

La escala CoNAE (CoVID-19 non-adverse evolution) puede ser útil para determinar un alta segura desde el triaje y para adaptar el nivel de atención que requiere el paciente con infección SARS-CoV-2

Diseñada para utilizarse en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) y emergencias extrahospitalarias.

Novedoso estudio elaborado para identificar los factores predictores de evolución favorable y desarrollar con ellos un modelo predictivo para los pacientes atendidos por COVID-19 en los SUH. Incluyó retrospectivamente a 27.516 pacientes (entre dados de alta y hospitalizados por menos de 3 días) valorados en los SUH del País Vasco del 1 de julio al 31 de julio de 2020. La escala CoNAE estratifica a los pacientes en 4 grupos desde el mismo triaje (sus criterios son fácilmente obtenibles en la primera valoración del paciente). De esta forma, nos facilitaría poder dar el alta con seguridad a aquellos que sumaran ≥ 21 puntos, lo que se corresponde con el perfil de un paciente menor de 70 años, mujer, con dos dosis de vacuna contra la COVID-19 (en el momento del estudio), con signos vitales en rangos normales y que no tengan determinadas comorbilidades de base (insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, hipertensión arterial, diabetes, enfermedad hepática, demencia o antecedentes de tumores malignos) ni estén tomando corticoides orales sistémicos o inmunosupresores como medicación basal. El modelo consigue un ABCOR de 0,840 (IC 95%: 0,834-0,847) con una sensibilidad del 53% y especificidad de 89% en el grupo 4 que obtiene ≥ 21 puntos.

E. Pulido-Herrero, et al. *Emergencias 2023;35:335-344*

La violencia laboral no física (VLNF) predomina sobre la violencia laboral física (VLF) en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH)

Los profesionales que sufren VLNF desarrollan situaciones de despersonalización, agotamiento y cinismo, lo que puede originar entornos de ansiedad, estrés y somatización.

Según la Organización Internacional del Trabajo la violencia laboral (VL) es "toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de los razonables, mediante el cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional". Los entornos de urgencias y emergencias presentan una incidencia de VL hasta cinco veces más con respecto al resto de servicios sanitarios. Estas conductas de VLNF y VLF son realizadas fundamentalmente por los pacientes o sus familiares. Para analizar las características que desarrollan los profesionales sanitarios y no sanitarios de los SUH que sufren VL se diseñó un estudio descriptivo-analítico con un formulario de 121 ítems en una muestra de 584 profesionales sanitarios y no sanitarios de los SUH de 12 hospitales españoles. Se conformaron 2 grupos, el primero con 298 casos y caracterizado por puntuaciones altas en VLNF (media: 51,5, DE: 7,9) y bajas en VLF (4,8, DE:2,9). Por otro lado, el segundo grupo está compuesto por 285 casos y se caracteriza por puntuaciones intermedias en VLNF (27,1, DE:8,4) y bajas en VLF (3,4, DE:1,3).

J.M. Cánovas, et al. *Emergencias 2023;35:353-358*

Las intoxicaciones por digoxina suelen ser crónicas y predominan en mujeres, aunque las agudas son de mayor gravedad

Los pacientes que precisan administración de anticuerpos antidigoxina (AcAD) suelen ser aquellos con intoxicación aguda grave y con frecuencia con intencionalidad suicida.

Ilustrativo estudio retrospectivo, observacional y multicéntrico en 15 servicios de urgencias hospitalarios (SUH) de 8 comunidades autónomas durante 7 años. El objetivo de este estudio fue describir las diferencias entre intoxicaciones agudas y crónicas y evaluar la administración de su antídoto específico (AcAD). Los pacientes se dividieron según la intoxicación era aguda o crónica y según recibían o no AcAD. Finalmente, se incluyeron 27 intoxicaciones agudas y 631 crónicas. La edad media fue de 83,9 (7,9) años, y el 76,9% eran mujeres. Los pacientes con intoxicación aguda tenían menor edad media [80 (12) vs 84 (8) años; $p < 0,038$], y porcentaje de causa accidental (85,2% vs 100%; $p < 0,001$) y mayor gravedad en la escala *Poison Severity Score* (29,6% vs 12,5%; $p < 0,001$). Treinta y cuatro pacientes recibieron AcAD (5,4%) y constituyen un grupo de menor edad [79 (11) vs 84 (8) años; $p < 0,001$], con mayor porcentaje de intoxicaciones agudas (20,6% vs 3,2%), intencionalidad suicida (8,8% vs 0,2%) y gravedad (50% vs 11,2%), con $p < 0,001$ en estas tres últimas comparaciones). El 76,1% precisó ingreso. La mortalidad a los 30 días fue del 11,4%.

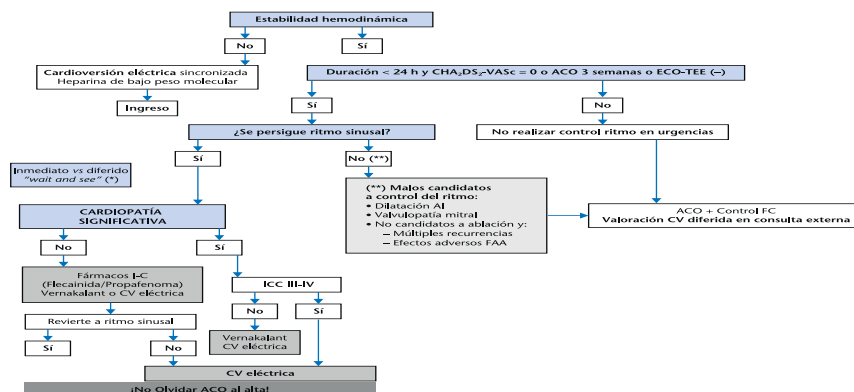
A. Supervía, et al.

Emergencias 2023;35:328-334

Manejo de la fibrilación auricular (FA) en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH)

Este número de EMERGENCIAS publica un relevante documento de consenso (DC) elaborado por un grupo multidisciplinario de expertos en arritmias cardíacas miembros de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, la Sociedad Española de Cardiología y la Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia.

Imprescindible lectura de un actualizado y completo DC sobre la FA. Este documento es una actualización de las versiones realizadas en 2003 y 2012, y propone unas pautas de actuación práctica basadas en la abundante evidencia generada en este periodo de tiempo, para adaptar las recomendaciones generales de las guías internacionales de práctica clínica (en particular las de la European Society of Cardiology-ESC), a las características específicas de los SUH de nuestro país, independientemente del nivel de complejidad del centro hospitalario en el que se ubiquen, y garantizar una correcta atención a los pacientes con un uso más adecuado de los recursos disponibles. La FA es la arritmia sostenida de mayor prevalencia en los SUH. La diversidad de aspectos clínicos a considerar y el elevado número de opciones terapéuticas posibles, justifica la implementación de estrategias de actuación coordinadas entre los diversos profesionales implicados, con el fin de incrementar la adecuación del tratamiento y optimizar el uso de recursos. Este DC recoge las recomendaciones para el manejo de la FA en los SU hospitalarios (ver figura). En él se analizan con detalle las estrategias de profilaxis tromboembólica, control de frecuencia y control del ritmo, y los aspectos logísticos y diagnósticos relacionados.



A. Martín, et al.

Emergencias 2023;35:359-377

La diferencia venoarterial de dióxido de carbono (ΔCO_2) es útil como biomarcador en el manejo del shock cardiogénico (SC)

La ΔCO_2 permite identificar pacientes con bajo riesgo de mortalidad cardiovascular y de SC refractario cuando sus valores son inferiores a 6 mmHg a las 12-24 horas de evolución.

Estudio exploratorio, observacional, prospectivo y unicéntrico. Se incluyeron 50 pacientes en SC ingresados en una unidad de cuidados críticos cardiológicos. Se determinó el ΔCO_2 a la inclusión, a las 6, 12, 24 y 48 horas y se realizó un análisis de regresión logística y curvas de la característica operativa del receptor. La mortalidad intrahospitalaria cardiovascular fue del 20%. La cinética de la ΔCO_2 mostró un pico inicial y un progresivo descenso durante las primeras 48 horas. Los pacientes con valores más altos de ΔCO_2 tuvieron una mayor mortalidad intrahospitalaria cardiovascular, pero esta diferencia no fue significativa. A las 24 horas, valores elevados de ΔCO_2 se asociaron significativamente con SC refractario. Un valor inferior a 6 mmHg a las 12 horas mostró un valor predictivo negativo del 87% para mortalidad cardiovascular.

T. López-Sobrino, et al.

Emergencias 2023;35:345-352