

La reanimación cardiopulmonar (RCP) en curso entre los pacientes con parada cardiaca extrahospitalaria (PCR) realizada por los servicios de emergencias con médico a bordo es una estrategia poco frecuente

La juventud del paciente, que la PCR suceda fuera del domicilio y sea presenciada, que no haya existido soporte vital previo, que tenga un ritmo inicial desfibrilable, una etiología no cardiaca y que se consiga intubación orotraqueal (IOT) son las variables que se asocian a la decisión de RCP en curso.

Aunque existe unanimidad sobre los criterios éticos para iniciar la RCP cuando se atiende una PCR, resulta más difícil decidir el final de esta actuación cuando el paciente no recupera el pulso espontáneo. Así, es frecuente que dichas maniobras se continúen durante el traslado al hospital, lo que se denomina RCP en curso. En este número de EMERGENCIAS se publica este interesante análisis retrospectivo del Registro Andaluz de Parada Cardiaca Extrahospitalaria entre 2008 y 2014. El él se incluyeron 7.241 pacientes de los cuales 259 (3,6%) fueron trasladados al hospital con RCP en curso. La edad media fue de 52 (DE 24) años. El 10,1% de los casos tenían ≤ 16 años. La variables que se asociaron a la realización de RCP en curso fueron: 1) edad ≤ 16 años [OR 6,48 (IC 95%: 3,91-10,76); $p < 0,001$], PCR presenciada [OR 1,62 (IC 95%: 1,16-2,26); $p = 0,004$], PCR ocurrida fuera del domicilio [OR 3,17 (IC 95%: 2,38-4,21); $p < 0,001$], etiología no cardiaca [OR 1,47 (IC 95%: 1,07-2,02); $p = 0,019$], ritmo inicial desfibrilable [OR 1,67 (IC 95%: 1,17-2,37); $p = 0,004$], no existencia de soporte vital previo [OR 3,48 (IC 95%: 2,58-4,70); $p < 0,001$] y realización de IOT [OR 1,93 (IC 95%: 1,24-2,99); $p = 0,003$].

F. Rosell, et al.

Emergencias 2018;30:156-162

La asignación del nivel de triaje se relaciona con la edad, la experiencia acumulada, el turno de trabajo y el número total de triajes que realiza el personal de enfermería

Cuanto más triajes realiza el enfermero, más probable es que clasifique un mayor porcentaje de pacientes en el nivel 3 y un menor porcentaje en los niveles 4 y 5.

Estudio observacional retrospectivo llevado a cabo durante un año en el área de triaje de un hospital universitario terciario que usa el Model Andorrà de Triage/Sistema Español de Triage (MAT/SET). Se incluyó a 50 enfermeros (5 hombres y 45 mujeres) con una edad media de 45 (DE 9) años que efectuaron 67.803 triajes. Los enfermeros de turno de mañana tenían más edad que los del turno de tarde [51 (DE 8) años frente a 40 (DE 6) años; $p < 0,001$]. Los enfermeros de turno de mañana clasificaron más pacientes en el nivel 5 que las del turno de tarde (7,9% frente a 5,5%, $p = 0,003$). Este mayor porcentaje de pacientes en nivel 5 también se registró de forma significativa cuanto mayor era la edad del enfermero ($\beta = 0,092$, $p = 0,037$) y cuanto mayor experiencia acumulaba la enfermería ($\beta = 0,103$, $p = 0,017$). El número de triajes efectuados por cada enfermero se relacionó, significativa y directamente, con el porcentaje de pacientes clasificados en el nivel 3 ($\beta = 0,003$, $p = 0,006$) e, inversamente, con el porcentaje de pacientes clasificados en el nivel 4 ($\beta = -0,002$, $p = 0,008$) y en el nivel 5 ($\beta = -0,001$, $p = 0,017$).

E. Gómez-Angelats, et al. Emergencias 2018;30:163-168

Existen distintas variables geriátricas que deberían ser contempladas en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) en la estratificación del riesgo a corto plazo entre los pacientes ancianos con insuficiencia cardiaca aguda (ICA)

La valoración de las actividades de la vida diaria (índice de Barthel) junto con el despistaje de la fragilidad física y nutricional son variables clave para estratificar el riesgo de mortalidad a los 30 días entre los ancianos atendidos por ICA en los SUH.

Relevante estudio diseñado como un análisis retrospectivo del registro Older Acute heart failure Key data (OAK), un estudio observacional de cohorte multipropósito y multicéntrico. El registro OAK incluyó prospectivamente a todos los pacientes ≥ 65 años atendidos por ICA en 3 SUH españoles (Hospital Clínico San Carlos de Madrid, Hospital Reina Sofía de Murcia y Hospital Santa Creu i San Pau de Barcelona) durante cuatro meses. Se realizó una valoración geriátrica adaptada a urgencias durante los días laborables de 8 a.m. a 10 p.m. Se incluyeron 565 pacientes con edad media de 83 (DE 7) años, el 61,6% mujeres. De ellos, 75 pacientes (11,5%) fallecieron a los 30 días. La presencia de síndrome confusional agudo con OR ajustada de 2,2 (IC 95%: 1,0-4,8; $p = 0,04$), de enfermedad aguda OR ajustada de 1,8 (IC 95%: 0,9-3,4; $p = 0,05$) o pérdida de apetito en los últimos tres meses con OR ajustada 1,8 (IC 95%: 1-3,4; $p = 0,04$), y de fragilidad con OR ajustada de 2 (IC 95%: 1-4,1; $p = 0,05$) o dependencia funcional grave con OR ajustada de 4,4 (IC 95%: 1,9-11,4; $p = 0,01$) fueron factores independientes asociados con mortalidad a los 30 días. A la vista de estos resultados los autores afirman que la inclusión del índice de Barthel, del despistaje de la fragilidad física (con el cuestionario del fenotipo de fragilidad) y nutricional (con dos preguntas subjetivas sobre el estado de salud o nutrición en los últimos 3 meses) son variables necesarias a la hora de estratificar el riesgo de fallecimiento a los 30 días de los ancianos atendidos por ICA en los SUH.

F.J. Martín-Sánchez, et al.

Emergencias 2018;30:149-155

La distracción dirigida puede ser útil para el manejo del dolor en el paciente pediátrico en los servicios de urgencias (SU), así como para disminuir la ansiedad en los acompañantes

Los dispositivos de vibración más frío no parecen aportar beneficio adicional sobre otras medidas de más fácil manejo como la distracción dirigida.

Estudio cuasiexperimental realizado con 88 niños de 4-10 años divididos en tres grupos según la intervención que recibieron para el manejo del dolor y el miedo durante la venopunción: 1) combinación de un dispositivo de vibración más frío con distracción dirigida, 2) solo distracción dirigida, y 3) ningún tipo de distracción ni dispositivo. El dolor experimentado por los niños fue menor tanto con la distracción dirigida como con la combinación de la distracción con el dispositivo de vibración con frío. De la misma manera, la ansiedad del acompañante disminuyó con los dispositivos de distracción y los combinados con frío. Pero, por el contrario, el miedo del niño no mejora ni con los dispositivos de distracción, ni los combinados.

N. García-Aracil, et al.

Emergencias 2018;30:182-185

Las relaciones entre las variaciones de los parámetros hemodinámicos (PH) son complejas después de la expansión de volumen, lo que se debe tener en cuenta durante la reanimación

Mientras que se comprueba una fuerte correlación entre las variaciones de la presión arterial sistólica (PAS), presión del pulso (PP), producto PP-frecuencia cardiaca (FC), índice de shock (IS) y diferencia de presiones sistémicas (DPS), la presión venosa central (PVC) no se correlaciona con ningún otro PH.

Novedoso estudio realizado en dos unidades de cuidados intensivos de la Habana para evaluar los cambios producidos en los PH tras la infusión de 300 ml de cristaloides, así como sus relaciones a través del análisis de clústeres jerárquicos y de componentes principales. La edad media en los 60 pacientes analizados fue de 55 (DE 16) años, con una puntuación APACHE II de 13,7 (DE 7,8) puntos.

Con la expansión de volumen se observó un descenso significativo en la FC y del IS ($p < 0,001$), así como un incremento en la PAS, PVC y PP ($p < 0,001$), PAM ($p = 0,008$) y PP*FC ($p = 0,002$). Los mayores porcentajes de variación se observaron en la PVC, la PP, el IS, el producto PP-FC y la DPS (los datos de la distribución del porcentaje de variación de los PH después de la expansión con volumen intravascular se muestran en la figura). En opinión de los autores la DPS puede ser un mejor parámetro que la PVC o la PAM aislados para guiar la fluidoterapia.

F.D. Martos-Benítez, et al.

Emergencias 2018;30:177-181

Tabla 2. Distribución del porcentaje de variación de los parámetros hemodinámicos después de la expansión del volumen intravascular

Parámetros hemodinámicos	Mediana	RIC
Frecuencia cardiaca	2,5	0,0-7,5
Presión arterial sistólica	2,6	-0,9 a 8,6
Presión arterial diastólica	-1,1	-9,1 a 5,6
Presión arterial media	0,9	-3,8 a 9,7
Presión venosa central	24,0	0,0-41,7
Índice de shock	5,8	2,7-13,7
Presión del pulso	12,9	0,0-22,4
Producto presión del pulso * frecuencia cardiaca	5,8	-3,8 a 18,8
Diferencia de presiones sistémicas	5,8	-3,8 a 18,8

RIC: rango intercuartil.