

## African Journal of Emergency Medicine

Revista oficial de la African Federation for Emergency Medicine, la Botswana Society for Emergency Care, la Emergency Medicine Association of Tanzania, la Emergency Medicine Society of South Africa, la Ethiopian Society of Emergency Medicine Professionals y la Libyan Emergency Medicine Association

*Afr J Emerg Med.* 2020;10:249-255

### **Medición de la experiencia del paciente en el servicio de urgencias: una revisión sistemática exploratoria**

Oyegbile YO, Brysiewicz P

**Introducción:** La medición de la experiencia de los pacientes en el servicio de urgencias puede ser una vía a través de la cual los pacientes puedan evaluar su propia experiencia de la atención, y esto puede proporcionar orientación a los profesionales sanitarios para abordar la mejora de la calidad. Esta revisión tuvo como objetivo identificar y examinar las herramientas existentes que miden la experiencia de los pacientes en el servicio de urgencias.

**Métodos:** Se realizó una revisión sistemática exploratoria para sintetizar la evidencia de una variedad de estudios con el fin de describir las características de cada estudio y su muestra, así como las herramientas utilizadas para medir la experiencia de los pacientes en el servicio de urgencias.

**Resultados:** De los 308 artículos recuperados, los resultados del primer y segundo cribado arrojaron 10 artículos para su inclusión utilizando 9 herramientas/cuestionarios de experiencia diferentes en el servicio de urgencias.

**Conclusiones:** La medición de la experiencia de los pacientes en el servicio de urgencias es una preocupación mundial; sin embargo, la investigación realizada en países de ingresos bajos y medios es muy limitada y parece que no existe tal investigación en África. Hacer que los pacientes evalúen su experiencia puede ayudar a los profesionales sanitarios a identificar discrepancias en la atención y planificar posibles estrategias para abordarlas. ■



*Afr J Emerg Med.* 2020;10:203-208

### **Análisis de los descriptores de infarto agudo de miocardio utilizados por los sudafricanos al activar una ambulancia desde un centro privado de llamadas de emergencias**

Buma C, Saunders C, Watermeyer J, Stassen W

**Introducción:** El infarto agudo de miocardio (IAM) es una urgencia tiempo dependiente. En entornos con recursos limitados, la identificación y el tratamiento oportunos de los pacientes que experimentan un IAM en el entorno prehospitalario pueden minimizar las consecuencias negativas asociadas con la saturación de los servicios urgencias hospitalarios. Por lo tanto, la rápida atención se basa, en parte, en el envío de profesionales sanitarios prehospitalarios adecuados por parte de los médicos de emergencias responsables del aviso. La identificación de estos pacientes en los centros de llamadas es un desafío debido a una sociedad sudafricana muy diversa, con múltiples idiomas, culturas y niveles de educación. El objetivo de este estudio fue, por tanto, describir los términos utilizados por el público sudafricano al llamar a una ambulancia para pacientes que sufren un IAM.

**Métodos:** En este estudio cualitativo, se realizó un análisis de contenido para identificar palabras clave y frases que las personas que llamaban usaban para describir a los pacientes que estaban sufriendo un IAM diagnosticado por un paramédico de soporte vital avanzado (SVA). Utilizando el número de identificación entre los casos de IAM seleccionados aleatoriamente, se extrajeron y transcribieron textualmente grabaciones de voz originales entre la

persona que llama y el médico de emergencia responsable del aviso en el momento de la emergencia. Se identificaron, codificaron, categorizaron mediante un análisis de contenido, y cuantificaron los descriptores de IAM.

**Resultados:** De las 50 llamadas seleccionadas al azar, 5 no se realizaron en inglés. Los descriptores utilizados por las personas que realizaron la llamada se clasifican en tres categorías; Dolor: Tórax, Sin dolor: Tórax y enfermo. El código que se presentó con mayor frecuencia fue sin dolor, relacionado con el corazón (n = 16; 23,2%), seguido del código que describe el dolor en el pecho (n = 15; 21,7%).

**Conclusiones:** Las personas en Sudáfrica que realizan llamadas utilizan un conjunto de descriptores cuando solicitan una ambulancia para un paciente que experimenta un IAM. Los más comunes son los descriptores no relacionados con el dolor relacionado con el corazón. Estos descriptores se pueden utilizar en última instancia en el desarrollo de algoritmos validados para ayudar en las decisiones a la hora del envío de una ambulancia. De esta manera, esperamos acelerar el nivel correcto de atención a estos pacientes en los que el tiempo es crítico y evitar el envío innecesario de paramédicos de SVA, disponibles de forma limitada, a casos inapropiados. ■

# Annals of Emergency Medicine

Revista oficial del American College of Emergency Physicians de Estados Unidos

Ann Emerg Med. 2021. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2020.11.021>

## “Abrigos que podemos quitarnos y abrigos que no”: rol de la atención basada en el trauma en la raza y el sesgo durante la agitación en el servicio de urgencias

Agboola IK, Coupet E, Wong AH

Como médicos de urgencias, servimos como red de seguridad para las poblaciones más vulnerables que presentan síntomas conductuales, y desempeñamos un papel fundamental durante su atención. La agitación, definida como una actividad psicomotora excesiva que conduce a un comportamiento agresivo y violento, a menudo ocurre con las visitas por trastornos de conducta. Es un síntoma particularmente difícil de manejar debido a los riesgos de seguridad inherentes. En muchas situaciones, sin embargo, la agitación puede reflejar circunstancias de maltrato y prejuicios subyacentes que pueden ocurrir en el entorno extrahospitalario y en todas las fases de la atención aguda. Se debe tener cuidado de no etiquetar incorrectamente los comportamientos independientemente del contexto y ser prudentes en el uso de contención física y sedación química en individuos agitados, especialmente en el caso de minorías raciales y étnicas y de

poblaciones desfavorecidas. De lo contrario, corremos el riesgo de agravar el maltrato y la injusticia en lugar de combatirlos. Una posible solución para abordar el sesgo que puede ocurrir con un paciente agitado es mediante el uso de atención basada en el trauma (*trauma-informed care*). La atención basada en el trauma reconoce la presencia de síntomas de trauma en personas con agitación y promueve una cultura de seguridad, empoderamiento y curación. Al mitigar cualquier sesgo continuo en el manejo de la agitación, podemos disminuir y manejar con éxito los síntomas de agitación debido al trauma experimentados por el paciente. Es importante que nos tomemos el tiempo para replantear la forma potencialmente antagonista en la que abordamos a los pacientes agitados en el servicio de urgencias, especialmente cuando reexaminemos las interacciones entre las fuerzas del orden y los civiles en el lugar de la atención. ■



Ann Emerg Med. 2021. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2021.01.012>

## ACCESS (Ambulance Cardiac Chest Pain Evaluation in Scotland Study): un estudio de cohorte prospectivo

Cooper JG, Ferguson J, Donaldson L, Black K, Livock K, Horrill J, et al.

**Objetivo:** Se determinó si la estratificación del riesgo en el ámbito extrahospitalario podría identificar a los pacientes con dolor torácico de bajo y alto riesgo para evitar el ingreso o ayudar al traslado directo a centros cardiovasculares.

**Métodos:** Los paramédicos reclutaron prospectivamente a pacientes con sospecha de síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST en el ECG. Se registró la puntuación HEAR y se obtuvieron muestras extrahospitalarias para medir la concentración de troponina I cardíaca (cTnI) en un dispositivo de punto de atención. Una puntuación menor o igual a 3 y mayor o igual a 7 de HEAR e historia, ECG, edad, factores de riesgo y troponina se definieron como riesgo bajo y alto de eventos cardíacos adversos mayores a los 30 días.

**Resultados:** De 1.054 pacientes (64 años [DE 15 años]; 42% mujeres), 284 (27%) experimentaron un evento cardíaco adverso mayor a los 30 días. La escala de puntuación HEAR se calculó en todos los pacientes, con la prueba cTnI en el lugar de atención disponible en 357 (34%). Una puntuación HEAR menor o igual a 3 identificó al 32% de los pacientes (334/1054) como de bajo

riesgo, con una sensibilidad del 84,9% (intervalo de confianza [IC] del 95%: 80,7% a 89%), mientras que una puntuación mayor o igual a 7 identificó solo el 3% de los pacientes (30/1.054) como de alto riesgo, con una especificidad del 98,7% (IC 95%: 98% a 99,4%). Una escala de puntuación de historia clínica, ECG, edad, factores de riesgo y troponina en el lugar de atención menor o igual a 3 identificaron una proporción similar como de bajo riesgo (30%), con una sensibilidad del 87,0% (IC 95%: 80,7% a 93,4%), mientras que una puntuación mayor o igual a 7 identificó un 14% como de alto riesgo, con una especificidad del 94,8% (IC 95%: 92,3% a 97,3%).

**Conclusiones:** Los paramédicos pueden usar la escala de puntuación HEAR para discriminar el riesgo, pero incluso cuando se usa en combinación con las pruebas de cTnI en el punto de atención fuera del hospital, la escala de puntuación de historia, ECG, edad, factores de riesgo y troponina no descarta con seguridad los eventos cardíacos adversos mayores, y solo una pequeña proporción de pacientes se identifican como de alto riesgo. ■

# Emergency Medicine Journal

Revista oficial del Royal College of Emergency Medical del Reino Unido

*Emerg Med J.* 2021;38:170-177

## Oxigenoterapia y mortalidad hospitalaria en la exacerbación de la EPOC

Echevarria C, Steer J, Wason J, Bourke S

**Introducción:** En pacientes hospitalizados con exacerbación de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), las guías europeas y británicas avalan saturaciones objetivo de oxígeno (O<sub>2</sub>) de 88%-92%, con ajuste a 94%-98% si las concentraciones de dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>) son normales. Evaluamos el impacto de la saturación de O<sub>2</sub> al ingreso y el CO<sub>2</sub> basal sobre la mortalidad hospitalaria.

**Métodos:** Los pacientes fueron identificados a partir del estudio prospectivo de derivación de Dyspnoea, Eosinopenia, Consolidation, Acidaemia and Atrial Fibrillation (DECAF) (diciembre de 2008-junio de 2010) y del estudio de validación de métodos mixtos de DECAF (enero de 2012 a mayo de 2014). En 6 hospitales del Reino Unido, de 2.645 pacientes con exacerbación de la EPOC, 1.027 pacientes estaban recibiendo O<sub>2</sub> suplementario al ingreso. Todos tenían historia clínica de EPOC y espirometría obstructiva. Estos pacientes se subdividieron en los siguientes grupos: saturaciones de O<sub>2</sub> al ingreso de 87% o menos, 88%-92%, 93%-96% o 97%-100%. La mortalidad hospitalaria se calculó para cada grupo y se expresó como OR. La puntuación DECAF y la puntuación National Early Warning Score 2 (excluida la saturación

de O<sub>2</sub>) se utilizaron en la regresión logística binaria para ajustar el riesgo de referencia.

**Resultados:** En los pacientes con EPOC que recibieron O<sub>2</sub> suplementario, las saturaciones de O<sub>2</sub> superiores al 92% se asociaron con una mayor mortalidad y una dosis-respuesta adversa. En comparación con el grupo de 88%-92%, el riesgo ajustado de muerte (OR) en los grupos de 93%-96% y 97%-100% fue 1,98 (IC 95%: 1,09 a 3,60, p = 0,025) y 2,97 (IC 95%: 1,58 a 5,58, p = 0,001). En el subgrupo con normocapnia, la mortalidad siguió siendo significativa en los grupos del 93%-96% y del 97%-100%.

**Conclusiones:** La mortalidad hospitalaria fue más baja en aquellos con saturaciones de O<sub>2</sub> del 88% al 92%. Incluso las elevaciones modestas en las saturaciones de O<sub>2</sub> por encima de este rango (93%-96%) se asociaron con un mayor riesgo de muerte. Se observó una tendencia de mortalidad similar en pacientes con hipercapnia y normocapnia. Esto muestra que la práctica de establecer diferentes saturaciones objetivo en función de los niveles de CO<sub>2</sub> no está justificada. El tratamiento de todos los pacientes con EPOC con saturaciones objetivo de 88%-92% simplificará la prescripción y mejorará los resultados. ■

*Emerg Med J.* 2021;38:270-278

## Efecto del ácido tranexámico sobre hemorragia e infarto intracraneales en pacientes con traumatismo craneoencefálico: un subestudio planificado previamente en una muestra de pacientes del ensayo CRASH-3

Mahmood A, Needham K, Shakur-Still H, Harris T, Jamaluddin SF, *et al.*

**Introducción:** El tratamiento temprano con ácido tranexámico (TXA) reduce las muertes por lesiones en la cabeza después de un traumatismo craneoencefálico (TCE). Se utilizaron las tomografías computarizadas (TC) craneales que se adquirieron, como parte de la práctica clínica rutinaria, durante el ensayo CRASH-3 (antes del desmascaramiento) para examinar el mecanismo de acción del ATX en el TCE. Específicamente, se exploró los efectos potenciales del ATX sobre la hemorragia y el infarto intracraneales.

**Métodos:** Subestudio prospectivo anidado dentro del CRASH-3, ensayo aleatorizado controlado con placebo de ATX (dosis de carga 1 g durante 10 min, luego 1 g en infusión durante 8 horas) en pacientes con TCE aislado. Los pacientes del CRASH-3 se reclutaron entre julio de 2012 y enero de 2019. Los participantes en el subestudio actual eran un subconjunto de pacientes del ensayo inscritos en 10 hospitales en Reino Unido y 4 en Malasia, a quienes se les realizó al menos una TC craneal como parte de la práctica clínica habitual en los 28 días posteriores a la aleatorización. El resultado principal fue el volumen de hemorragia intraparenquimatosa (contusión) medido en una TC realizada tras la aleatorización. Los resultados secundarios fueron hemorragia intracraneal (HIC) progresiva (TC tras la aleatorización muestra > 25% del volumen observado en la TC previa a la aleatorización), nueva HIC (cualquier hemorragia observada en la TC tras la aleatorización pero no en la TC previa a la aleatorización), infarto cerebral (cualquier infarto observado en cualquier tipo de TC realizada tras la aleatorización, excluyendo el infarto visto previa a la aleatorización) y el volumen de HIC (intraparenqui-

matosa + intraventricular + subdural + epidural) en aquellos que se sometieron a una evacuación por hemorragia neuroquirúrgica. Se planificó realizar análisis de sensibilidad que excluyera a los pacientes con lesiones graves al inicio del estudio. Los resultados dicotómicos se analizaron mediante los riesgos relativos (RR) o la *hazard ratio* (HR), y los resultados continuos mediante un modelo lineal mixto.

**Resultados:** Se incluyeron 1.767 pacientes en este subestudio. Un tercio tenía una puntuación de la ECG (Escala de Coma de Glasgow) basal de 3 (n = 579) y el 24% tenía pupilas no reactivas unilaterales o bilaterales. A un 46% de los pacientes se le realizó una TC antes y después de la aleatorización (n = 812/1.767), a un 19% se le realizó una TC solo antes de la aleatorización (n = 341/1.767) y a un 35% se le realizó una TC solo después de la aleatorización (n = 614/1.767). En todos los pacientes, no hubo evidencia sobre que el ATX previniera la expansión de la hemorragia intraparenquimatosa (estimación = 1,09; IC 95%: 0,81 a 1,45) o la expansión de la HIC en pacientes que se sometieron a evacuación por hemorragia neuroquirúrgica (n = 363) (estimación = 0,79, IC 95% 0,57 a 1,11). En los pacientes que recibieron una TC antes y después de la aleatorización (n = 812), no hubo evidencia sobre que el ATX redujera la hemorragia progresiva (RR ajustado = 0,91; IC 95%: 0,74 a 1,13) y la nueva hemorragia (RR ajustado = 0,85; IC 95%: 0,72 a 1,01). Cuando se excluyeron los pacientes con pupilas no reactivas al inicio del estudio, hubo pruebas que mostraban que el ATX prevenía una nueva hemorragia (RR ajustado = 0,80; IC 95%: 0,66 a 0,98). En los pacientes



que recibieron una TC después de la aleatorización (n = 1.431), no hubo evidencia de un aumento en el infarto con ATX (HR ajustado = 1,28; IC 95%: 0,93 a 1,76). Una mayor proporción de pacientes sin una exploración posterior a la aleatorización falleció por TCE (38% frente a 19%: RR = 1,97, IC 95%: 1,66 a 2,34, p < 0,0001).

**Conclusiones:** El ATX puede prevenir una nueva hemorragia en pacientes con pupilas reactivas al inicio del estudio. Esto es consistente con los resultados del CRASH-3 que encontró que el

TXA reducía la mortalidad por TCE en pacientes con al menos una pupila reactiva al inicio del estudio. Sin embargo, la gran cantidad de pacientes sin exploraciones posteriores a la aleatorización y la posibilidad de que la disponibilidad de los datos de exploración dependa de si un paciente recibió ATX desafía la validez de las inferencias realizadas utilizando datos de exploración recopilados de forma rutinaria. Este estudio destaca las limitaciones del uso de datos de exploración recopilados de forma rutinaria para examinar los efectos de los tratamientos de TCE. ■

## Canadian Journal of Emergency Medicine

Revista oficial de la Canadian Association of Emergency Physicians

CJEM. 2021. <https://doi.org/10.1007/s43678-020-00041-3>

### Alivio del dolor con opioides y no opioides después de una visita por dolor agudo al servicio de urgencias

Daoust R, Paquet J, Cournoyer A, Piette E, Morris J, Lessard J, *et al.*

**Objetivos:** El tratamiento del dolor agudo tras el alta del servicio de urgencias (SU) sigue siendo un desafío en el contexto de la crisis de opioides. El objetivo fue determinar la proporción de pacientes que utilizan analgésicos opioides frente a no opioides tras el alta del SU por dolor agudo, y la asociación del tipo de analgésico con la intensidad media del dolor antes de la ingesta de analgésicos y la información sobre el alivio del dolor.

**Métodos:** Estudio de cohorte prospectivo de pacientes  $\geq 18$  años con dolor agudo ( $\leq 2$  semanas) que fueron dados de alta con prescripción de opioides desde el SU. Los pacientes completaron un diario durante 14 días evaluando el nivel de intensidad del dolor antes de cada ingesta de analgésicos (escala de calificación numérica de 0 a 10), el tipo de uso de analgésicos (opioides o no opioides) y si el dolor se alivió con el medicamento usado ese día. Se utilizaron análisis multinivel para comparar el efecto

del tipo de analgésico utilizado sobre la intensidad y el alivio del dolor.

**Resultados:** Un total de 381 participantes completaron el diario de 14 días; un 50% eran mujeres y la mediana de edad fue de 54 años (RIC 43-66). La intensidad media diaria del dolor antes de la ingesta de analgésicos fue significativamente mayor para los pacientes que usaban opioides (5,9; IC 95%: 5,7-6,2) en comparación con los analgésicos no opioides (4,2; IC 95%: 4,0-4,5) o ningún analgésico (2,2; IC 95%: 1,9-2,5). Al controlar por la intensidad del dolor, los pacientes que usaban opioides tenían más probabilidades de informar sobre alivio del dolor (OR = 1,3; IC 95%: 1,1-1,8) en comparación con los que usaban analgésicos no opioides.

**Conclusiones:** En general, los opioides parecen ser efectivos y se usan según lo previsto por el médico prescriptor. ■

CJEM. 2021;23:195-205

### Estudio cualitativo para identificar los factores que influyen en las decisiones de los pacientes al realizar una llamada por síncope a los servicios de emergencias médicas

Williamson TM, Runte M, Runte T, Raj SR, Blanchard IE, Sheldon RS, *et al.*

**Introducción:** Los protocolos que apoyan a los paramédicos para evaluar, tratar y derivar un síncope de bajo riesgo pueden permitir el transporte al servicio de urgencias solo de los pacientes de alto riesgo. El desarrollo y la aceptación de tales protocolos está limitado por la escasez de información sobre los factores que los pacientes consideran cuando deciden buscar atención de los servicios de emergencias médicas (SEM) tras sufrir un síncope.

**Objetivo:** Se exploró los procesos de toma de decisiones de las personas con síncope sobre si realizar o no una llamada al SEM después de una pérdida de conocimiento como un punto de partida en el desarrollo de protocolos de estratificación de riesgo prehospitalario para el síncope.

**Métodos:** Se reclutaron veinticinco adultos canadienses (de 18 a 65 años) con antecedentes de  $\geq 1$  episodio sincopal. Se realizaron, grabaron y transcribieron entrevistas individuales semiestructuradas. Se utilizaron métodos de la teoría fundamentada de Strauss para identificar temas comunes y una categoría central.

**Resultados:** Se identificaron cuatro temas: (a) experiencias pre-

vias con el sistema sanitario (ej: sentirse desestimado), (b) factores individuales del paciente (ej: edad, historia clínica), (c) actitudes y creencias (ej: sobrecargar el sistema sanitario, el síncope "no es grave") y (d) factores contextuales (ej: influencia de otros importantes, gravedad de los síntomas). El juicio percibido, incluido el juicio de SEM y las autoevaluaciones negativas, se identificó como la categoría principal que influyó en las decisiones de los pacientes de buscar atención médica.

**Conclusiones:** Se piensa que, si bien los pacientes consideran muchos factores en la toma de decisiones de ponerse en contacto con el SEM por un síncope, las experiencias previas de sentirse juzgados y creencias desfavorables sobre el síncope pueden interferir con la receptividad de los pacientes a los protocolos tradicionales del SEM para el síncope. Los hallazgos resaltan las necesidades potenciales de los pacientes que los creadores de programas pueden considerar en el desarrollo de protocolos prehospitalarios para mejorar la atención y la satisfacción entre los pacientes con síncope. ■



# Hong Kong Journal of Emergency Medicine

Revista oficial del Hong Kong College Emergency Medicine y The Hong Kong Society for Emergency Medicine and Surgery

Hong Kong J Emerg Med. 2019. doi:10.1177/1024907919857008

## Clasificación de Young-Burgess: concordancia interobservador e intermétodo entre la radiografía pélvica y la tomografía computarizada en el manejo de politraumatismos en urgencias

Cheung J, Wong CKK, Yang MLC, Wong OF, Cheung M, Lui CT, et al.

**Introducción:** Si bien existen diferencias intrínsecas en los pros y los contras entre las radiografías simples y la tomografía computarizada, el papel de las radiografías pélvicas en el tratamiento del politraumatismo está disminuyendo a medida que la tomografía computarizada se vuelve más accesible. Estudios anteriores encontraron resultados variables en la concordancia entre observadores en las interpretaciones de las radiografías pélvicas.

**Objetivos:** Evaluar la concordancia entre observadores (médicos de urgencias) de la clasificación de las fracturas pélvicas en pacientes con traumatismos mayores y la concordancia entre métodos entre las radiografías simples y las tomografías computarizadas.

**Métodos:** Trescientos sesenta y nueve pacientes con traumatismo pélvico fueron reclutados de los registros de trauma de cuatro centros de trauma designados en Hong Kong, cada uno con un conjunto de radiografías anteroposteriores y tomografías computarizadas pélvicas. Las radiografías pélvicas fueron clasificadas por dos médicos de urgencias utilizando la clasificación de Young-Burgess y las tomografías computarizadas pélvicas clasificadas por un radiólogo experimentado. Un médico de urgencias de alto nivel evaluó las radiografías pélvicas en desacuerdo para tomar una decisión final antes de compararlas con las tomografías

computarizadas. El índice kappa de Cohen se utilizó para medir los acuerdos entre observadores y entre métodos, en los grupos "mecanismo de lesión", "fracturas estables versus inestables" y "clasificación completa".

**Resultados:** La concordancia entre observadores de la clasificación de la radiografía simple para "mecanismo de lesión", "fracturas estables versus inestables" y "clasificación completa" fueron de moderados a buenos ( $\kappa = 0,72, 0,60$  y  $0,55$ , respectivamente). La concordancia entre métodos para los tres grupos entre las radiografías simples y la tomografía computarizada fue de regular a moderada ( $\kappa = 0,42, 0,59$  y  $0,38$ , respectivamente).

**Conclusiones:** La concordancia entre métodos entre las radiografías simples y las tomografías computarizadas de pelvis fue regular en la clasificación de las fracturas pélvicas y moderada en la detección de fracturas pélvicas inestables. Si el paciente está hemodinámicamente inestable o cuando la tomografía computarizada no está disponible, es razonable obtener radiografías simples para detectar fracturas pélvicas inestables para acelerar la intervención temprana. Una revisión en la aproximación formativa y el material de la clasificación de Young-Burgess podría mejorar el acuerdo entre observadores. ■

Hong Kong J Emerg Med. 2019. doi:10.1177/1024907919866563

## Implementación de la oclusión de aorta con balón endovascular durante la reanimación en el Centro Regional de Trauma de Corea

Park Y, Yu B, Lee G, Lee J, Choi K, Han A

**Introducción:** La oclusión de aorta con balón endovascular durante la reanimación se utiliza como tratamiento complementario del shock grave en algunos centros de traumatología. Se presenta nuestra experiencia inicial de la oclusión de aorta con balón endovascular durante la reanimación para describir la implementación y las posibles indicaciones de la oclusión de aorta con balón endovascular durante la reanimación.

**Objetivos:** Este estudio fue diseñado para investigar la viabilidad y efectividad de la oclusión de aorta con balón endovascular durante la reanimación basado en nuestra experiencia y compartir nuestro proceso de implementación por cirujanos de trauma en Corea.

**Métodos:** Se realizó una revisión retrospectiva de casos consecutivos de oclusión de aorta con balón endovascular durante la reanimación en shock grave debido a hemorragia torácica no compresible en un solo centro de trauma coreano. La oclusión de la aorta con balón endovascular durante la reanimación se

introdujo e implementó mediante un protocolo escrito y cursos de formación cardiovascular.

**Resultados:** Todos los casos ( $n = 24$ ) se realizaron por mecanismos cerrados. Doce casos (50%) fueron oclusión de aorta con balón endovascular en la zona I, 3 casos (12,5%) en la zona II y 9 casos (45%) en la zona III. La media de la presión arterial sistólica previa a la oclusión fue de 47 mm Hg y el incremento medio de la presión arterial sistólica fue de 41,3 mm Hg. Veintiún pacientes (87,5%) sobrevivieron en la sala de trauma y 7 pacientes (29,2%) sobrevivieron y fueron dados de alta sin déficit neurológico. Hubo dos complicaciones directamente relacionadas con el procedimiento.

**Conclusiones:** La oclusión de aorta con balón endovascular durante la reanimación es una habilidad complementaria útil para los cirujanos de trauma y un breve curso de formación puede ayudar en la implementación del procedimiento. ■

