

La presencia de fragilidad física en los pacientes mayores con insuficiencia cardiaca aguda (ICA) dados de alta desde el servicio de urgencias (SU) podría ser un factor relacionado con la revisita y el reingreso en el primer año

**Este subgrupo de pacientes probablemente necesite una intervención multidimensional individualizada tras su atención en el SU.**

Novedoso estudio observacional prospectivo que incluyó a los pacientes mayores de 75 años con ICA dados de alta desde un SU. Se definió fragilidad física como la presencia de  $\leq 7$  puntos en el Short Physical Performance Battery. La variable resultado fue la aparición de un evento compuesto (revisita o reingreso por insuficiencia cardiaca y mortalidad por cualquier causa) en los primeros 365 días tras el alta desde el SU. Se incluyeron 86 pacientes con edad media de 84 (DE 6) años, 59% mujeres. La presencia de fragilidad se documentó en 49 (57%) pacientes y la frecuencia de la variable resultado compuesta a los 365 días fue del 46,5%. Tras el análisis multivariable, la fragilidad fue un factor pronóstico independiente de presentar un evento compuesto (OR ajustada 3,6; IC 95%: 1,0-12,9;  $p = 0,047$ ). Y, de forma independiente, la fragilidad sí se asoció con el reingreso por IC (OR ajustada 6,7; IC 95%: 1,5-30,4;  $p = 0,013$ ), pero no con la mortalidad (OR ajustada 1,2; IC 95%: 0,3-5,4;  $p = 0,814$ ).

G. Llopis, et al.

Emergencias 2019;31:413-416

En los pacientes en tratamiento crónico con sacubitrilo-valsartán (SV) que presentan un episodio de insuficiencia cardiaca aguda (ICA), el tratamiento es suspendido en más de 1/3 de los casos, aunque esto no se asocia a cambios evolutivos

**Interesante estudio exploratorio de pacientes con ICA incluidos en el registro EAHFE-6 (aquellos que estaban en tratamiento crónico con SV) que pretende identificar el patrón de la práctica clínica habitual, sus determinantes y su efecto sobre la evolución.**

Para este trabajo, el grupo ICA-SEMES incluyó a 50 pacientes (con una mediana desde el inicio de tratamiento con SV de 81 días; RIC: 43-284). En 31 de los pacientes (62%) el tratamiento crónico con SV se mantuvo al alta tras el episodio. Pero, en 19 de ellos (38%) se interrumpió dicho tratamiento con SV: 5 en urgencias y 14 en hospitalización. Se identificó el motivo de la retirada en 16 casos (4 por insuficiencia renal; y 3 por hipotensión arterial, hiperpotasemia, debilidad/mareo y empeoramiento de ICA, respectivamente). La retirada de SV se asoció con la edad avanzada, no estar en tratamiento con betabloqueantes e hiperpotasemia. No se constataron diferencias significativas entre grupos en eventos adversos a los 180 días postevento índice (mortalidad por cualquier causa) y postalta (reconsulta a urgencias u hospitalización por ICA, muerte o evento combinado).

O. Miró, et al.

Emergencias 2019;31:407-412

Análisis de la evolución de las características epidemiológicas de las visitas atendidas en una unidad de dolor torácico (UDT) de un servicio de urgencias hospitalario (SUH) durante un periodo de 10 años

**El mayor uso progresivo de la UDT se relaciona con un incremento de pacientes con dolor torácico no traumático (DTNT) de características no coronarias, mientras que disminuye el porcentaje de diagnósticos iniciales y finales de a síndrome coronario agudo (SCA).**

Relevante estudio en el que se incluyeron 34.552 pacientes consecutivos con una edad media de 59 (DE 13) años, el 42% mujeres. Se observó un incremento en el número anual de visitas a la UDT ( $p < 0,001$ ), menor afluencia los meses de verano ( $p < 0,001$ ), y mayor los días laborales ( $p < 0,001$ ) y de 8-16 horas ( $p < 0,001$ ). Se comprobó que progresivamente más pacientes eran mujeres (+0,29% anual,  $p < 0,05$ ), menores de 50 años (+0,92% anual,  $p < 0,001$ ), con más factores de riesgo cardiovascular, menos antecedentes de cardiopatía isquémica y con DTNT menos sugestivo de SCA. La clasificación diagnóstica inicial y final descartó SCA en un 52,2% y un 80,4% de pacientes, respectivamente. Hecho que aumentó progresivamente durante el periodo evaluado (+1,86%,  $p < 0,001$ ; y +0,56%,  $p = 0,04$ ; respectivamente). El tiempo de clasificación inicial no se modificó, pero se incrementó el necesario para la clasificación final ( $p < 0,001$ ), que resultó superior en pacientes con diagnóstico final de SCA ( $p < 0,001$ ).

B. López-Barbeito, et al.

Emergencias 2019;31:377-384

**En relación con éste artículo original, se publican dos interesantes editoriales que ponen de relieve la importancia cuantitativa y cualitativa del DTNT como motivo de consulta en los SUH, así como la evolución en la última década de las distintas formas organizativas (UDT y unidades de observación) para atender a los pacientes con DTNT.**

Por un lado, J. Povar repasa los medios diagnósticos y organizativos, que a su juicio son suficientes, para la atención de los pacientes con DTNT en los SUH. Por otro lado, WF. Peacock realiza un análisis exhaustivo del artículo editorializado y repasa la necesidad de la prevención primaria y secundaria del SCA.

J. Povar

W.F. Peacock

Emergencias 2019;31:371-372

Emergencias 2019;31:373-374

**El tratamiento médico expulsivo (TME) con tamsulosina no se asocia a una mayor tasa de expulsión de litiasis ureteral distal de 3 a 8 mm en el plazo de tres semanas**

**La asociación de la tamsulosina con un antiinflamatorio no esteroideo (AINE) no consigue ni aumentar la velocidad de expulsión de las litiasis, ni un menor requerimiento de analgesia (AINEs).**

Ensayo clínico prospectivo aleatorizado doble ciego realizado en un Servicio de Urgencias de Santiago de Chile. Se incluyeron 86 pacientes (en dos grupos aleatorizados) con ureterolitiasis distal única no complicada que se dividieron en dos grupos: Grupo A (tratado con tamsulosina + AINE) y grupo B (AINE + placebo) durante 21 días. En vista de unos resultados desfavorables, los autores concluyen su estudio afirmando que la TME con tamsulosina no está justificada.

G. Astroza, et al.

Emergencias 2019;31:404-406

**En invierno, respecto al resto de estaciones, existe una variabilidad significativa en relación al perfil microbiológico aislado, la rentabilidad diagnóstica y la proporción de contaminantes en los hemocultivos (HC) obtenidos en el servicio de urgencias (SU) Durante los meses de invierno los aislamientos de *Streptococcus pneumoniae* aumentan del 5,9% al 14,5%, mientras que los de *Escherichia coli* disminuyen del 46,9% al 36,3%.**

Estudio de cohortes retrospectivo de las bacteriemias significativas encontradas durante dos años

en un SU. Se incluyeron 4.384 solicitudes de HC (tasa de solicitud del 4,1%) que obtuvieron una rentabilidad diagnóstica del 12,2%. En invierno, respecto a la media del resto de estaciones, resultaron significativos el incremento de la solicitud de HC (4,6% vs 3,8%,  $p < 0,001$ ), el descenso de la rentabilidad diagnóstica (10,2% vs 13%,  $p = 0,01$ ), el incremento de la tasa de contaminación (4,9% vs 3,8%,  $p = 0,02$ ) y una menor frecuencia de aislamientos de *Escherichia coli* (36,4% vs 46,9%,  $p = 0,03$ ) y mayor de *Streptococcus pneumoniae* (14,5% vs 5,9%,  $p = 0,001$ ). En la figura se muestra el perfil microbiológico según la estación del año.

J.M. Ferreras, et al.

Emergencias 2019;31:399-403

**En relación con el anterior artículo, este número de EMERGENCIAS publica un editorial en el que se discuten las controversias en relación a la indicación y obtención de HC en los SU.** Importantes reflexiones de los autores del editorial que recuerdan el papel fundamental del SU en la sospecha y detección de la bacteriemia significativa. El conocimiento del perfil microbiológico esperable, así como de los factores predictores de bacteriemia y la aplicación de una técnica adecuada, son posiblemente los puntos clave para obtener una mayor rentabilidad diagnóstica.

A. Julián-Jiménez, et al.

Emergencias 2019;31:375-376

