

Tras la restauración del ritmo sinusal (RS) en el servicio de urgencias (SU), la prescripción de tratamiento para evitar las recurrencias de la fibrilación auricular (FA) se realiza en menos de la mitad de los pacientes elegibles. Extender esta prescripción y mejorar la adecuación del tratamiento antiarrítmico son áreas de mejora de los resultados de la estrategia global de control del ritmo. Interesante análisis secundario del estudio multicéntrico observacional transversal HERMES-AF. Se incluyeron 449 pacientes consecutivos con FA que revirtieron a RS y fueron dados de alta desde el SU. El objetivo fue analizar las estrategias de control del ritmo en la FA (mantenimiento del RS con fármacos antiarrítmicos -FAA- y/o tratamiento del remodelado -TRM-) y su adecuación en los SU. El 45% (204) de los pacientes ya realizaban tratamiento para mantener el RS. De los 245 restantes se prescribió tratamiento en el SU a 107 (43,7%): 41 con FAA, 19 TRM y en 47 con ambas terapias. En 10 casos (11,8%) la selección del FAA no fue acorde con las recomendaciones de las guías. La prescripción de los FAA se asoció a FA previa [OR 2,024 (IC 95%: 1,196-3,424)], frecuencia cardíaca > 110 lpm [OR 2,147 (IC 95%: 1,034-4,456)] y anticoagulación al alta [OR 1,862 (IC 95%: 1,094-3,170)]. El TRM se asoció a frecuencia cardíaca > 110 lpm [OR 2,187 (IC 95%: 1,005-4,757)]. De forma global y a su alta desde el SU 311 pacientes (69,2%) recibieron tratamiento para mantenimiento del RS (87 con FAA, 117 con TRM y 107 con ambas terapias).

A. Fernández-Simón, et al. *Emergencias 2022;34:111-118*

Existe margen de mejora en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) en cuanto a sus capacidades diagnóstico-terapéuticas de pacientes con insuficiencia cardíaca aguda (ICA)

La distribución de unidades de insuficiencia cardíaca (UIC) en las CCAA en España es dispar: existen en más del 50% de los hospitales de Madrid y Cataluña y resultan inexistentes en Cantabria, La Rioja, Navarra y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.

Relevante encuesta a los responsables de todos los SUH públicos sobre rutinas asistenciales diagnóstico-terapéuticas y de toma de decisión en urgencias en la atención a pacientes con ICA. Respondieron 250 de los 282 SUH españoles (89%): 32% tenían cardiólogo de guardia y 35% UIC, presente en más del 50% de los hospitales de la Comunidad de Madrid y Cataluña. El 84% de los SUH pueden determinar péptidos natriuréticos (PN), 80% realiza evaluación ecográfica (aunque solo el 24% tiene más del 50% de sus facultativos formados) y el 64% dispone de cánulas nasales de alto flujo (CNAF). Solo la Comunidad Valenciana, Navarra y La Rioja disponen de PN, exploración ecográfica y CNAF en el 80% o más de sus SUH. El 46% tiene protocolizado dónde ingresar al paciente con ICA y el 60% dan cita ambulatoria. Un 57% de los hospitales con UIC tienen un protocolo consensuado con el SUH: el 40% puede asignar la citación desde urgencias. Los hospitales grandes muestran datos significativamente mejores en alguna de las características anteriormente mencionadas. Con los resultados del estudio se muestra una fotografía muy próxima a la realidad asistencial ofrecida a los pacientes con ICA en los SUH españoles. Y así, nos informa que deberían generalizarse las herramientas diagnósticas, tales como los PN y la ecografía, máxime si se tiene en cuenta que menos de un tercio de los SUH tienen disponibilidad de cardiólogo de guardia.

O. Miró, et al. *Emergencias 2022;34:85-94*

El COVID-A²R, modelo asistencial ambulatorio con una consulta de alta resolución tras el alta desde el servicio de urgencias hospitalario (SUH), es efectivo para pacientes con infección por el SARS-CoV-2 sin insuficiencia respiratoria, pero con marcadores clínicos o analíticos de evolución desfavorable

El modelo es capaz de evitar en el 87,8% de los casos una revisita al servicio de urgencias (SU) con ingreso hospitalario.

Importante estudio retrospectivo sobre 278 pacientes que se remitieron a la consulta COVID-A²R desde el SUH por presentar comorbilidad y elevación de marcadores inflamatorios sin neumonía, o con la presencia de neumonía sin insuficiencia respiratoria, pero con elevación de biomarcadores inflamatorios. La edad mediana fue de 57 años, el 57,9% hombres e índice de Charlson de 1. Consultaron en el SUH tras 7 (4-11) días de clínica y un 71,8% de los casos presentaban neumonía. El 64,7% de los pacientes requirió una única visita en la consulta COVID-A²R. Solo el 12,2% tuvieron una revisita al SUH tras la consulta y fueron ingresados. De los 34 pacientes que ingresaron el 88,2% lo hizo en menos de 5 días. El ahorro potencial conseguido por el modelo fue de 1.708 días de ingreso hospitalario.

O. Moreno-Pérez, et al.

Emergencias 2022;34:103-110

En pacientes con exacerbación aguda (EA) de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH), la alta puntuación de ítems respiratorios en el CAT (COPD Assessment Test) basal, la disnea de reposo y varios de los tratamientos instaurados en el SUH tienen buena capacidad de predicción de ingreso hospitalario

La puntuación CAT total, así como la puntuación de los ítems respiratorios del mismo son herramientas que podrían ayudar al clínico a individualizar el tratamiento y los controles posteriores.

Estudio de cohortes prospectivo que incluyó a 587 pacientes que acudieron al SUH con síntomas de EA-EPOC. La media de puntuación CAT total basal fue de 13,48 (7,29), en urgencias fue de 24,86 (7,25), a los 15 días fue de 14,7 (7,47) y a los 2 meses de 13,45 (7,36). La proporción sobre la puntuación CAT basal total de los ítems respiratorios fue de 53,4% (20,76) y en el momento de llegar a urgencias del 48,2% (11,47). Los "pacientes respiratorios altamente sintomáticos" (PRAS) fueron 82 (14%). Ingresaron 359 pacientes (61,2%). Los predictores de ingreso hospitalario fueron: PRAS [OR: 3,045 (IC 95%: 1,585-5,852, p < 0,001)], disnea de reposo [OR: 2,906 (IC 95%: 1,943-4,346, p < 0,001)] y algunos tratamientos instaurados en el SUH como la oxigenoterapia [OR: 4,550 (IC 95%: 3,056-6,773, p < 0,001)]; diurético [OR: 1,754 (IC 95%: 1,091-2,819, p = 0,02)]; y la administración de antibiótico iv [OR: 1,536 (IC 95%: 1,034-2,281, p = 0,03)]. Así, este modelo logra un área bajo la curva de la característica operativa del receptor (ABC-COR) de 0,80 (IC 95%: 0,763-0,836).

E. Pulido, et al.

Emergencias 2022;34:95-102

Procalcitonina (PCT) es superior al recuento linfocitario, la relación neutrófilo/linfocito (RNL) y la proteína C reactiva (PCR) para predecir mortalidad a 30 días en los pacientes con COVID-19 atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH)

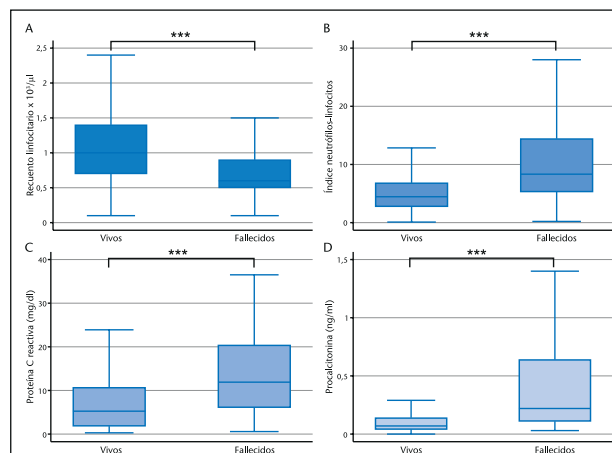
Las concentraciones de PCT, PCR y RNL en el SUH son mayores en pacientes que fallecen a los 30 días respecto a la de los supervivientes, mientras que el recuento de linfocitos es menor en el grupo de fallecidos.

Novedoso estudio de cohorte retrospectivo que estudia el valor pronóstico de distintos biomarcadores inflamatorios que incluyó de forma consecutiva a 896 pacientes con COVID-19, confirmada por laboratorio, atendidos en un SUH. Un 17% (151) fallecieron en los primeros 30 días. La mediana de edad fue de 63 años (51-78) y el 55% eran hombres. Las concentraciones de PCT, PCR, RNL y recuento de linfocitos

en relación a la mortalidad a los 30 días se muestran en la figura 1. Los puntos de decisión asociados a una sensibilidad predefinida $\geq 95\%$ para descartar muerte por cualquier causa a los 30 días fueron: linfocitos $1,74 \times 10^3/\mu\text{l}$, RNL: 2,125, PCR: 1,9 mg/dl, y PCT: 0,06 ng/ml. Mientras que los puntos de decisión para una especificidad predefinida $\geq 95\%$ para descartar muerte de los pacientes a los 30 días fueron: RNL: 15,4, PCR: 23,6 mg/dl y una PCT: 0,72 ng/ml.

Figura 1. Biomarcadores y mortalidad global a 30 días.

*** $p \leq 0,001$ (calculado con la prueba U de Mann-Whitney).



P. López-Ayala, et al. *Emergencias 2022;34:119-127*