas en los servicios de urgencias (SU)

La mortalidad inmediata de la intoxicación digitálica es relativamente baja (6,4%), pero se duplica a los 30 días (13,4%).

Estudio descriptivo de las intoxicaciones digitálicas atendidas en 4 SU de Cataluña. Se registraron 171 episodios con una mortalidad inmediata del 6,4% y a los 30 días del 13,4%. En relación a la mortalidad a los 30 días los pacientes que fallecieron tenían con mayor frecuencia una intoxicación aguda (42,8% vs a 12,2%; $p = 0,05$), había más intoxicaciones con intencionalidad suicida (66,7% vs a 13,0%; $p = 0,048$), más afectación renal (21,7% vs 9,2%; $p = 0,037$), menos sintomatología neurológica (4,3% vs 17,8%; $p = 0,005$), mayor digoxinemia (4,7 mg/dl vs 3,7 mg/dl; $p = 0,031$) y menor puntuación del IB ($49,1 \pm 33,4$ vs $70,3 \pm 28,5$; $p = 0,006$). El análisis de regresión logística mostró que la digoxinemia fue el único factor predictor de mortalidad inmediata con OR 1,42 (IC 95%: 1,08-1,86; $p = 0,011$). El IB al ingreso se identificó como factor independiente de mortalidad a los 30 días en el análisis de regresión logística condicional con OR 0,97 (IC 95%: 0,95-0,99; $p = 0,005$), de forma que por cada 10 puntos que aumenta el IB, la mortalidad disminuye en un 20%.

A. Supervía, et al.

Emergencias 2019;31:39-42

Este número de EMERGENCIAS publica una interesante revisión sistemática sobre la utilización del torniquete en la asistencia extrahospitalaria

El torniquete debería utilizarse en pacientes con traumatismo mayor si la presión directa no es suficiente para controlar una hemorragia exanguinante que amenace la vida.

La hemorragia no controlada producida por un traumatismo grave sigue siendo una de las principales causas de muerte evitable en el entorno extrahospitalario. El uso de los torniquetes se ha asociado a distintas complicaciones musculares, cardíacas y neurovasculares que podrían tener consecuencias potencialmente mortales. No existen datos publicados de prevalencia sobre el uso del torniquete en nuestro medio, aunque en el ámbito militar se cuenta con amplia experiencia junto con el uso de agentes hemostáticos. Por ello, el objetivo de esta revisión sistemática fue analizar la efectividad del torniquete para detener una hemorragia en situaciones de urgencia extrahospitalaria, así como identificar factores asociados que favorezcan o disminuyan la efectividad. Finalmente se analizaron 17 artículos. En todos los estudios se observó que el torniquete fue efectivo en la detención de la hemorragia, siendo el dolor el efecto adverso más frecuente (35,7% de los casos). Como conclusiones se señalan que en el entorno extrahospitalario el uso del torniquete de extremidad es efectivo, siendo el modelo SWAT-T el mejor valorado, que las complicaciones son escasas y la mayoría atribuibles al estado crítico de los pacientes y que el retraso en su aplicación es un factor determinante que afecta negativamente a la efectividad.

M. Alonso-Algarabel, et al.

Emergencias 2019;31:47-54