

En el tratamiento con N-acetilcisteína de la intoxicación por paracetamol la pauta SNAP (*Scottish and Newcastle Acetylcysteine Protocol*) tuvo una eficacia similar a la tradicional con menos efectos adversos

Los pacientes tratados con pauta SNAP estuvieron menos horas en urgencias y los que precisaron ingreso tuvieron una menor estancia.

Importante estudio multicéntrico prospectivo que compara la pauta tradicional de tratamiento con N-acetilcisteína en la intoxicación por paracetamol (300 mg/Kg repartidos en tres dosis durante 21 horas) frente a la SNAP (que aporta la misma dosis total pero intenta evitar los errores en su administración al realizarse en solo dos dosis a pasar en 12 horas). Se incluyeron todos los pacientes atendidos en seis servicios de urgencias hospitalarios (SUH) desde 2021 a 2023 que acudieron por intoxicación por paracetamol y precisaron tratamiento con N-acetilcisteína. Se registraron datos de filiación, referentes a la intoxicación y destino. Los pacientes se dividieron en dos grupos según la pauta utilizada. Finalmente, se recogieron 165 casos (103 recibieron la pauta SNAP y 62 la tradicional). La edad media fue de 28,1 (DE 19,7) años y había un predominio de mujeres (70,5%). No se observaron diferencias en el pico máximo de transaminasas. Los pacientes que recibieron pauta SNAP tuvieron menos efectos secundarios, estuvieron menos horas en urgencias [17,8 (DE 15,2) frente a 25,9 (DE 17,1); $p = 0,001$] y tuvieron menos días de estancia hospitalaria [2,6 (DE 2,3) días frente a 4,4 (DE 3,6); $p = 0,019$].

A. Supervia, et al.

Emergencias 2025;37:39-43

Las características clínicas y la atención urgente de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y con sospecha de EPOC (sEPOC) son diferentes

Se comprueba un acceso limitado a determinados recursos diagnósticos, terapéuticos y de seguimiento en los pacientes con sEPOC.

Novedoso registro prospectivo, observacional de cohortes multipropósito y multicéntrico (desarrollado en 14 servicios de urgencias de centros de Castilla y León) del 14-11-2022 hasta el 14-5-2023. Se incluyeron 1.179 pacientes ≥ 40 años: 931 (78,9%) con EPOC y 248 (21,1%) con sEPOC. La edad mediana fue 76 años (RIC 68-83) y 305 (25,9%) fueron mujeres. Las variables relacionadas con sEPOC fueron la edad de 40 a 65 años –OR de 0,46 (IC 95%: 0,26-0,65)– y ser mujer –OR de 0,57 (IC 95%: 0,42-0,77)–. Los pacientes con EPOC presentaban una mayor comorbilidad según el índice de Charlson –OR 1,93 (IC 95%: 1,42-2,63)– y un mayor uso de inhaladores –OR 3,43 (IC 95%: 2,57-4,61)–. El ingreso en neumología –OR 1,39 (IC 95%: 1,97-3,01)– y el uso de ventilación mecánica no invasiva (VMNI) –OR 3,21 (IC 95%: 1,27-10,71)– fue más frecuente en el grupo EPOC. Sin embargo, no se observaron diferencias en la necesidad de ingreso global ni en la mortalidad a 30 días. Los servicios de urgencias pueden ser puntos estratégicos para la detección de estos pacientes y plantear una derivación a atención especializada para realizar una espirometría reglada, en situación clínica de estabilidad, de forma precoz en el momento en que la exacerbación esté controlada.

R. Alonso, et al.

Emergencias 2025;37:31-38

La nueva escala predictiva de Shock Séptico (SS) refractario (ESSR) obtuvo un rendimiento adecuado en múltiples cohortes de validación, tanto de pacientes incluidos de la unidad de cuidados intensivos (UCI) como del servicio de urgencias (SU)

La ESSR incluye seis variables: lactato, presión arterial sistólica, frecuencia cardíaca, temperatura, pH arterial y cifra de leucocitos.

Este estudio elaborado en Corea del Sur, multicéntrico y retrospectivo, analizó pacientes de la base MIMIC-IV (*Marketplace for Medical Information in Intensive Care*) con el objetivo de desarrollar una escala predictiva en pacientes con shock séptico (SS) refractario basada en parámetros clínicos disponibles en la valoración inicial mediante un modelo híbrido de aprendizaje automático y regresión. Además, realizó una validación externa con pacientes con SS diagnosticados en el SU (cohorte SU) y con pacientes diagnosticados en la UCI (cohorte UCI). La ESSR se desarrolló con Autocore. El resultado primario fue el desarrollo de SS refractario en las 24 horas siguientes al ingreso en la UCI o de la llegada al SU, definido como la necesidad de una dosis equivalente de noradrenalina superior a 0,5 $\mu\text{g/kg/min}$. Se analizaron 29.618 pacientes de la base MIMIC-IV, 3.113 de la cohorte SU y 1.015 de la cohorte UCI. El ABC ROC de la ESSR fue de 0,873 (IC 95%: 0,846-0,900) en la validación interna; 0,705 (IC 95%: 0,678-0,733) en la cohorte SU a su llegada y 0,781 (IC 95%: 0,757-0,805) en el momento de la hipoperfusión o hipotensión; y 0,822 (IC 95%: 0,787-0,857) en la cohorte UCI.

S. Heo, et al.

Emergencias 2025;37:15-22

Este número de EMERGENCIAS publica una relevante revisión sistemática (RS) que analiza si la administración precoz de la antibioterapia (en < 3 horas) en pacientes adultos atendidos en los servicios de urgencias (SU) por infección grave o sepsis, en comparación con la administración diferida (> 3 horas), es más eficaz y segura y mejora la evolución clínica al disminuir la progresión a shock séptico (SS) y la mortalidad

En los casos de sepsis sin cumplir criterios de SS, se puede recomendar la administración precoz de la terapia antimicrobiana preferiblemente en las tres primeras horas (en realidad lo antes posible, en cuanto se pueda confirmar o se mantenga la sospecha sin encontrar otro diagnóstico distinto).

Esta RS siguió la normativa PRISMA en las principales bases de datos desde 1/1/2010 a 31/12/2023 con una combinación de descriptores: "Antibiotic OR Early Antibiotic Treatment OR Early Antibiotic Therapy", "Infection OR Bacterial Infection OR Sepsis", "Emergencies OR Emergency Department", "Timing", "Early" y "Adults". Para valorar la calidad del método y el riesgo de sesgos se utilizó la Newcastle-Ottawa Scale. No se realizaron técnicas de metanálisis, pero los resultados se compararon narrativamente. Así, se identificaron 1.528 artículos de los que se analizaron finalmente 7, que incluyen 118.349 pacientes, 74.141 de ellos (62,6%) con administración precoz de antibiótico (AB). Tres estudios fueron calificados de calidad alta, 3 moderada y 1 baja. En relación a los resultados de los estudios de calidad alta se encontró: 1) con la mortalidad hospitalaria y a corto plazo (30 días) en función del tiempo de administración del AB desde el triaje y la gravedad de la sepsis: el primer estudio publica una tendencia a aumentar la mortalidad cuando se administró el AB en > 6 horas frente a < 1 hora (HR = 2,25; IC 95%: 0,91-5,59; $p = 0,08$); el segundo muestra una OR ajustada para mortalidad hospitalaria por cada hora de tiempo de administración del AB desde el triaje de 1,09 (IC 95%: 1,05-1,13; $p = 0,024$); 2) con la mortalidad a largo plazo el tercer estudio muestra como cada hora adicional hasta el inicio del AB se asocia con un aumento del 10% (IC 95%: 5-14; $p < 0,001$) de probabilidad de morir a los 360 días. Finalmente, un estudio de calidad baja muestra como el tiempo (en horas) hasta la primera administración del AB obtiene una OR de 1,03 (IC 95%: 1,02-1,04; $p < 0,001$) para la progresión al SS. Por todo ello, en los casos de sepsis sin cumplir criterios de SS, se recomienda la administración precoz de la terapia antimicrobiana lo antes posible (en cuanto se pueda confirmar o se mantenga la sospecha sin encontrar otro diagnóstico distinto), ya que se ha confirmado la tendencia a aumentar la mortalidad a corto y a largo plazo y una mayor probabilidad de evolucionar a SS cuando se demora la administración del AB cada hora. En la tabla se muestran las recomendaciones sobre el momento de la administración del AB en el SU.

M.R. Rodríguez, et al.

Emergencias 2025;37:44-55

Los pacientes más frágiles y con mayor comorbilidad tienen mayor riesgo de ser usuarios frecuentes (UF) del servicio de urgencias (SU)

Estos pacientes deben ser identificados precozmente para adaptar su manejo.

Interesante estudio de casos y controles anidado en dos niveles, en una cohorte de pacientes 75 o más años atendidos en 3 SU de París entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2019, con el objetivo de identificar los factores sociodemográficos y clínicos asociados con la condición de caso de UF (≥ 4 visitas durante el año anterior). Se incluyeron 29.009 pacientes mayores atendidos en los 3 SUH; 1.241 [4,3% (IC 95%: 4,1-4,5)] fueron UF de los SUH en el año anterior. Las características asociadas de forma independiente con los UF fueron la edad avanzada [OR 1,03 (IC 95%: 1,02-1,04)], el sexo masculino [OR 1,15 (IC 95%: 1,02-1,29)], la presencia de comorbilidades [antecedentes de caídas, OR 2,42 (IC 95%: 1,27-4,70)], ictus [OR 4,07 (IC 95%: 1,84-9,69)], deterioro cognitivo [OR 2,53 (IC 95%: 1,20-5,45)], pérdida de autonomía [OR 2,70 (IC 95%: 1,38-5,41)], y el uso de diuréticos [OR 2,10 (IC 95%: 1,09-4,11)] o benzodiacepinas [OR 2,27 (IC 95%: 1,07-5,00)].

L. Reinhart, et al.

Emergencias 2025;37:7-14