

Actualizaciones bibliográficas en urgencias prehospitalarias

Nº 26 / AÑO 2024

COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN. CENTRAL DE COORDINACIÓN

Uso de digoxina endovenosa en urgencias para tratar pacientes con insuficiencia cardíaca aguda y su impacto en la evolución a corto plazo

Martín Mojarro E, et al. Uso de digoxina endovenosa en urgencias para tratar pacientes con insuficiencia cardíaca aguda y su impacto en la evolución a corto plazo *Emergencias* 2023;35:437-446.

http://emergencias.portalsemes.org/download/uso-de-digoxina-endovenosa-en-urgencias-para-tratar-pacientes-con-insuficiencia-cardiaca-aguda-y-su-impacto-en-la-evolucion-a-corto-plazo/force_download/

Resumen

El objetivo de este estudio fue analizar los factores relacionados con el uso de digoxina en urgencias en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda (ICA) y el impacto pronóstico a corto plazo.

Entre los fármacos disponibles en urgencias para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca (IC) crónica, la digoxina viene utilizándose desde hace décadas. Sin embargo, con la aparición de otros fármacos de síntesis y con acción a diferentes niveles de la cadena fisiopatológica de la IC su uso ha ido decayendo.

La digoxina podría ser útil también en el tratamiento de pacientes con ICA, a pesar de que no se la considera un fármaco de primera línea. Aunque la guía de la Sociedad Europea de Cardiología contempla el uso de digoxina en la ICA para controlar la frecuencia cardíaca, en especial en presencia de FA con respuesta ventricular rápida, las guías de la American Heart Association y la Heart Failure Society of America no indican su empleo.

Se diseñó el estudio DIGICA-2 para investigar las características que se asocian al uso de digoxina y su impacto en la necesidad de hospitalización, tiempos de estancia y mortalidad a corto plazo. Se incluyeron un total de 45 SUH españoles en 7 fases de reclutamiento que comenzaron en el año 2007. La inclusión de los pacientes en el registro EAHFE se basa en el cumplimiento de los criterios clínicos de Framingham y fueron clasificados en dos grupos según se les hubiera o no administrado digoxina endovenosa en urgencias como parte del tratamiento. Se excluyeron los pacientes en tratamiento crónico con digoxina y la presencia concomitante de SCACEST.

De los 19.947 pacientes diagnosticados de ICA del registro EAHFE, se incluyeron en el estudio 15.549. Los precipitantes más frecuentes fueron la infección y la FA con respuesta ventricular rápida. Se trataron con digoxina en urgencias 1.430 pacientes. Hubo 39 de las 51 variables analizadas que se distribuyeron de forma significativamente diferente entre los pacientes tratados y no tratados con digoxina, pero sólo 24 de ellas estaban asociadas de forma independiente con el uso de digoxina, y las más determinantes eran la existencia de FA en el ECG, que esta fuese considerada como el factor precipitante y que existiese taquicardia. Además, los pacientes tratados con digoxina eran más jóvenes, mujeres, con más neumopatía crónica y enfermedad cerebrovascular de base, más dependientes pero en mejor clase funcional de la NYHA, estaban menos frecuentemente en tratamiento crónico con betabloqueantes y calcioantagonistas, y el episodio de descompensación resultó aparentemente más grave a juzgar por la mayor frecuencia de pacientes con una presión arterial sistólica inferior a 100 mmHg y por el uso más frecuente de oxigenoterapia y de la mayoría de fármacos analizados en el estudio (con la excepción de inotrópicos/vasopresores que se asociaron de forma inversa).

Precisaron hospitalización 11.726 y fue más frecuente en los pacientes tratados con digoxina (81,6%) que en los no tratados (74,8%). Entre los 11.595 pacientes con datos de la duración de la hospitalización existió una hospitalización prolongada (> 7 días) en el 48,1% de los casos, sin diferencias entre tratados y no tratados con digoxina. Entre los 3.700 dados de alta desde urgencias se registró una estancia prolongada en urgencias (> 24 horas) en el 38,3% que resultó más frecuente en los pacientes tratados con digoxina (52,9% vs 37,2%,). La mortalidad intrahospitalaria (durante el episodio índice) se observó en 1.114.

El estudio DIGICA-2 aporta cuatro hallazgos relevantes. Primero, el uso de digoxina endovenosa en los SUH no es inhabitual y se

registra en uno de cada 10 pacientes con ICA que no estaban siendo tratados crónicamente con este fármaco. Segundo, existe un perfil de paciente con ICA que se asocia al uso de digoxina, y de forma relevante en el paciente taquicárdico, en FA y en el que esta taquiarritmia se considera el factor precipitante de la descompensación. Tercero, el uso de la digoxina conlleva una estancia en urgencias más prolongada en aquellos pacientes que finalmente son dados de alta sin precisar hospitalización. Y cuarto, los pacientes tratados con digoxina tienen una supervivencia similar a los que reciben otros tratamientos, tanto durante el episodio de descompensación como durante los 30 días siguientes a la consulta en urgencias.

¿Por qué nos parece interesante?

Existe controversia en el uso de digoxina, tanto en la FA como en la ICA. En pacientes con ICA, tanto la Acute Cardiovascular Care Association como la European Heart Rhythm Association de la Sociedad Europea de Cardiología recomiendan la digoxina para el control de la frecuencia cardíaca en pacientes con ICA, mientras que la American Heart Association y la Heart Failure Society of America no la recomiendan. En las últimas guías conjuntas del Grupo de Arritmias Cardíacas y Síncope de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, de la Asociación del Ritmo Cardíaco de la Sociedad Española de Cardiología y de la Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia recomiendan para el control de frecuencia de la FA en pacientes con ICA tratar primero la ICA, pues una frecuencia cardíaca elevada suele ser una respuesta adaptativa. Si a pesar de ello se considera necesario reducir la respuesta ventricular de la FA, se administrará digoxina como primera opción farmacológica, al mismo tiempo que el resto del tratamiento específico para la ICA.

A pesar de toda la controversia, son muy escasos los estudios que evalúan el uso de digoxina durante el episodio agudo. Por esto, nos parece interesante el estudio DIGICA-2 y este artículo en el que se muestran los resultados obtenidos en nuestros hospitales ante el uso de dicho fármaco.

Aplicabilidad en nuestro servicio

La ICA es un importante motivo de consulta de nuestro servicio. Estar al día en las mejores opciones de tratamiento es fundamental para poder realizar nuestro trabajo de la mejor forma posible.

Riesgo arrítmico en episodios únicos o recurrentes de síncope inexplicado con bloqueo completo de rama

Francisco-Pascual J, Rivas-Gándara N, Maymi-Ballesteros M, Badia-Molins C, Bach-Ollerd M, Benito B

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2022.11.010>

Introducción y objetivos

Los trastornos del ritmo cardíaco, especialmente las bradicardias, son las causas más frecuentes de síncope en pacientes con bloqueo completo de rama (BcR). A pesar de que esta relación es bien conocida, no es inusual que en la práctica clínica diaria algunos pacientes sean manejados de forma subóptima, sobre todo si se trata del primer episodio sincopal. Probablemente existe la percepción de que los pacientes que han presentado un único episodio sincopal (ESU) presentan un riesgo más bajo (aunque no existen datos en la literatura que lo respalde) y, por ello, se traten de manera más conservadora que aquellos con episodios sincopales recurrentes (ESR).

El objetivo de este estudio fue analizar si existen diferencias entre pacientes con episodio sincopal único o episodio sincopal recurrente y BcR en cuanto al riesgo arrítmico, el rendimiento diagnóstico de las pruebas y los resultados clínicos.

Método

Estudio de una cohorte de 503 pacientes consecutivos con BR y síncope de causa no aclarada tras la primera evaluación médica, con un seguimiento medio de 3 años.

Todos los pacientes fueron estudiados con un protocolo diagnóstico sistematizado en escalones que incluyó la monitorización inicial, realización de un estudio electrofisiológico y seguimiento con un monitor cardíaco implantable. Además, se obtuvo información detallada sobre la rentabilidad diagnóstica, el pronóstico y la seguridad del protocolo.

El manejo de los pacientes se basó en las recomendaciones establecidas en la guía sobre el síncope de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). El síncope se trató según las guías de práctica clínica, dependiendo de la etiología confirmada. Tras el alta del hospital, los pacientes fueron objeto de un seguimiento en una consulta ambulatoria de cardiología y aquellos a los que se había implantado un dispositivo cardíaco fueron seguidos también con la función de seguimiento a distancia correspondiente.

Resultados

Se incluyó en el estudio a un total de 503 pacientes, de los cuales 265 (52,7%) presentaban un síncope recurrente y 238 (47,3%) no

habían tenido episodios previos de síncope antes del episodio de cualificación para el estudio (episodio índice). La mediana de edad fue de 77,9 años [RIC: 71,0-83,2] y el 36,8% eran mujeres. No se observaron diferencias clínicas de interés entre los grupos.

Riesgo de síncope arrítmico (criterio de valoración principal):

Se identificó un síncope arrítmico en 291 pacientes (57,9%); en la mayor parte de los casos fue secundario a una bradicardia, sobre todo por un BAVa.

El riesgo arrítmico fue similar en los pacientes con y sin un ESU (58,8% [IC95%, 52,6%-65,1%]) frente a 57,0% [IC95%, 51,0%-62,9%]), lo cual corresponde a una razón de riesgos de 0,97 (IC95% 0,83-1,12). Además, en el modelo de Cox multivariante, tras aplicar un ajuste para los posibles factores de confusión (incluido el tipo de BcR), la presencia de episodios de síncope recurrentes no se asoció a un mayor riesgo de síncope arrítmico (HR, 1,06; IC95%, 0,81-1,38; p=0,674).

Seguimiento: recurrencias y pronóstico (criterios de valoración secundarios):

Se realizó un seguimiento de los pacientes durante una mediana de 2,9 años. Después del ingreso hospitalario, un total de 101 pacientes (20,1%) presentaron una recurrencia del síncope.

La recurrencia se debió a una causa arrítmica en el 74,4% de los pacientes del GSU y en el 58,1% de los pacientes del GSR (p=0,096).

No se encontraron diferencias significativas en cuanto a los resultados del estudio electrofisiológico, la rentabilidad diagnóstica del monitor cardíaco implantable, la necesidad de implantar un dispositivo cardíaco (59% en ESU y 58% en ESR) y la tasa de recurrencia ni en la tasa de mortalidad.

Conclusiones

El estudio concluye que los pacientes con bloqueo completo de rama del haz de His y síncope tienen un alto riesgo de tener una etiología arrítmica, aunque sólo hayan presentado un episodio aislado. Los pacientes con un episodio sincopal inexplicable único y los que presentan episodios recurrentes tienen un riesgo arrítmico similar y un pronóstico similar, por lo que no existe una justificación clínica para no tratarlos de la misma manera.

¿Por qué nos parece interesante?

El síncope es un motivo de consulta frecuente en la urgencia extrahospitalaria.

El principal resultado del estudio es que el riesgo de síncope arrítmico en pacientes con BR es alto, alrededor del 60%, tanto si es el primer episodio sincopal como si han tenido episodios previos. En comparación con los pacientes con episodios de síncope recurrentes, los que han tenido un episodio aislado/único tienen un riesgo arrítmico similar, una tasa de incidencia de recurrencias después del tratamiento similar y un pronóstico similar.

El riesgo es similar en ambos grupos, por lo que no deberían hacerse distinciones en su tratamiento.

Aplicabilidad en nuestro trabajo

En la práctica clínica habitual en todos los medios, los pacientes con un primer episodio de síncope son tratados con frecuencia de forma conservadora y son dados de alta sin que se les haya realizado una evaluación completa o aplicado un tratamiento específico, posiblemente porque se parte del supuesto de que el riesgo de eventos adversos mayores es inferior en los pacientes con un primer síncope que en los que tienen síncope recurrentes.

Según los resultados de este estudio, habría que llevar a cabo un estudio diagnóstico completo del síncope en los pacientes con un episodio aislado/único de síncope y un BcR, dado que tienen un riesgo arrítmico similar, una tasa de incidencia de recurrencias después del tratamiento similar y un pronóstico similar a aquellos con episodios sincopales recurrentes, por lo que debiéramos derivarlos para completar el estudio.

Parto domiciliario: un fenómeno creciente con potenciales riesgos

María Dolores Sánchez-Redondo, María Cernada, Hector Boix, María Gracia Espinosa Fernández, Noelia González-Pacheco, Ana Martín, Alejandro Pérez-Munuzuri y María L. Couce, en representación del Comité de Estándares, Sociedad Española de Neonatología

An Pediatr (Barc). 2020;93(4):266.e1---266.e6
www.analesdepediatria.org

Resumen

En España a partir de los años 70 la atención del parto pasó del ámbito domiciliario al hospitalario, universalizando la asistencia sanitaria y consiguiendo así la reducción de mortalidad materna y neonatal. Esto también conllevó la medicalización del proceso y desnaturalización del mismo, lo cual sumado a la percepción de la población del bajo riesgo actual del parto, ha tenido como consecuencia que haya un sector de población que demanda una vivencia del parto más natural.

En nuestro país, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) han reivindicado y recomendado un progreso hacia la humanización de la asistencia al parto para acercarnos al proceso fisiológico, sin dejar de garantizar la seguridad para la madre y el neonato. El artículo que citamos realiza un análisis de la evidencia científica en la última década sobre la seguridad en el parto domiciliario y hospitalario.

Los resultados de los estudios fueron variables en función del entorno donde se realizaron, hallándose variaciones en los países donde el parto domiciliario está integrado en el sistema de salud. Actualmente, el parto domiciliario se encuentra bien integrado en el sistema de atención médica en algunos países como Canadá, Inglaterra, Islandia, Holanda, Nueva Zelanda y en Washington.

La guía del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sobre la atención al parto publicada en el año 2014 en Inglaterra establece que las mujeres multíparas de bajo riesgo pueden dar a luz en el domicilio o en unidades de parto extrahospitalarias, dado que la tasa de intervenciones es más baja y el pronóstico para el recién nacido no es significativamente distinto comparado con la unidad de Obstetricia hospitalaria. Para las mujeres nulíparas de bajo riesgo establece que dar a luz en la unidad de parto extrahospitalaria es igualmente adecuado con el mismo pronóstico para el recién nacido, pero el parto domiciliario está asociado a un incremento de efectos adversos en el recién nacido sobre un 4%, siendo los más frecuentes encefalopatía hipóxica isquémica (EHI) y el síndrome de aspiración meconial (SAM). Resalta la importancia de que todas las mujeres que decidan dar a luz de forma extrahospitalaria tengan acceso rápido y seguro a una unidad obstétrica hospitalaria en caso de complicaciones médicas.

En el año 2010, el Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona publicó la *Guía de asistencia para el parto en casa* que ha sido actualizada en 2018. Va dirigida a las matronas que atienden el parto en el domicilio. En dicha guía se indica que el parto en casa ha demostrado buenos resultados en términos de mortalidad materna y neonatal, satisfacción y relación coste-beneficio en países donde se ofrece dentro del sistema público de salud.

Sin embargo en nuestro país no existe ningún circuito consensuado con los distintos niveles asistenciales. Para que el parto en casa aporte ventajas para la madre y el recién nacido es necesario que se dote de los suficientes medios materiales, que sea atendido por profesionales formados y acreditados y que se encuentre perfectamente coordinado con las unidades de Obstetricia y Neonatología hospitalarias para poder garantizar su seguridad.

Como conclusión, en nuestro medio no hay suficientes datos de seguridad ni evidencia científica que avalen el parto domiciliario en la actualidad.

¿Por qué nos parece interesante?

El parto domiciliario es una situación que genera debate entre los profesionales y en la sociedad. Sin embargo, parece una realidad que aun siendo un bajo porcentaje pudiera ir en aumento y que no debemos despreciar. Debemos ser conscientes de la misma para poder detectar situaciones de posible riesgo, así como contribuir a informar a la población de forma correcta.

Aplicabilidad en nuestro trabajo

En nuestra práctica diaria nos hemos encontrado varias veces con la atención del parto extrahospitalario, tanto planificado como no, siendo situaciones que muchas veces conllevan un estrés importante, tanto a los profesionales como a la madre y su entorno. Por lo cual, debemos estar formados en la práctica de la atención al parto, así como en la detección precoz de posibles complicaciones.

