

La duración de la técnica, un bicarbonato alto y un pH no corregido antes del intento de destete de la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) son factores independientes asociados al fracaso de destete en el servicio de urgencias hospitalario (SUH)

**La mitad de los pacientes en los que se inicia VMNI son susceptibles de destete en el propio SUH.**

Importante estudio observacional de cohortes prospectivo que analiza los factores predictivos del fracaso de destete en los pacientes que iniciaron tratamiento con VMNI en el SUH. El fracaso de destete se definió como la necesidad de reiniciar o de reinstaurar una VMI durante el mismo ingreso hospitalario tras el primer intento de destete por parte del equipo médico en el SUH. De los 360 pacientes incluidos en el estudio, 62 (17,3%) tuvieron un fracaso en el destete de la VMNI. Los factores independientes asociados fueron: 1) la concentración de bicarbonato elevada antes del destete ( $30,7 \pm 6,3$  frente a  $27,4 \pm 5,7$  mmol/L) con ORa de 1,06 (IC 95%: 1,01-1,12), 2) un tiempo de VMNI menor de 4 o mayor de 20 horas con ORa de 1,10 (IC 95%: 1,04-1,16), y 3) un pH menor a 7,35 antes de iniciar el destete con ORa de 2,48 (IC 95%: 1,16-5,31). En opinión de los autores, a la vista de los resultados del estudio, la selección adecuada del paciente es clave para conseguir el éxito en la decisión de destete en el SUH. Y, por lo tanto, se debe tener en cuenta los tres factores. De ellos, el más importante es la existencia de un pH menor a 7,35 antes del intento. De hecho, cuando ocurre esta situación, la probabilidad de fracaso es superior al 60%.

C. Cinesi Gómez, et al.

Emergencias 2021;33:9-14

**La incidencia, las características generales y la supervivencia con buen estado neurológico al alta hospitalaria de la atención a la parada cardíaca extrahospitalaria (PCRE) presentan una variabilidad significativa entre los servicios de emergencias médicas (SEM) de España**

**El 30,5% de pacientes llegan con pulso espontáneo al hospital, con un rango entre 21,3% y 56,1%.**

Interesante análisis descriptivo de los datos del registro OHSCAR (se trata de un registro continuo de PCRE atendidas por los SEM públicos de España) que durante trece meses incluyó a 8.789 pacientes de 19 SEM de España con intento de reanimación. De ellos, 2.669 (30,5%) llegaron con pulso espontáneo al hospital, mientras que 979 de estos últimos (33,9%) recibieron el alta hospitalaria. Se encontraron diferencias significativas en los tratamientos hospitalarios recibidos y en los resultados finales, tanto en la proporción de pacientes que llegaron con pulso espontáneo al hospital (rango entre el 21,3% y 56,1%,  $p < 0,001$ ), como en el porcentaje de altas hospitalarias con categoría 1 o 2 de la Clasificación Cerebral Performance Categories (CPC), sobre el total de ingresados (31,8% de media con un rango entre 17,2% y 58,3%,  $p < 0,001$ ). El único dato que no mostró variabilidad fue la proporción (relación 3 a 1) entre hombres y mujeres atendidos por una PCRE.

J.I. Ruiz-Azpiazú, et al.

Emergencias 2021;33:15-22

**El retraso en la consulta posexposición al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es mayor en la exposición tras un contacto sexual de riesgo (CSR) que en las exposiciones ocupacionales (EO)**

**El conocimiento de la existencia del programa de profilaxis posexposición (PPE) al VIH y su uso previo determinan un menor retraso en la consulta en el servicio de urgencias (SU).**

Novedoso estudio observacional prospectivo realizado en el Hospital Universitario de Bichat (París, Francia) que incluyó todas las consultas en el SU durante dos años relacionadas con la exposición al VIH (ocupacional y no ocupacional). El retraso (4 o más horas) entre la exposición al VIH y la consulta en el SU se asoció con el tipo de exposición al VIH según ocurriera en CSR, EO y otras exposiciones ( $p < 0,001$ ).

En relación a la exposición sexual, el conocimiento y el uso previo del circuito de PPE frente al VIH disminuyen el riesgo de retraso de la consulta, mientras que el consumo de alcohol, de drogas y el chemsex lo aumentan (en especial en hombres que tiene relaciones sexuales con hombres). Por su parte, en la EO el conocimiento del PPE disminuye el retraso y el uso de drogas lo aumenta. Todo ello nos sugiere que deberían realizarse campañas de información sobre el circuito PPE tanto a la población general como en los profesionales sanitarios y otros colectivos con riesgo de exposición al VIH.

E. Casalino, et al.

Emergencias 2021;33:35-41

**Puntos clave sobre la COVID-19 en los servicios de urgencias: propuestas de mejora para su atención en Latinoamérica**

**Relevante documento de consenso (DC) que, tras revisar, analizar y comparar la atención al paciente con COVID-19 en varios países Latinoamericanos, elabora diversas recomendaciones y propuestas de mejora básicas para los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) de nuestros países.**

El presente DC ha sido desarrollado por un grupo multinacional de 20 expertos y representantes del Grupo de Trabajo Latinoamericano para la mejora de la atención del paciente con Infección en Urgencias (GT-LATINFURG), compuesto por las 13 Organizaciones Científicas Nacionales de especialistas en Medicina de Emergencias que integran FLAME (Federación Latinoamericana de Medicina de Emergencias) junto con la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (INFURG-SEMES). Las fases para la realización del DC fueron: 1) Búsqueda bibliográfica con dos estrategias desde 1-1-2020 hasta el 20-8-2020 (por un lado en bases de datos, buscadores de internet y financiadores de salud y, por otro, en publicaciones locales y nacionales, registros, administraciones públicas y gobiernos y artículos de revistas biomédicas elegidas por los autores en español e inglés). 2) Se consensuaron los puntos clave y problemas relevantes en relación con el paciente adulto con sospecha o confirmación de infección por el SARS-CoV-2 en los SUH. 3) Se elaboraron las recomendaciones, propuestas y estrategias a adoptar por SUH, hospitales, Sistemas de Salud o administraciones competentes. Los 10 puntos clave desarrollados en el DC son: 1) Impacto y evolución de la pandemia por COVID-19 en Latinoamérica y España (en la figura se muestra la tasa de afectados por millón de habitantes en nuestros países). 2) Definiciones y conceptos de caso de infección por el SARS-CoV-2. 3) Recomendaciones para la reorganización de los SUH para afrontar la pandemia. 4) Pruebas complementarias disponibles y recomendadas en los SUH en el paciente con COVID-19.



5) Identificación del paciente con COVID-19 en los SUH: criterios clínicos. 6) Criterios analíticos. 7) Criterios radiológicos. 8) Criterios microbiológicos. 9) Factores de riesgo, ingreso, gravedad y mortalidad del paciente con COVID-19. 10) Papel de los biomarcadores en el diagnóstico y valoración del pronóstico en el enfermo con COVID-19.

A Julián-Jiménez, et al.

Emergencias 2021;33:42-59

**La utilización de una vía de alta resolución en la atención del cólico renoureteral (CRU) no complicado es eficaz, segura y reduce el tiempo de estancia en el servicio de urgencias hospitalario (SUH)**

**La vía de alta resolución (vía POC) combina el uso del análisis en el punto de atención o POCT (point-of-care testing) y la ecografía en el punto de atención o POCUS (point-of-care ultrasonography).**

Significativo ensayo clínico aleatorizado y controlado que incluyó a los pacientes con sospecha clínica de CRU agudo a los que se aleatorizó 1:1 a seguir la vía POC o la vía estándar de atención (STD). Durante un año se reclutaron y analizaron 128 pacientes (64 por grupo). El tiempo de estancia total en el SUH de los enfermos que se incluyeron en la vía POC fue de 112 (DE 45) minutos y en la vía STD de 244 (DE 102) minutos,  $p < 0,001$ . No se encontraron diferencias en el tratamiento administrado en el SUH, en el número de diagnósticos alternativos, ni en las complicaciones a los 30 días de seguimiento.

Y. Tung Chen, et al.

Emergencias 2021;33:23-28