Relación del cannabis con el infarto agudo de miocardio

Relationship between cannabis and acute myocardial infarction

Sr. Editor:

La cardiopatía isquémica coronaria es una entidad clínica poco frecuente en la población joven. Sin embargo, cada vez es mayor la evidencia científica de la relación entre el consumo de cannabis en pacientes jóvenes sin factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y el síndrome coronario agudo.

Presentamos el caso clínico de un varón de 23 años sin antecedentes médicos de interés, que acudió a un servicio de urgencias hospitalario (SUH) por dolor centrotorácico de características anginosas, con cortejo vegetativo asociado de 3 horas de duración en reposo.

El paciente reconoció el consumo de una cantidad indeterminada de cannabis fumado durante las horas previas al inicio de los síntomas, que se confirmó mediante análisis de metabolitos en orina, descartando el consumo de otros tóxicos. A su llegada el paciente se encontraba estable hemodinámicamente y sin signos de insuficiencia cardiaca en la exploración física.

Presentaba dicho dolor torácico con similares características, pero de menor intensidad y una duración de 2 semanas. El paciente negó que presentara fiebre o un síndrome infeccioso asociado en los días previos.

Se realizó un electrocardiograma objetivando ritmo sinusal con elevación del segmento ST en cara anterior y un descenso especular en la cara inferior. Se activó el código infarto para la realización de cateterismo emergente. La coronariografía detectó una enfermedad arterial coronaria con oclusión trombótica aguda en la arteria descendente anterior media, estando el resto del árbol coronario libre de lesiones obstructivas.

Se revascularizó exitosamente implantándose un *stent* farmacoactivo a dicho nivel. Tras ingresar en la unidad coronaria la ecocardiografía transtorácica cuantificó una fracción de eyección del ventrículo izquierdo del 50,4% con hipoquinesia apical. El hemograma presentó una trombocitosis de 663 x $10E^3/mm^3$ que posteriormente en la evolución regresaría a valores normales.

La cinética de troponinas ultrasensibles trazó una curva característica de síndrome coronario agudo, presentando 9.651 ng/ml como pico, siendo mayor que el valor de normalidad de la troponina de alta sensibilidad de nuestro laboratorio. El perfil lipídico y glucémico confirmó la ausencia de otros FRCV (colesterol total 139 mg/dL, colesterol LDL 88 mg/dL, hemoglobina glicosilada 5,2%).

Tras la fase aguda y la revascularización percutánea, el paciente evolucionó favorablemente y se trasladó a la unidad de rehabilitación cardiaca de nuestro centro, para fomentar la actividad física y reducir los FRCV como el consumo de tóxicos.

Debido al perfil del paciente, se realizó un estudio hematológico que descartó la presencia de trastornos protrombóticos y de la coagulación, así como trombofilia y enfermedades inflamatorias sistémicas. Finalmente, el paciente fue dado de alta asumiendo como etiología del evento coronario agudo el consumo de cannabis reciente.

Los pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) menores de 50 años presentan un perfil de riesgo cardiovascular diferente, con un mayor consumo de tabaco, obesidad y dislipemia, que los pacientes mayores de 65 años con IAM[1]. No obstante, el IAM en esta población se ha asociado con el consumo de drogas como el cannabis o la cocaína[2].

El cannabis es la droga ilegal más consumida en España según la última Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España del año 2019/2020, especialmente entre la población masculina y joven. El inicio del consumo se sitúa a una edad media de 18,5 años y hasta el 2,9% de toda la población encuestada reconocen haberlo consumido de forma diaria en los últimos 30 días[3].

En los últimos años, la comunidad científica ha evaluado la asociación entre el consumo de cannabis y el IAM. Un estudio retrospectivo recogió pacientes entre 2017 y 2018 con un consumo reciente de cannabis y desarrollo de IAM comparado con un grupo control.

Autores:
Jorge Joaquín Castro-Martín[1], Néstor Báez-Ferrer[1], Patricia Corina Parra-Esquivel[2], Guillermo Burillo-Putze[2], Alberto Domínguez-Rodríguez[1,3].

Filiación de los autores:
[1]Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, Tenerife, España.
[2]Servicio de Urgencias, Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, Tenerife, España.
[3]Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de La Laguna, San Cristóbal de La Laguna, Tenerife, España.

E-mail:
nestor.baez@hotmail.com

Responsabilidades éticas:
Los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación externa y el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes y, acuerdo de publicación y cesión de derechos a la Revista Española de Urgencias y Emergencias.

Editor responsable:
Fernando Rosell Ortiz.

DOI:10.55633/s3me/REUE.A091.2024

© SEMES

El grupo consumidor de cannabis reciente, en una población menor de 44 años, tuvo un riesgo mayor de IAM con un *odds ratio* 2,07 (IC 95%: 1,12-3,82)[2]. Otro trabajo en 3.882 pacientes con IAM, en el que se evaluó si habían tenido un consumo reciente de cannabis, determinó que aquellos con un consumo de cannabis en los 60 minutos previos al evento tenían un incremento del riesgo de 4,8 veces (IC 95%: 2,4-9,5) de presentar el IAM[4]. Incluso en el trabajo publicado por parte de Mukamal *et al*. en el año 2008, se encontró una mayor mortalidad cardiovascular y no cardiovascular en aquellos pacientes expuestos al cannabis en la semana previa de haber padecido un IAM[5].

Se han encontrado otras evidencias que demuestra la asociación entre el consumo de cannabis y las enfermedades cardiovasculares[6]. Los dos principales compuestos químicos del cannabis o "cannabinoides", el delta 9-tetrahidrocannabinol y el cannabidiol, ejercen sus mecanismos fisiopatológicos a través de los receptores CB_1 y CB_2 principalmente.

Aunque los efectos de la activación del receptor CB_2 a nivel cardiovascular no están bien establecidos, sí se han encontrado evidencias entre la activación del receptor CB_1 y las enfermedades cardiovasculares[6].

Los principales efectos a dosis bajas tienen lugar tras activar el sistema nervioso simpático, predominando el estímulo del sistema nervioso parasimpático a mayores dosis. La activación del sistema nervioso simpático junto con un mayor porcentaje en la sangre de carboxihemoglobina genera un disbalance en la demanda miocárdica de oxígeno. Además, se genera un entorno de disfunción endotelial y estado procoagulante, activando vías inflamatorias de la aterosclerosis[6].

Finalmente, la oxidación celular a partir de la formación de especies reactivas del oxígeno, contribuye en la patogénesis de la disfunción endotelial y promueve el vasoespasmo arterial.

Las emergencias cardiovasculares derivadas del consumo de cannabis abarcan desde el síndrome coronario agudo, arritmias, muerte súbita, ictus[6] y miocardiopatía por estrés[7]. Dado el mayor consumo en la población joven sin FRCV clásicos, el cannabis y otros tóxicos suponen uno de los principales factores de riesgo modificable en estos pacientes[8]. Existe la posibilidad de infravalorar esta asociación puesto que determinadas formas sintéticas pueden ser indetectables en el análisis toxicológico[7].

Un problema añadido a esta población, si persiste el consumo de cannabis, será el tener un mayor riesgo cardiovascular del que se estima para su edad y sexo según los *scores* de práctica clínica y los publicados recientemente en las guías europeas de prevención cardiovascular[7,9]. Además, el IAM debido al cannabis se ha relacionado con una mayor mortalidad a corto plazo, atribuyéndose al tiempo de retraso para el contacto con el personal sanitario y al efecto analgésico que enmascara los síntomas[6].

Debemos hacer especial hincapié en esta población con una buena anamnesis dirigida al consumo de tóxicos. Una anamnesis dirigida en los SUH nos ayudaría a poder identificar correctamente a estos pacientes que presentan un mayor riesgo cardiovascular.

En conclusión, ante un creciente consumo de cannabis en la población y sobre todo menor de 50 años, tanto el personal sanitario como la población general debe conocer el riesgo cardiovascular que acarrea el consumo de cannabis.

Nuestro caso manifiesta un caso típico de IAM en un paciente joven, sin factores de riesgo cardiovascular, secundario al consumo de cannabis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gao H, Wang Y, Shen A, Chen H, Li H. Acute Myocardial Infarction in Young Men Under 50 Years of Age: Clinical Characteristics, Treatment, and Long-Term Prognosis. Int J Gen Med. 2021;14:9321-31.
2. Ladha KS, Mistry N, Wijeysundera DN, Clarke H, Verma S, Hare GMT, et al. Recent cannabis use and myocardial infarction in young adults: a cross-sectional study. CMAJ. 2021;193:E1377-E1384.
3. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España (EDADES), 1995 -2019/2020. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021. Pp. 62-70.
4. Mittleman MA, Lewis RA, Maclure M, Sherwood JB, Muller JE. Triggering myocardial infarction by marijuana. Circulation. 2001;103:2805-9.
5. Mukamal KJ, Maclure M, Muller JE, Mittleman MA. An exploratory prospective study of marijuana use and mortality following acute myocardial infarction. Am Heart J. 2008;155:465-70.
6. Urbano Seguí J, Falcón Espínola L, Expósito Rodríguez M, Burillo-Putze G. Ictus cerebeloso por consumo de cannabis. Med Clin (Barc). 2015;144:479-80.
7. Latif Z, Garg N. The Impact of Marijuana on the Cardiovascular System: A Review of the Most Common Cardiovascular Events Associated with Marijuana Use. J Clin Med. 2020;9:1925.
8. Burillo-Putze G, Ibrahim-Ach D, Galicia M, Supervía A, Martínez-Sánchez L, Ortega Pérez J, et al. Manifestaciones clínicas y eventos adversos graves tras consumo de cannabis: efecto de la edad y análisis diferenciado en función del sexo y la coingesta de etanol. Emergencias. 2022;34:275-81.
9. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J. 2021;42:3227-337.

© SEMES

¿Es todo infección de orina y declive funcional en el anciano?

Is a presentation of urinary tract infection and functional decline in the elderly the whole story?

Sr. Editor:

La infección del tracto urinario (ITU) es un diagnóstico muy prevalente en los servicios de urgencias[1] y una causa frecuente de declive funcional en ancianos frágiles, hechos que favorecen el infradiagnóstico de otras entidades clínicas. Presentamos el caso de una paciente diagnosticada de ITU y declive funcional que presentó una evolución con desenlace fatal.

Mujer de 77 años con antecedentes patológicos de hipertensión arterial, fibrilación auricular (FA) de larga evolución y accidente vascular cerebral (AVC) cardioembólico 4 meses antes, que precisó trombectomía mecánica, quedando la paciente con una leve hemiparesia izquierda residual. En ese momento, el ecocardiograma transtorácico mostraba severa dilatación de la aurícula izquierda (AI) (62,7 ml/m^2). El tratamiento actual era rivaroxaban (previamente acenocumarol), digoxina y amlodipino.

Acudió a urgencias por oscilación del nivel de consciencia y clínica miccional. A la exploración física (EF) estaba afebril, hemodinámicamente normal con puño-percusión lumbar derecha positiva. No constaba exploración neurológica. Se orientó el caso como una pielonefritis aguda (PNA), con un sedimento de orina patológico, leucocitosis de 28,08 x 10^9/L con neutrofilia y PCR de 334 mg/L, iniciándose tratamiento con ceftriaxona endovenosa. Se realizó ecografía del aparato urinario la cual fue normal.

En planta de Geriatría una nueva EF mostró hemiplejia braquio-crural izquierda, rea-

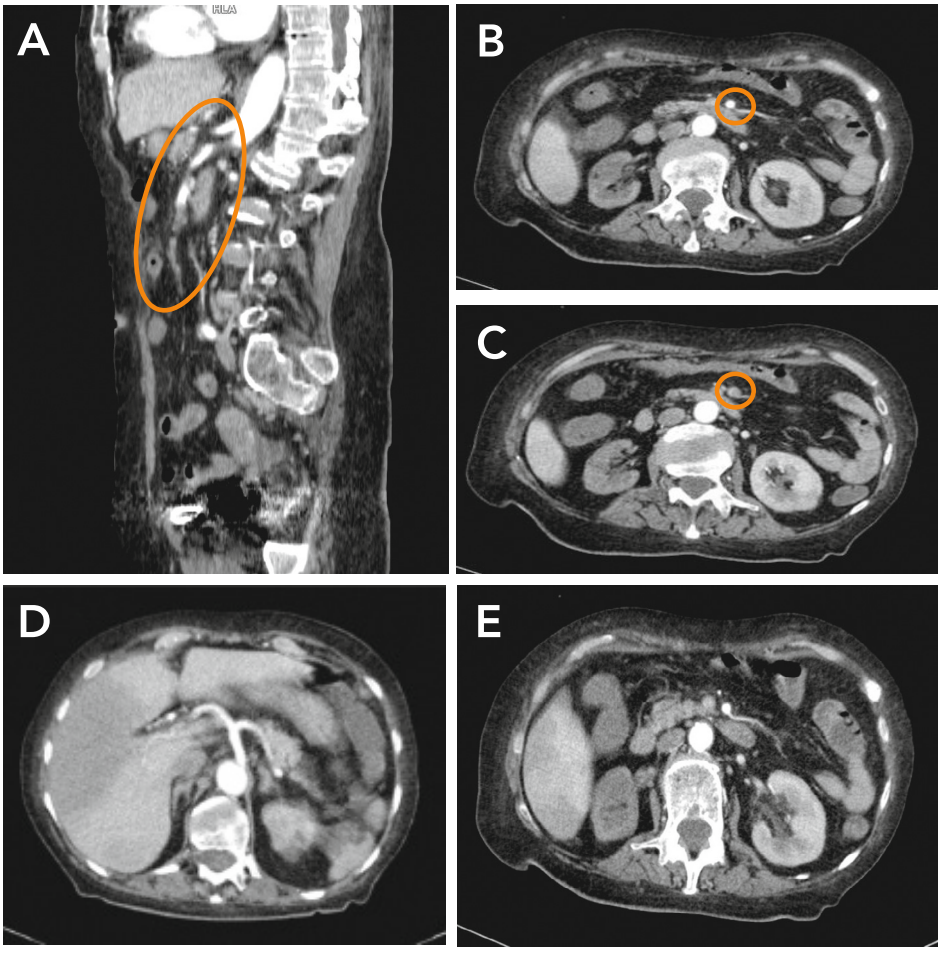

Figura 1. A) Trombosis de la arteria mesentérica superior en el tercio proximal. B) Arteria mesentérica superior permeable, con contraste. C) Arteria mesentérica superior trombosada. D) Oclusión arteria hepática derecha con áreas de hipoperfusión en lóbulo hepático derecho. E) Infarto renal derecho extenso, en fase subaguda.

Autores:
Berta López-Sáez[1],
Susana Herranz Martínez[1],
Enric Campderrich Estrada[2].

Filiación de los autores:
[1]Unidad de Geriatría, Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España.
[2]Hospital Universitari d'Igualada, Barcelona, España.

E-mail:
bertalopezsaez@gmail.com

Responsabilidades éticas:
Los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación externa y el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes y, acuerdo de publicación y cesión de derechos a la Revista Española de Urgencias y Emergencias.

Editor responsable:
Guillermo Burillo Putze.

DOI:10.55633/s3me/REUE.A092.2024

© SEMES

lizándose una resonancia magnética que confirmó un infarto focal agudo-subagudo periventricular postero-medial derecho. A las 48 horas la paciente presentó malestar general, febrícula, melenas e isquemia aguda de la extremidad inferior izquierda. Analíticamente, destacaba acidosis metabólica, leucocitosis, fracaso renal, hepático y elevación de creatinquinasa. Se realizó una tomografía computarizada (TC) abdominal urgente que confirmó isquemia intestinal con presencia de oclusiones en diferentes arterias viscerales (mesentérica superior, hepática derecha y renal derecha) de probable origen cardioembólico, con algunas asas intestinales y colon derecho hipocaptantes, infarto renal derecho extenso (subagudo) y áreas de hipoperfusión en el lóbulo hepático derecho (Figura 1). La paciente falleció en las siguientes horas.

A pesar de la baja incidencia de tromboembolismos viscerales infradiafragmáticos (TEID) en la FA[2], hay estudios que demuestran la coexistencia de AVC cardioembólicos y TEID asintomáticos hasta en un 31% estos pacientes[3], siendo el embolismo renal el más frecuente y el mesentérico superior el más grave[4], pudiendo encontrar a la vez infartos viscerales agudos y crónicos. El diagnóstico puede ser difícil al presentar una clínica frecuentemente inespecífica o ausente. Por ello es fundamental la sospecha clínica en un paciente con un AVC agudo/subagudo[5]. Asimismo, tener una AI con moderada-severa dilatación (volumen ≥ 42 ml/m²) se asocia a la coexistencia de TEID y AVC cardioembólico[3].

En nuestra paciente el declive funcional parece corresponder a un AVC recurrente, un infarto renal que simuló una PNA con una mala evolución clínica que llevó al fallecimiento, por un embolismo visceral masivo. Creemos que en la activación del Código Ictus en un AVC cardioembólico por FA pasadas las 4,5 horas del inicio de síntomas (sin indicación de fibrinólisis por el tiempo transcurrido), parece necesario indicar la realización de una ecocardiografía. En caso de confirmar una AI dilatada con volumen ≥ 42 ml/m², habría que valorar la realización de una angio-TC abdominal urgente[3] para poder descartar o confirmar la posibilidad de un TEID y, en este último caso, realizar el tratamiento acorde con el diagnóstico. La ITU en el paciente anciano, no debe ser óbice para relegar otros diagnósticos en base a sus antecedentes médicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Ortiz de Zárate M, González Del Castillo J, Julián Jiménez A, Piñera Salmerón P, Llopis Roca F, Guardiola Tey JM, et al. Estudio INFURG-SEMES: epidemiología de las infecciones atendidas en los servicios de urgencias hospitalarios y evolución durante la última década. Emergencias. 2013;25:368-78.
2. Weisenburgerlile D, Lopez D, Russel S, Kahn J, Hellmann AV, Scherrer A, et al. IRMA study: Prevalence of subdiaphragmatic visceral infarction in ischemic stroke and atrial fibrillation. Int J Stroke. 2016;0:1-4.
3. Sohn S, Park S, Lee Y, Park H, Chang H, Choi HA. Determinants of Visceral Infarction in Acute Cardioembolic Stroke Due to Atrial Fibrillation. J Stroke. 2021;23:277-80.
4. Bekwelem W, Connolly SJ, Halperin JL, Adabaj S, Duval S, Chrolavicius S, et al. Extracranial systemic embolic events in patients with nonvalvular atrial fibrillation: incidence, risk factors, and outcomes. Circulation. 2015;132:796-803.
5. Gómez Ara AM, García García A, Cruz López A, Burillo Fuertes P. Infarto renal como causa infradiagnosticada de dolor abdominal. Emergencias. 2010;22:117-9.

Visitas a urgencias por accidentes descompresivos en el buceo en apnea

Emergency department visits for decompression sickness in breath-hold diving

Autores:
Saray de la Peña Herrera Alonso[1], José Emilio Alonso Lasheras[1,2], Marcos Expósito-Rodríguez[1,2], Carolina García Gómez[2].

Filiación de los autores:
[1]Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Europea de Canarias, La Orotava, España. [2]Servicio de Urgencias, Hospital Universitario de Canarias, Tenerife, España.

E-mail:
merodriguez61@hotmail.com

Responsabilidades éticas:
Los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación externa y el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes y, acuerdo de publicación y cesión de derechos a la Revista Española de Urgencias y Emergencias.

Editor responsable:
Guillermo Burillo Putze.

Sr. Editor:

La práctica del submarinismo está cada vez más extendida. Las Islas Canarias por su situación y climatología son un lugar ideal para su realización. Dentro de esta actividad existen distintas modalidades deportivo-recreativas, que podemos simplificar en el buceo con sistema respiratorio autónomo y el buceo en apnea.

Cuando hablamos de enfermedad descompresiva aguda (EDA), rápidamente la asociamos a la práctica de la modalidad de buceo con escafandra autónoma, pensando que en la modalidad de apnea no puede ocurrir. Sin embargo, esta patología ya se había descrito en los buceadores de perlas de la isla de Tuamotu, en la Polinesia Francesa, consistente en un cuadro caracterizado por temblores, inestabilidad, vértigo, alteración de la conducta, parálisis y muerte que se denominó "Taravana" que en lengua nativa significa "volverse (tara) loco (vana)".

Aunque en muchas ocasiones no se superen grandes profundidades y el tiempo de permanencia en el fondo sea de pocos minutos, el nitrógeno del aire que se ha respirado en superficie va a disolverse en la sangre y los tejidos a favor de un gradiente de presión. La repetición de estas inmersiones cortas, durante largos periodos de tiempo y con periodos de descansos cortos en superficie, no permiten la correcta desnitrogenización de los tejidos, lo cual contribuye a que se acumule la suficiente cantidad de nitrógeno para el desarrollo de una EDA, al igual que ocurriría en una inmersión con escafandra autónoma. Además, el uso de "torpedos" o "scooters" que facilitan el descenso y ascenso del buzo han aumentado el número de casos y la posibilidad de sufrir una EDA.

Revisamos de manera retrospectiva los accidentes descompresivos por práctica del submarinismo en apnea en el Hospital Universitario de Canarias, Tenerife, centro público de referencia para los accidentes de buceo en

DOI:10.55633/s3me/REUE.A093.2024

© SEMES

las Islas Canarias, dotado de una cámara hiperbárica con capacidad para 10 pacientes, y con una guardia permanente con médico, enfermero y camarista. Se analizaron los pacientes atendidos entre 2012 y 2021.

De los 198 pacientes estudiados, 9 (4,5%) correspondieron a buceadores en apnea, de los que 8 fueron varones (88,9%). Seis pacientes fueron trasladados en helicóptero desde otras islas.

La edad media de la serie fue de 37 años (DE: 9,5; rango: 25-58), con una experiencia previa en buceo de 70,3 meses (DE: 47,7; rango: 12-120). La profundidad media de las inmersiones fue de 18,6 metros (DE: 13; rango: 6-48). El tiempo total de buceo fue de 166,7 minutos (DE: 67,2; rango: 90-270). Tres pacientes habían padecido un accidente descompresivo previo. El tiempo medio de llegada a urgencias tras el inicio de los síntomas fue de 1 hora y 7 minutos (DE: 113,32; rango: 1-4 horas).

Uno de los buceadores (11,1%) fue diagnosticado de EDA tipo I; 3 (33,3%) de EDA tipo II, y 5 (55,6%) de EDA II con sintomatología neurológica. Ocho pacientes (88,9%) entraron en la cámara hiperbárica. Cinco (62,5%) recibieron como tratamiento una tabla 6 USN (United States Navy) y los otros 3 (37,5%) una tabla 5 USN. Solo un paciente requirió sesiones posteriores (hasta 7). Ninguno de los buzos presentó secuelas.

Aunque no disponemos de datos sobre la práctica el buceo en Canarias, visitan estas islas 14 millones de turistas al año, teniendo además una población de residentes de 2,4 millones. Se calcula que se realizan unas 100.00 inmersiones al año, aunque se estima que la cifra real podría ser muy superior. La literatura científica sobre accidentes en apnea se basa fundamentalmente en series australianas y hawaianas, donde se han registrado 144 fallecidos en 17 años[1,2,4]. Muchos de ellos presentaban una edad muy superior a nuestra serie y patologías médicas previas, no recogiendo en nuestro estudio este último aspecto. Nuestros datos indican ausencia de mortalidad y escasa morbilidad en Canarias por esta práctica deportiva, si bien creemos que contribuye a ello el disponer de un centro de tratamiento especializado accesible y un sistema de transporte sanitario rápido y eficiente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Foti PR, Wilcox CM, Goto RS. Factors Contributing to Snorkel Drowning in Hawai'i. Hawaii J Health Soc Welf. 2022;81:71-6.
2. Taylor SE, Taylor DM, Pisasale D, Booth K, Lippmann J. Regular medication use by active scuba divers with a declared comorbid medical condition and victims of scuba and snorkelling-related fatalities. Diving Hyperb Med. 2021;51:264-70.
3. Guillén-Pino F, Morera-Fumero A, Henry-Benítez M, Alonso-Lasheras E, Abreu-González P, Medina-Arana V. Descriptive study of diving injuries in the Canary Islands from 2008 to 2017. Diving Hyperb Med. 2019;49:204-8.
4. Dunne CL, Madill J, Peden AE, Valesco B, Lippmann J, Szpilman D, Queiroga AC. An underappreciated cause of ocean-related fatalities: A systematic review on the epidemiology, risk factors, and treatment of snorkelling-related drowning. Resusc Plus. 2021;6:100103.
5. Salinas Cascales A, Desola Alà J, Sala Sanjaume J, Crespo Alonso A. Accidentes disbáricos en el buceo en apnea: a propósito de cuatro casos. Emergencias. 1996;8:190-1.

Autores:
Sebastián M. Matos Castro[1,2], Georgina Sánchez Gómez[1], Tomás González Cobiella[2,3], Alejandra M.ª Camacho Anguiano[4], Ana Matos Padrón[5].

Filiación de los autores:
[1]Servicio Normal de Urgencias Puerto de la Cruz, Gerencia Atención Primaria de Tenerife, España. [2]Universidad Europea de Canarias, Tenerife, España. [3]Hospital Universitario Hospiten Bellevue, Tenerife, España. [4]Centro de Salud Orotava-Dehesa, Gerencia Atención Primaria de Tenerife, España. [5]Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Tenerife, España.

E-mail:
taburiente1966@hotmail.com

Responsabilidades éticas:
Los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación externa y el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes y, acuerdo de publicación y cesión de derechos a a la Revista Española de Urgencias y Emergencias.

Editor responsable:
Guillermo Burillo Putze.

Revisitas de pacientes a un servicio normal de urgencias

Patient revisits to non-hospital emergency care services

Sr. Editor:

Dentro de la cadena asistencial urgente, los Servicios de Urgencias Extrahospitalarios (Servicios Normales de Urgencias –SNU–, Servicios de Urgencias de Atención Primaria –SUAPs–, Puntos de Atención Continuada –PACs–, o como se denominen en las diferentes CCAA), constituyen el primer eslabón asistencial junto con los Sistemas de Emergencias Médicas (SEM). En algunas CCAA, los SNU están integrados en la estructura organizativo-asistencial de los SEM. El personal sanitario habitualmente no está integrado en los equipos de atención primaria, siendo denominado su puesto de trabajo médico/enfermero de urgencias (de atención primaria). Otra de sus características suele ser la disponibilidad limitada de recursos diagnósticos y en ocasiones terapéuticos, si bien es cierto que, con la tecnología de tipo *point of care*, se está revirtiendo esta limitación tecnológica.

La tasa de retorno a urgencias o revisita (pacientes que tras ser atendidos en el servicio de urgencias y ser dados de alta, regresan al mismo en las 72 horas siguientes), refleja la eficacia de estos dispositivos asistenciales, sin que, en nuestro conocimiento, se haya determinado y evaluado esta tasa de retorno en un SNU[1].

Por ello, realizamos un estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo sobre revisitas a dos SNU de la Isla de Tenerife, en el mes de enero de 2019. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de referencia (Código CHUC_2019_100). Se recogieron los datos demográficos y asistenciales de la historia clínica digital DRAGO-AP, incluyendo diagnóstico de alta y motivo de reconsulta en las 72 horas tras la visita índice. Dos investigadores revisaron si se trataba de una revisita por el mismo motivo que originó la primera asistencia. Se seleccionaron los 20 primeros pacientes que acudieron a los SNU al inicio de la guardia. Se excluyeron los pacientes pediátricos, los pacientes desplazados de otras CCAA, los pacientes

DOI:10.55633/s3me/REUE.A094.2024

© SEMES

extranjeros no residentes, y los accidentes de tráfico, laborales y deportivos.

Se obtuvieron 1.240 pacientes, de los que 67 (5,4%), consultaron por el mismo diagnóstico en las 72 horas posteriores a la primera visita al SNU, el 4,8% al mismo SNU y el 0,6% a urgencias del hospital de referencia. La edad media fue de 47 (± 19) años, con una proporción similar entre sexos (p = 0,49). Los principales problemas de revisita fueron los trastornos respiratorios (40%), gastrointestinales (20%), el grupo de síntomas y signos inespecíficos (19,4%) y síntomas urinarios (8%); 115 pacientes (9,3%) acudieron a su médico de familia de forma programada.

No hemos encontrado en la literatura científica estudios similares relacionados con el retorno a urgencias de atención primaria con los que comparar nuestros resultados. Con respecto a urgencias hospitalarias, obtenemos una tasa similar a estudios de revisita por fibrilación auricular (5 y 15%[2,3]), y a las de hospitales del Servicio Andaluz de Salud (6,3%)[4]. Y ello, a pesar de los escasos recursos diagnósticos y terapéuticos de los que disponen los SNU, en comparación con los centros hospitalarios. De forma diferencial, además, las revisitas de nuestra serie tuvieron un perfil demográfico más joven, en comparación con Nuñez *et al.*, donde los pacientes que más revisitaban urgencias eran los mayores de 65 años[5].

Como parte de la cadena asistencial urgente, los SNU tienen su papel, sobre todo para atender demandas de la población probablemente de patologías poco graves, y de paso contribuir a racionalizar la asistencia urgente hospitalaria[6]. A pesar de las limitaciones del estudio, parece que la eficiencia de los SNU es la adecuada. No obstante, con estos datos preliminares creemos necesario desarrollar estudios de tipo prospectivo y multicéntricos, que abarquen al menos un año para valorar la patología estacional, y aumentando las variables que pueden influir en el retorno a urgencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manual de indicadores de actividad y calidad para urgencias y emergencias sanitarias. EDITA: Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2000.
2. Martín Martínez A. Las revisitas a urgencias de los pacientes con fibrilación auricular. Emergencias. 2019;31:77-8.
3. Alcaráz Martínez J, Blanco Linares ML, Redfearn DP, Furqan MA, Enriquez A, Barber D, et al. Emergency Department Re-Presentation for Atrial Fibrillation and Atrial Flutter. Can J Cardiol. 2016;32:344-8.
4. Jiménez Puente A, Del Río Mata J, Arjona Huertas JL, Mora Ordoñez MB, Nieto de Haro ML, Lara Blanquer A. Causas de los retornos durante las 72 horas siguientes al alta de urgencias. Emergencias. 2015;27:287-93.
5. Nuñez S, Martínez Sanz R, Ojeda E, Aguirre-Jaime A. Perfil clínico-asistencial e impacto del retorno inesperado a urgencias de un mayor de 65 años. Anales Sis San Navarra. 2006;29:199-205.
6. Bouzas Senande E, López Olmeda C, Cerrada Cerrada E, Olalla Linares J, Menéndez JL. Adecuación de las derivaciones desde atención primaria al servicio de urgencias hospitalario en el Área 9 de Madrid. Emergencias. 2005;17:215-9.

© SEMES