

CARTA AL DIRECTOR

Lo inquietante de la Urgencia Médica

MSc. Dr. Ernesto Conyedo Vergel¹

Dr. Pedro Borges Echevarria²

MSc. Dra. Mayra Marrero Cárdenas³

RESUMEN

El envejecimiento del sistema nervioso central, la aterosclerosis, la hipertensión arterial y las afecciones cardíacas, predisponen a la enfermedad cerebrovascular (ECV); esta es una de las enfermedades más frecuentes en las urgencias, la cual hay que tratar según los criterios de emergencia y urgencia médica. Algo que vale la pena destacar es que en sentido global de la urgencia, ingresan en su mayoría, o reciben tratamiento, los pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica, seguidos por los de los Accidentes Vasculares Encefálicos AVE y las Infecciones Respiratorias Agudas IRA.

DeCS:

URGENCIAS MEDICAS
CAUSALIDAD

SUMMARY

The aging of the central nervous system, atherosclerosis, hypertension and heart disease predispose to cerebrovascular disease (CVD). This is one of the most common diseases in emergencies, which must be treated according to the criteria of emergency and urgent care. Something worth noting is that in a global sense of emergency, most of the patients who are admitted to hospital, or receive treatment, have diagnoses of ischemic heart disease, followed by Cerebrovascular Accidents and Acute Respiratory Infections.

MeSH:

EMERGENCIES
CAUSALITY

Sr. Director:

El envejecimiento del sistema nervioso central, la aterosclerosis, la hipertensión arterial y las afecciones cardíacas, predisponen a la enfermedad cerebrovascular (ECV); esta es una de las enfermedades más frecuentes en las urgencias, la cual hay que tratar según los criterios de emergencia y urgencia médica.

El síndrome coronario agudo es la obstrucción de una arteria coronaria. Su diagnóstico se hace mediante electrocardiograma, la presencia o ausencia de marcadores séricos, y muy importante resulta la clínica que presenta el paciente.

Un elemento fundamental en el tratamiento consiste en el uso de fármacos antiagregantes, anticoagulantes, nitratos, β -bloqueadores, y para el infarto del miocardio con elevación del segmento T, perfusión urgente con fármacos fibrinolíticos, la intervención percutánea o, en ocasiones, la cirugía de injerto de derivación arterial coronaria.¹

La insuficiencia cardiaca es un cambio en la función de bombeo del corazón, la cual se acompaña por signos o síntomas típicos como disnea, o fatiga. La prevalencia actual se calcula entre el 0.4% y 2% basándose en las tendencias actuales; y mediante los modelos simulados se ha calculado un aumento en la prevalencia de la insuficiencia cardíaca.

Múltiples han sido las causas de este incremento, el envejecimiento progresivo de la población; la mejoría en el tratamiento de los síndromes coronarios agudos, con un mayor porcentaje de pacientes que sobreviven al daño miocárdico inicial, la mayor supervivencia de los pacientes con insuficiencia cardiaca; todo asociado a una elevación de la morbilidad y la mortalidad.

Las arritmias son responsables de una sustancial morbilidad y la mortalidad en la población general, aunque su verdadera frecuencia no es conocida; algunos autores refieren que en los Estados Unidos aproximadamente 400 000 personas al año sufren muerte súbita por arritmias cardíacas.²

La hipertensión arterial es más frecuente en los hombres con una relación de 3:1 respecto a las mujeres; su prevalencia es más frecuente en la raza negra, y en la edad comprendida entre los 50 y 70 años de edad, y en menor incidencia, antes de los 40 años. Es una enfermedad muy grave con alta mortalidad, alrededor de un tercio de los pacientes mueren en las primeras 24 horas y alrededor del 50% en las cuatro horas de evolución.³

Los grupos de edades que más acuden a solicitar una atención de urgencia son los niños, y en otros estudios, como en el de la localidad de Nueva Paz, se han encontrado a los de 15-59 años, y que las enfermedades ginecológicas y obstétricas no son frecuentes.⁴

Fue realizado un estudio en los servicios de urgencias en hospitales municipales, a los cuales el 60% de los pacientes acudieron por infecciones de las vías aéreas superiores; y del total de pacientes que acudieron al servicio, solo requirieron ingreso el 5.95%; el resto, al disponer de menor gravedad, fueron solucionados con tratamiento médico domiciliario.⁵ Debemos acotar que esta información está avalada por otros estudios.

Los resultados del Dr. Sánchez Padilla demostraron como causas más frecuentes para recibir atención de urgencia el asma bronquial, las infecciones respiratorias agudas y las crisis hipertensivas.⁶

Iris, JM; Sánchez, A; Ocampo, J; Chávez, A, en su artículo, señalan la mala calidad en el servicio de observación con una estadía de los pacientes de más de 24 horas, y muchas veces sin camas suficientes, mala calidad en el diagnóstico, ya que no tenían criterios de ingreso.⁷

Barrios realizó un estudio sobre la letalidad del paciente infartado, en el que comprobó la importancia de la atención de urgencia en este grupo de pacientes, ya que estos tuvieron una mayor sobrevida en los casos atendidos por el sistema de urgencia que los que acudieron por sus medios o fueron trasladados sin acompañamiento médico.⁸

Las salas de observación son parte esencial en la cadena de atención de los pacientes en el servicio de urgencia, es el lugar donde permanece por un período determinado, y luego se toma la conducta médica más adecuada: egreso o remisión a una sala de terapia.

Los pacientes que padecen cólico nefrítico fueron quienes más acudieron al servicio de observación, lo cual, representa el 14.62%; la hipertensión arterial con 10.16%, corresponde el segundo lugar; todos los otros diagnósticos no relacionados comparten el 46.30%.

La mortalidad en la sala de observación permitió apreciar que sólo el 2.64% falleció, de un total de 16.308 casos atendidos, y que el 11.05% de fallecidos fue por cardiopatía isquémica.

En los servicios de policlínico se prestó atención a 5.752 pacientes afectadas por una u otra situación de salud, para un 80.38%. En las salas de terapia de los policlínicos se alcanzaron cifras más altas, el 70.29% con relación a las salas de terapias de los municipios. Los remitidos han sido mayores al enviar a pacientes graves, para un 20.39%, hacia servicios con mayor calificación y desarrollo tecnológico. Los hospitales municipales tuvieron mayor número de muertes, 16.38%; como se explica en lo anteriormente expuesto, porque reciben a los pacientes en peores condiciones y mayores padecimientos, en tanto su evolución más tórpida.

Es controversial el comportamiento del egreso en salas de terapias municipales, donde la mayor cifra está dada por las altas, 43.16%; traslados, 32.76%; y fallecidos, 16.38%; en último lugar pueden hallarse los remitidos con 7.69%, comparados con los datos de terapia de policlínicos con el 70.29% de altas; el 20.39% de remitidos; y el 2.57% de fallecidos. Los diagnósticos con mayor cantidad de altas fueron los referentes a la descompensación aguda del diabético con un 63.64%.⁹

Algo que vale la pena destacar es que en sentido global de la urgencia, ingresan en su mayoría, o reciben tratamiento, los pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica, seguidos por los de los accidentes vasculares encefálicos y las infecciones respiratorias agudas.

Resulta importante la recogida del dato primario, ya que condición más frecuente que la descompensación de la hipertensión arterial no se observa como diagnóstico predominante en investigaciones realizadas.

El Sistema Integrado de Urgencias Médicas (SIUM), en el país, ha propiciado el descenso progresivo de la mortalidad por asma, y por enfermedades coronarias, ya que con anterioridad al surgimiento del SIUM, del total de anginosos e infartados que llegaban espontáneamente al hospital morían el 19.6%, señala un estudio realizado en la Provincia de La Habana, en la que ahora sólo fallece el 6.8%.

Con sustanciales logros avanzan las provincias orientales al prestar servicio de urgencias médicas a través del SIUM, al disminuir la cantidad de los pacientes atendidos en cuerpo de guardia hospitalario y los fallecidos en condiciones extrahospitalarias, así como al incrementarse en el rescate de emergencia móvil y extrahospitalaria, según nos informa el doctor Valerio San Pedro en su estudio del SIUM.

El estudio sobre el acceso a los servicios de urgencia en Medellín demostró que hay barreras de acceso, ya que del total que acudieron sólo fueron admitidos el 89.4%, también que el acceso inadecuado de acuerdo al tipo y gravedad de la urgencia y la deficiente articulación de los niveles de atención necesitan una red de urgencia en la ciudad.¹⁰

Es importante conocer cómo y en qué momento debemos atender casos sospechosos de infarto agudo al miocardio, según plantearon F. Rosell Ortiz y demás colaboradores, en Andalucía, España, quienes explican que el tratamiento fibrinolítico, aplicado correctamente, tiene excelentes resultados de supervivencia.

El estudio realizado por Barrios Rodríguez concluyó que fue muy significativo el número de pacientes infartados, predominando en los mayores de 60 años, y que son trasladados al sistema avanzado de urgencias, teniendo una mayor supervivencia con respecto a quienes fueron por sus medios.⁸

Otros especialistas, como Aguilar Hernández plantean que las afecciones cardiovasculares de prioridad y las cardiopatías isquémicas agudas fueron las principales causas de ingreso y muerte en los servicios de urgencias; esto coincide con la investigación presentada.⁴

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beers HM, Porter SR, Jones VT, Kaplan LJ, Berkwits M. Trastornos Cardiovasculares. En: El Manual Merck de diagnóstico y tratamiento. Vol 3. 11ª ed. Madrid: Elsevier; 2007. p. 673-83.
2. Agüero Rodríguez MA, Conde Forcada C, Ferrer Tan IJ, Ferrer Herrera IM. Comportamiento de la taquiarritmias cardíacas en los Cuidados Progresivos. Arch Med Camaguey [revista en la Internet]. 2008 Ago [citado 03 de Mayo de 2011];12(4): [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000400006&lng=es
3. Rivero Fernández F, Rivero Fernández T, Guerra González A, Basulto Barroso M. Disección Aórtica y Emergencia Hipertensiva. Reporte de un caso. Arch Med Camaguey. [serie en internet]. 2006 [citado el 2 de junio de 2009];10(5):

[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n5-2006/2117.htm>

4. Aguilar Hernández I, Benítez Maqueira BC, Barreto García ME. Impacto de la unidad de terapia intensiva municipal de Nueva Paz. Rev Cubana Med Gen Integr. [serie en internet]. 2006 [citado el 15 de mar de 2009];22(4): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22-4-06/mgi03406.htm>
5. Quizaman Martínez R, Neri Moreno MC. Procedimientos más frecuentemente atendidos en el servicio de urgencias pediátricas en un hospital de tercer nivel. Rev Fac Med UNAM [serie en internet]. 2008 Ene-Feb [citado el 9 de dic de 2008];51(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.mediagraphic.com/español/e1-indic.htm>
6. Sánchez Padilla LM, Albert Cabrera MJ, Rey Hernández ME, Rodríguez Rodríguez W, Suzarte Portal J, Tirado Bientz JI, et al. Prevalencia de urgências médicas en adultos de 20 a 49 años. Policlínico 26 de julio. 1er trimestre 2007. Rev Electr Portalesmedicos.com [serie en internet]. 2008 [actualizado 4 de jun de 2008; citado 12 de abril de 2009];3(7). Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles>
7. Iris JM, Sánchez A, Ocampo J, Chávez A. Calidad de la atención en la Sala de Observación de urgencias. Med Interna Méx [serie en internet]. 1999 nov-dic. 15(6):274-8 [citado 7 de abril de 2009]. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=266706&indexSearch=ID>
8. Barrios Rodríguez JA. Impacto del Subsistema de urgencias médicas en la atención al Infarto Agudo del Miocardio. Rev Cienc Méd Habana [serie en Internet]. 2006 [citado el 21 de abril de 2009];12(2): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol12-2-06/hab09206.htm>
9. Conyedo Vergel E. Comportamiento de la Urgencia Médica Municipal. [Tesis de Maestría] Villa Clara: Universidad de Ciencias Médicas; 2009.
10. Valencia Sierra ML, González Echeverri G, Agudelo Vanegas NA, Acevedo Arenas L, Vallejo Zapata IC. Acceso a los servicios de urgencia en Medellín, 2006. Rev Salud Pública. 2007;9(4):529-40.

DE LOS AUTORES

1. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Master en Urgencias Médicas. Profesor Instructor de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz de Villa Clara.
2. Especialista de I Grado en Gineco-Obstetricia. Profesor Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz de Villa Clara. E-mail: borges08@capiro.vcl.sld.cu.
3. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Master en Longevidad Satisfactoria. Profesora Instructora de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz de Villa Clara. E-mail: mayramarrero@capiro.vcl.sld.cu.