

# Actualización bibliográfica en urgencias prehospitalarias

Nº 26 / ANO 2024

COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN. CENTRAL DE COORDINACIÓN

## Uso de digoxina endovenosa en urgencias para tratar pacientes con insuficiencia cardíaca aguda e o seu impacto na evolución a curto prazo

Martín Mojarro E, et ao. Uso de digoxina endovenosa en urgencias para tratar pacientes con insuficiencia cardíaca aguda e o seu impacto na evolución a curto prazo Emerxencias 2023;35:437-446.

[http://emergencias.portalsemes.org/descargar/uso-de-digoxina-endovenosa-en-urgencias-para-tratar-pacientes-con-insuficiencia-cardiaca-aguda-e-o-seu-impacto-en-a-evolucion-a-curto-prazo/force\\_download/](http://emergencias.portalsemes.org/descargar/uso-de-digoxina-endovenosa-en-urgencias-para-tratar-pacientes-con-insuficiencia-cardiaca-aguda-e-o-seu-impacto-en-a-evolucion-a-curto-prazo/force_download/)

### Resumo

O obxectivo deste estudo foi analizar os factores relacionados co uso de digoxina en urgencias en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda (ICA) e o impacto prognóstico a curto prazo.

Entre os fármacos dispoñibles en urgencias para o tratamento da insuficiencia cardíaca (IC) crónica, a digoxina vén utilizándose desde hai décadas. Con todo, coa aparición doutros fármacos de síntese e con acción a diferentes niveis da cadea fisiopatolóxica da IC, o seu uso foi decaendo.

A digoxina podería ser útil tamén no tratamento de pacientes con ICA, a pesar de que non se considera un fármaco de primeira liña. Aínda que a guía da Sociedade Europea de Cardiología recolle o uso de digoxina na ICA para controlar a frecuencia cardíaca, en especial en presenza de FA con resposta ventricular rápida, as guías da American Heart Association e a Heart Failure Society of America non indican o seu emprego.

Deseñouse o estudo DIGICA-2 para investigar as características que se asocian ao uso de digoxina e o seu impacto na necesidade de hospitalización, tempos de estancia e mortalidade a curto prazo. Incluíronse un total de 45 SUH españois en 7 fases de recrutamento que comezaron no ano 2007. A inclusión dos pacientes no rexistro EAHFE baséase no cumprimento dos criterios clínicos de Framingham e foron clasificados en dous grupos segundo se administrase ou non se administrase digoxina endovenosa en urgencias como parte do tratamento. Excluíronse os pacientes en tratamento crónico con digoxina e a presenza concomitante de SCACEST.

Dos 19.947 pacientes diagnosticados de ICA do rexistro EAHFE, incluíronse no estudo 15.549. Os precipitantes máis frecuentes foron a infección e a FA con resposta ventricular rápida. Tratáronse con digoxina en urgencias 1.430 pacientes. Houbo 39 das 51 variables analizadas que se distribuíron de forma significativamente diferente entre os pacientes tratados e non tratados con digoxina, pero só 24 delas estaban asociadas de forma independente co uso de digoxina, e os máis determinantes eran a existencia de FA no ECG, que esta fose considerada como o factor precipitante e que existise taquicardia. Ademais, os pacientes tratados con digoxina eran máis novos, mulleres, con máis pneumopatía crónica e enfermidade cerebrovascular de base, máis dependentes pero en mellor clase funcional da NYHA, estaban menos frecuentemente en tratamento crónico con betabloqueantes e calcioantagonistas, e o episodio de descompensación resultou aparentemente máis grave a vulgar pola maior frecuencia de pacientes cunha presión arterial sistólica inferior a 100 mmHg e polo uso máis frecuente de oxigenoterapia e da maioría de fármacos analizados no estudo (coa excepción de inotrópicos/vasopresores que se asociaron de forma inversa).

Precisaron hospitalización 11.726 e foi máis frecuente nos pacientes tratados con digoxina (81,6%) que nos non tratados (74,8%). Entre os 11.595 pacientes con datos da duración da hospitalización existiu unha hospitalización prolongada (> 7 días) no 48,1% dos casos, sen diferenzas entre tratados e non tratados con digoxina. Entre os 3.700 dados de alta desde urgencias rexistrouse unha estancia prolongada en urgencias (> 24 horas) no 38,3%, que resultou máis frecuente nos pacientes tratados con digoxina (52,9% vs 37,2%). A mortalidade intrahospitalaria (durante o episodio índice) observouse en 1.114.

O estudo DIGICA-2 achega catro achados relevantes. Primeiro, o uso de digoxina endovenosa nos SUH non é inusual e rexístrase nun de cada 10 pacientes con ICA que non estaban a ser tratados crónicamente con este fármaco. Segundo, existe un perfil de paciente con ICA que se asocia ao uso de digoxina, e de forma relevante no paciente taquicárdico, en FA e no que esta taquiarritmia se considera o factor precipitante da descompensación. Terceiro, o uso da digoxina comporta unha estancia en urxencias máis prolongada naqueles pacientes que finalmente son dados de alta sen precisar hospitalización. E cuarto, os pacientes tratados con digoxina teñen unha supervivencia similar aos que reciben outros tratamentos, tanto durante o episodio de descompensación como durante os 30 días seguintes á consulta en urxencias.

### Por que nos parece interesante?

Existe controversia no uso de digoxina, tanto na FA como na ICA. En pacientes con ICA, tanto a Acute Cardiovascular Care Association como a European Heart Rhythm Association da Sociedade Europea de Cardiología recomentan a digoxina para o control da frecuencia cardíaca en pacientes con ICA, mentres que a American Heart Association e a Heart Failure Society of America non a recomentan. Nas últimas guías conxuntas do Grupo de Arritmias Cardíacas e Sincope da Sociedade Española de Medicina de Urxencias e Emerxencias, da Asociación do Ritmo Cardíaco da Sociedade Española de Cardiología e da Sociedade Española de Trombose e Hemostasia recomentan para o control de frecuencia da FA en pacientes con ICA tratar primeiro a ICA, pois unha frecuencia cardíaca elevada adoita ser unha resposta adaptativa. Se a pesar diso se considera necesario reducir a resposta ventricular da FA, administrárase digoxina como primeira opción farmacolóxica, ao mesmo tempo que o resto do tratamento específico para a ICA.

A pesar de toda a controversia, son moi escasos os estudos que avalían o uso de digoxina durante o episodio agudo. Por isto, parécenos interesante o estudo DIGICA-2 e este artigo no que se mostran os resultados obtidos nos nosos hospitais ante o uso do devandito fármaco.

### Aplicabilidade no noso servizo

A ICA é un importante motivo de consulta do noso servizo. Estar ao día nas mellores opcións de tratamento é fundamental para poder realizar o noso traballo da mellor forma posible.

---

## Risco arrítmico en episodios únicos ou recorrentes de síncope inexplicada con bloqueo completo de rama

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

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

### Introdución e obxectivos

Os trastornos do ritmo cardíaco, especialmente as bradicardias, son as causas máis frecuentes de síncope en pacientes con bloqueo completo de rama (BcR). A pesar de que esta relación é ben coñecida, non é inusual que na práctica clínica diaria algúns pacientes sexan manexados de forma subóptima, sobre todo se se trata do primeiro episodio sincopal. Probablemente existe a percepción de que os pacientes que presentaron un único episodio sincopal (ESU) presentan un risco máis baixo (aínda que non existen datos na literatura que o apoie) e, por iso, trátanse de maneira máis conservadora que aqueles con episodios sincopales recorrentes (ESR).

O obxectivo deste estudo foi analizar se existen diferenzas entre pacientes con episodio sincopal único ou episodio sincopal recorrente e BcR en canto ao risco arrítmico, o rendemento diagnóstico das probas e os resultados clínicos.

### Método

Estudo dunha cohorte de 503 pacientes consecutivos con BR e síncope de causa non aclarada tras a primeira avaliación médica, cun seguimento medio de 3 anos.

Todos os pacientes foron estudados cun protocolo diagnóstico sistematizado en chanzos que incluíu a monitorización inicial, realización dun estudo electrofisiolóxico e seguimento cun monitor cardíaco implantable. Ademais, obtívose información detallada sobre a rendibilidade diagnóstica, o prognóstico e a seguridade do protocolo.

O manexo dos pacientes baseouse nas recomendacións establecidas na guía sobre a síncope da Sociedade Europea de Cardiología (ESC). A síncope tratouse segundo as guías de práctica clínica, dependendo da etiología confirmada. Tras a alta do hospital, os pacientes foron obxecto dun seguimento nunha consulta ambulatoria de cardiología e aqueles aos que se implantou un dispositivo cardíaco foron seguidos tamén coa función de seguimento a distancia correspondente.

### Resultados

Incluíronse no estudo un total de 503 pacientes, dos cales 265 (52,7%) presentaban unha síncope recorrente e 238 (47,3%) non tiveran episodios previos de síncope antes do episodio de cualificación para o estudo (episodio índice).

A mediana de idade foi de 77,9 anos [RIC: 71,0-83,2] e o 36,8% eran mulleres. Non se observaron diferenzas clínicas de interese entre os grupos.

Risco de síncope arrítmica (criterio de valoración principal):

Identificouse unha síncope arrítmica en 291 pacientes (57,9%); na maior parte dos casos foi secundario a unha bradicardia, sobre todo por un BAVa.

O risco arrítmico foi similar nos pacientes con e sen un ESU (58,8% [IC95%, 52,6%-65,1%]) fronte a 57,0% [IC95%, 51,0%-62,9%]), o cal corresponde a unha razón de riscos de 0,97 (IC95% 0,83-1,12). Ademais, no modelo de Cox multivariante, tras aplicar un axuste para os posibles factores de confusión (incluído o tipo de BcR), a presenza de episodios de síncope recorrentes non se asociou a un maior risco de síncope arrítmica (HR, 1,06; IC95%, 0,81-1,38; p=0,674).

Seguimento: recorrencias e prognóstico (criterios de valoración secundarios):

Realizouse un seguimento dos pacientes durante unha mediana de 2,9 anos. Despois do ingreso hospitalario, un total de 101 pacientes (20,1%) presentaron unha recorrencia da síncope.

A recorrencia debeuse a unha causa arrítmica no 74,4% dos pacientes do GSU e no 58,1% dos pacientes do GSR (p=0,096).

Non se atoparon diferenzas significativas en canto aos resultados do estudo electrofisiolóxico, a rendibilidade diagnóstica do monitor cardíaco implantable, a necesidade de implantar un dispositivo cardíaco (59% en ESU e 58% en ESR) e a taxa de recorrencia nin na taxa de mortalidade.

## Conclusións

O estudo conclúe que os pacientes con bloqueo completo de rama do feixe de His e síncope teñen un alto risco de ter unha etiología arrítmica, aínda que só presentasen un episodio illado. Os pacientes cun episodio sincopal inexplicable único e os que presentan episodios recorrentes teñen un risco arrítmico similar e un prognóstico similar, polo que non existe unha xustificación clínica para non tratalos da mesma maneira.

## Por que nos parece interesante?

A síncope é un motivo de consulta frecuente na urxencia extrahospitalaria.

O principal resultado do estudo é que o risco de síncope arrítmica en pacientes con BR é alto, ao redor do 60%, tanto se é o primeiro episodio sincopal coma se tiveron episodios previos. En comparación cos pacientes con episodios de síncope recorrentes, os que tiveron un episodio illado/único teñen un risco arrítmico similar, unha taxa de incidencia de recorrencias despois do tratamento similar e un prognóstico similar.

O risco é similar en ambos os grupos, polo que non deberían facerse distincións no seu tratamento.

## Aplicabilidade no noso traballo

Na práctica clínica habitual en todos os medios, os pacientes cun primeiro episodio de síncope son tratados con frecuencia de forma conservadora e son dados de alta sen que se lles realizase unha avaliación completa ou aplicase un tratamento específico, posiblemente porque se parte do suposto de que o risco de eventos adversos maiores é inferior nos pacientes cunha primeira síncope que nos que teñen síncope recorrentes.

Segundo os resultados deste estudo, habería que levar a cabo un estudo diagnóstico completo da síncope nos pacientes cun episodio illado/único de síncope e un BcR, dado que teñen un risco arrítmico similar, unha taxa de incidencia de recorrencias despois do tratamento similar e un prognóstico similar a aqueles con episodios sincopales recorrentes, polo que debemos derivalos para completar o estudo.

# Parto domiciliario: un fenómeno crecente con potenciais riscos

María Dolores Sánchez-Redondo, María Cernada, Hector Boix, María Gracia Espinosa Fernández, Noelia González-Pacheco, Ana Martín, Alejandro Pérez-Munuzuri e María L. Couce, en representación do Comité de Estándares, Sociedade Española de Neonatoloxía

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

## Resumo

En España a partir dos anos 70 a atención do parto pasou do ámbito domiciliario ao hospitalario, universalizando a asistencia sanitaria e conseguindo así a redución de mortalidade materna e neonatal. Isto tamén levou á medicalización do proceso e desnaturalización á súa, o cal sumado á percepción da poboación do baixo risco actual do parto tivo como consecuencia que haxa un sector de poboación que demanda unha vivencia do parto máis natural.

No noso país, a Sociedade Española de Xinecoloxía e Obstetricia (SEGO) e a Federación de Asociacións de Matronas de España (FAME) reivindicaron e recomendaron un progreso cara á humanización da asistencia ao parto para achegarnos ao proceso fisiolóxico, sen deixar de garantir a seguridade para a nai e o neonato. O artigo que citamos realiza unha análise da evidencia científica na última década sobre a seguridade no parto domiciliario e hospitalario.

Os resultados dos estudos foron variables en función da contorna onde se realizaron, achándose variacións nos países onde o parto domiciliario está integrado no sistema de saúde. Actualmente, o parto domiciliario atópase ben integrado no sistema de atención médica nalgúns países como Canadá, Inglaterra, Islandia, Holanda, Nova Zelandia e en Washington.

A guía do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sobre a atención ao parto publicada no ano 2014 en Inglaterra establece que as mulleres múltiparas de baixo risco poden dar a luz no domicilio ou en unidades de parto extrahospitalarias, dado que a taxa de intervencións é máis baixa e o pronóstico para o recentemente nado non é significativamente distinto comparado coa unidade de Obstetricia hospitalaria. Para as mulleres nulíparas de baixo risco establece que dar a luz na unidade de parto extrahospitalaria é igualmente adecuado co mesmo pronóstico para o recentemente nado, pero o parto domiciliario está asociado a un incremento de efectos adversos no recentemente nado sobre un 4%, sendo os máis frecuentes encefalopatía hipóxica isquémica (EHI) e a síndrome de aspiración meconial (SAM). Resalta a importancia de que todas as mulleres que decidan dar a luz de forma extrahospitalaria teñan acceso rápido e seguro a unha unidade obstétrica hospitalaria en caso de complicacións médicas.

No ano 2010, o Colexio Oficial de Enfermería de Barcelona publicou a *Guía de asistencia para o parto en casa* que foi actualizada en 2018. Vai dirixida ás matronas que atenden o parto no domicilio. Na devandita guía indícase que o parto en casa demostrou bos resultados en termos de mortalidade materna e neonatal, satisfacción e relación custo-beneficio en países onde se ofrece dentro do sistema público de saúde.

Con todo, no noso país non existe ningún circuíto consensuado cos distintos niveis asistenciais. Para que o parto en casa achegue vantaxes para a nai e o recentemente nado é necesario que se dote dos suficientes medios materiais, que sexa atendido por profesionais formados e acreditados e que se atope perfectamente coordinado coas unidades de Obstetricia e Neonatoloxía hospitalarias para poder garantir a súa seguridade.

Como conclusión, no noso medio non hai suficientes datos de seguridade nin evidencia científica que avalen o parto domiciliario na actualidade.

## Por que nos parece interesante?

O parto domiciliario é unha situación que xera debate entre os profesionais e na sociedade. Con todo, parece unha realidade que aínda sendo unha baixa porcentaxe, puidese ir en aumento e que non debemos desprezar. Debemos ser conscientes diso para poder detectar situacións de posible risco, así como contribuir a informar á poboación de forma correcta.

## Aplicabilidade no noso traballo

Na nosa práctica diaria atopámonos varias veces coa atención do parto extrahospitalario, tanto planificado como non, sendo situacións que moitas veces comportan un estrés importante, tanto aos profesionais como á nai e á súa contorna. Polo cal, debemos estar formados na práctica da atención ao parto, así como na detección precoz de posibles complicacións.

