

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. 2023;13:25-29

Pacientes de servicios de urgencias en la República Democrática del Congo: aspectos epidemiológicos y clínicos en el Hospital General de Referencia de Beni

Katsioto AK, Muhesi PK, Isombi JP, Kambere PK, Sikakulya FK

Introducción: Existe poca información sobre las características de los pacientes que acuden al servicio de urgencias (SU) en la República Democrática del Congo. Este estudio pretende aportar algunos aspectos epidemiológicos y clínicos de los pacientes ingresados en el SU del Hospital General de Referencia de Beni.

Método: Durante un año, de enero a diciembre de 2021, se realizó un estudio transversal. Los datos relativos a las características de los pacientes, el tipo de ingreso, el tiempo de estancia, el motivo de ingreso y el tipo de alta se recogieron de forma anónima de los registros de pacientes. Se realizó un análisis descriptivo con Epi-Info 7.

Resultado: 1404 pacientes ingresaron el SU, con una proporción hombre/mujer de 1,2 a 1. El grupo de edad inferior a 18 años representaba un 35,4%. La mayoría de los pacientes (75,7%) procedían de zonas urbanas. En el 83% de los casos, no había recomendación de otro centro médico para el ingreso en el SU.

Los motivos más frecuentes de ingreso fueron las causas no traumáticas además de síntomas neuropsiquiátricos e inespecíficos. Los accidentes de tráfico es la causa más frecuente de síntomas traumáticos. Pocos pacientes (14,7%) pasaron menos de 12 horas en el SU. Globalmente, un 7,3% de los pacientes ingresados en el SU fueron dados de alta tras ser tratados, y un 89% fueron trasladados a diferentes salas. El porcentaje de mortalidad intrahospitalaria en urgencias fue de un 11,8% entre los pacientes ingresados en urgencias del Hospital General de Referencia de Beni.

Conclusiones: Esta base de datos epidemiológicos destaca la necesidad de desarrollar intervenciones globalizadoras y multi-sectoriales (diagnóstico, estrategia terapéutica, organización, programa de salud o políticas de salud) en la perspectiva de aportar cambios o tomar medidas en el sistema de urgencias médicas de la República Democrática del Congo. ■



Annals of Emergency Medicine

Revista oficial del American College of Emergency Physicians de Estados Unidos

Ann Emerg Med. 2023. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2023.02.009>

Fragilidad y resultados neurológicos de los pacientes reanimados tras una parada cardíaca extrahospitalaria no traumática: estudio observacional prospectivo

Yamamoto R, Tamura T, Haiden A, Yoshizawa J, Homma K, Kitamura N, et al.

Objetivo: Estudiar la utilidad clínica de la puntuación de la Clinical Frailty Scale (CFS) para predecir funciones neurológicas desfavorables en pacientes reanimados de una parada cardíaca extrahospitalaria (PCR-E).

Métodos: Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico realizado entre 2019 y 2021. Se incluyeron adultos con PCR-E no traumática ingresados en la unidad de cuidados intensivos tras el retorno de la circulación espontánea (RCE). La puntuación alta de CFS previa a la parada se definió como 5 o más. Se compararon los resultados neurológicos favorables definidos como una puntuación en la Categoría de Rendimiento Cerebral de 2 o menos a los 30 días del ingreso entre pacientes con y sin puntuaciones altas en CFS. Se realizaron análisis de regresión logística multivariable con ecuaciones de estimación generalizada para ajustar las características de los pacientes, la información extrahospitalaria y el contenido de la reanimación, así como la agrupación dentro de la institución.

Resultados: De 9.909 pacientes con PCR-E durante el periodo de

estudio, 1.216 fueron incluidos, y 317 tenían una puntuación CFS alta antes de la parada. Los resultados neurológicos favorables fueron menores en los pacientes con puntuaciones CFS altas. El grupo con alta puntuación en CFS mostró un porcentaje menor de resultados neurológicos favorables después de la PCR-E que el grupo con baja puntuación (6,1% frente a 24,4%; OR ajustada, 0,45 [IC 95%: 0,22 a 0,93]). Esta relación se mantuvo en los subgrupos con PCR cardiogénica, con RCE tras la llegada al hospital y sin alto riesgo de muerte (puntuación de CFS de 7 o menos), mientras que los resultados neurológicos fueron comparables independientemente de la fragilidad previa a la parada en aquellos con PCR-E no cardiogénica y con RCE antes de la llegada al hospital.

Conclusiones: Una elevada puntuación de CFS antes de la parada se asoció con funciones neurológicas desfavorables entre los pacientes reanimados de una parada cardíaca. La puntuación de CFS ayudaría a predecir las consecuencias clínicas en los cuidados intensivos después de la RCE. ■

Ann Emerg Med. 2023. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2023.01.001>

Predictores clínicos y de laboratorio de la gravedad de la deshidratación en niños con cetoacidosis diabética

Trainor JL, Glaser NS, Tzimenatos L, Stoner MJ, Brown KM, McManemy JK, et al.

Objetivo: El objetivo principal fue caracterizar el grado de deshidratación en niños con cetoacidosis diabética (CAD) e identificar factores exploración física y bioquímicos asociados con la gravedad de la deshidratación. Los objetivos secundarios incluían describir las relaciones entre la gravedad de la deshidratación y otros resultados clínicos.

Métodos: En este estudio de cohortes, se analizaron los datos de 753 niños con 811 episodios de CAD del estudio de investigación sobre fluidoterapia de la Pediatric Emergency Care Applied Research Network, un ensayo clínico aleatorizado de protocolos de reanimación con fluidos para niños con CAD. Se utilizó análisis de regresión multivariable para identificar factores de exploración física y bioquímicos asociados a la gravedad de la deshidratación y se describieron las asociaciones entre la gravedad de la deshidratación y los resultados de la CAD.

Resultados: La deshidratación media fue de un 5,7% (DE 3,6%).

Se observó deshidratación leve (0 a < 5%), moderada (5 a < 10%) y grave ($\geq 10\%$) en un 47% (N = 379), 42% (N = 343) y 11% (N = 89) de los episodios, respectivamente. En los análisis multivariables, la deshidratación más grave se asoció con la diabetes de reciente diagnóstico, mayor nitrógeno ureico en sangre, menor pH, mayor hiato aniónico e hipertensión diastólica. Sin embargo, hubo un solapamiento sustancial de estas variables entre los grupos de deshidratación. El tiempo estancia media hospitalaria fue mayor en los pacientes con deshidratación moderada y grave, tanto en la diabetes de reciente diagnóstico como en la establecida.

Conclusiones: La mayoría de los niños con CAD presentan una deshidratación de leve a moderada. Aunque las medidas bioquímicas se asociaron más estrechamente con la gravedad de la deshidratación que las evaluaciones clínicas, ninguna de ellas fue suficientemente predictiva para informar la práctica de rehidratación. ■

Emergency Medicine Journal

Revista oficial del Royal College of Emergency Medical del Reino Unido

Emerg Med J. 2023;40(7):486-492

Manejo del dolor lumbar en los servicios de urgencias australianos para poblaciones cultural y lingüísticamente diversas de 2016 a 2021

Chen Q, Maher CG, Rogan E, Machado G.

Antecedentes: La atención desigual en los SU para las poblaciones minoritarias con lumbalgia es un problema de larga duración señalado en EEUU. El objetivo fue comparar la prestación de atención para el dolor lumbar en SU australianos entre pacientes con diversidad cultural y lingüística (DCYL) y sin DCYL.

Métodos: Se trata de una revisión retrospectiva de historias clínicas del SU de tres hospitales públicos de Sídney, Nueva Gales del Sur, Australia, desde enero de 2016 hasta octubre de 2021. Se incluyeron pacientes adultos diagnosticados de lumbalgia no grave al alta del SU. El estado DCYL se definió por el país de nacimiento, el idioma preferido y el uso del servicio de intérprete. Las variables de resultado principales fueron el transporte en ambulancia, la obtención de imágenes lumbares, la administración de opiáceos y el ingreso hospitalario.

Resultados: De las 14.642 atenciones incluidas, 7.656 pacientes (52,7%) habían nacido en el extranjero, 3.695 (25,2%) preferían comunicarse en un idioma distinto del inglés y 1.224 (8,4%) necesitaron un intérprete. Los pacientes nacidos en el extranjero tenían menos probabilidades de llegar en ambulancia (OR ajustada [ORa] 0,68; IC 95%: 0,63 a 0,73) que los pacientes nacidos en

Australia. Los pacientes que preferían un idioma distinto del inglés también tenían menos probabilidades de llegar en ambulancia (ORa 0,82; IC 95%: 0,75 a 0,90), pero más probabilidades de que se les tomaran imágenes (ORa 1,12; IC 95%: 1,01 a 1,23) o de ser ingresados en el hospital (ORa 1,16; IC 95%: 1,04 a 1,29) que los pacientes nativos de habla inglesa. Los pacientes que necesitaron un intérprete tuvieron más probabilidades de recibir imágenes (aOR 1,43; IC 95%: 1,25 a 1,64) o de ser ingresados (aOR 1,49; IC 95%: 1,29 a 1,73) en comparación con los que se comunicaron de forma independiente. En general, los pacientes con DCYL tenían menos probabilidades de recibir opiáceos débiles que los pacientes sin DCYL (rango aOR 0,76-0,87), aunque no se encontraron diferencias en el uso de cualquier opiáceo u opiáceos fuertes.

Conclusiones: Los pacientes con lumbalgia de origen con DCYL, especialmente los que no dominan el inglés, tienen una probabilidad significativamente mayor de ser diagnosticados por imagen e ingresados en los SU australianos. Las futuras intervenciones que mejoren la calidad de la atención del dolor lumbar en los SU deberían prestar especial atención a los pacientes con DCYL. ■



Emerg Med J. 2023 Jun 6;emermed-2022-212759. doi: 10.1136/emermed-2022-212759

¿Por qué es tan difícil el tratamiento del dolor en el servicio de urgencias? Revisión sistemática de estudios mixtos y síntesis temática de las percepciones del personal sobre los factores que facilitan y obstaculizan el tratamiento del dolor en los servicios de urgencias

Sampson FC, Johnson M

Introducción: El dolor es el síntoma más frecuente en los servicios de urgencias (SU), pero su infratratamiento es un problema bien documentado en todo el mundo. A pesar del desarrollo de intervenciones para abordar este problema, todavía hay una comprensión limitada de cómo se puede mejorar el tratamiento del dolor en el SU. Esta revisión sistemática de estudios mixtos tiene como objetivo identificar y sintetizar de forma crítica la investigación que explora las opiniones del personal sobre las barreras y los factores que facilitan el tratamiento del dolor para comprender por qué el dolor sigue siendo infratratado en el SU.

Métodos: Se realizaron búsquedas sistemáticas en cinco bases de datos de estudios cualitativos, cuantitativos y de métodos mixtos que informaban de las opiniones del personal de urgencias sobre las barreras y los factores que facilitan el tratamiento del dolor en urgencias. La calidad de los estudios se evaluó mediante la herramienta de evaluación de métodos mixtos. Se extrajeron los datos y se generaron temas cualitativos mediante la deconstrucción de los datos y el posterior desarrollo de temas interpretativos. Los datos se analizaron mediante un diseño de síntesis cualitativa convergente.

Resultados: Se identificaron 15.297 artículos para la revisión de

títulos y resúmenes, se revisaron 138 y se incluyeron 24 en los resultados. No se excluyeron estudios debido a su baja calidad, aunque los estudios con menor puntuación aportaron menos datos al análisis. Las encuestas cuantitativas se centraron más en los factores ambientales (por ejemplo, la elevada carga de trabajo y las restricciones burocráticas), mientras que los estudios cualitativos revelaron más información sobre las actitudes. Se desarrollaron cinco temas interpretativos a partir de la síntesis temática: (1) el tratamiento del dolor se considera importante pero no una prioridad clínica; (2) el personal no reconoce la necesidad de mejorar el tratamiento del dolor; (3) el entorno del SU dificulta la mejora del tratamiento del dolor; (4) el tratamiento del dolor se basa en la experiencia, no en el conocimiento; y (5) el personal no confía en la capacidad del paciente para juzgar el dolor o tratarlo adecuadamente.

Conclusiones: Centrarse excesivamente en las barreras ambientales como principales obstáculos para el tratamiento del dolor puede ocultar creencias subyacentes que dificultan las mejoras. Mejorar la retroalimentación sobre el rendimiento y abordar estas creencias puede permitir al personal comprender cómo priorizar el tratamiento del dolor. ■

Canadian Journal of Emergency Medicine

Revista oficial de la Canadian Association of Emergency Physicians

CJEM. 2023. <https://doi.org/10.1007/s43678-023-00481-7>

Comparación basada en el valor del tratamiento de las enfermedades respiratorias en los servicios de urgencias y los centros ambulatorios

Marx T, Moore L, Talbot D, Guertin JR, Lachapelle P, Blais S, et al.

Objetivos: Comparar los resultados de salud y los costes asociados con el valor de la atención en los servicios de urgencias (SU) y los centros ambulatorios sin cita previa para pacientes que presentan una enfermedad respiratoria aguda.

Métodos: Se realizó una revisión de las historias clínicas desde abril de 2016 hasta marzo de 2017 en un SU y un centro ambulatorio sin cita previa. Los criterios de inclusión fueron: (i) pacientes ambulatorios de al menos 18 años de edad, (ii) dados de alta a domicilio con diagnóstico de infección del tracto respiratorio superior (ITRS), neumonía, asma aguda o exacerbación aguda de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. El resultado principal fue la frecuencia de pacientes que volvieron a cualquier SU o centro ambulatorio en los 3-7 días siguientes a la visita índice. Los resultados secundarios fueron el coste medio de la atención y la incidencia de prescripción de antibióticos para los pacientes con ITRS. El coste de la atención se estimó a partir de las perspectivas del Ministerio de Sanidad mediante un cálculo de costes basado en la actividad en función del tiempo.

Resultados: El grupo de SU incluyó 170 pacientes y el grupo de centro ambulatorio sin cita 326 pacientes. Las frecuencias de visitas a los 3 y a los 7 días fueron, respectivamente, 25,9% y 38,2% para el SU frente a 4,9% y 14,7% para el centro ambulatorio (riesgo relativo ajustado [RRa] de 4,7 [IC 95%: 2,6-8,6] y 2,7 [1,9-3,9]). El coste medio (\$ canadienses) de la visita índice fue de 116,0 (106,3-125,7) en SU frente a 62,5 (57,7-67,3) en centro ambulatorio (diferencia media de 56,4 (45,7-67,1)). La prescripción de antibióticos por ITRS fue del 5,6% en SU frente al 24,7% en centro ambulatorio (RRa 0,2, 0,01-0,6).

Conclusiones: Este estudio es el primero de un programa de investigación más amplio para comparar el valor de la atención entre los centros ambulatorios y los SU. Las ventajas potenciales de los centros frente a los SU (menores costes, menor incidencia de visitas de retorno) para los pacientes ambulatorios con enfermedades respiratorias deben tenerse en cuenta en la planificación de la asistencia sanitaria. ■



CJEM. 2023. <https://doi.org/10.1007/s43678-023-00500-7>

Aplicación del Modified Early Obstetrical Warning System (MEOWS) en pacientes puérperas en el servicio de urgencias

Kaur J, Thompson C, McLeod S, Varner C

Introducción: En las dos últimas décadas se ha producido un aumento constante de la morbilidad materna grave y de las muertes relacionadas con el embarazo en Canadá y Estados Unidos. El Modified Early Obstetric Warning System (MEOWS) es una herramienta de estratificación del riesgo diseñada para predecir la morbilidad y mortalidad materna grave que ha sido validada para su uso en salas de obstetricia. El objetivo de este estudio era determinar si el MEOWS podía identificar con precisión a las pacientes con riesgo de morbilidad y mortalidad materna grave en el ámbito de los servicios urgencias (SU).

Métodos: Se trata de una revisión de historias clínicas de pacientes que acuden a un centro universitario de tercer nivel (censo anual de urgencias 65.000) con un motivo de consulta puerperal dentro de las 6 semanas posteriores al parto entre mayo de 2020 y marzo de 2022. La exposición fue la presencia de un desencadenante, definido como una medición fisiológica gravemente anormal (rojo) o dos mediciones fisiológicas levemente anormales (amarillo) durante la visita al SU. La precisión diagnóstica de la herramienta para identificar pacientes con riesgo de morbilidad o mortalidad materna grave se estimó calculando la sensibilidad,

la especificidad, el valor predictivo positivo y el valor predictivo negativo.

Resultados: Se incluyeron 267 pacientes, de las cuales 21 (7,9%) cumplían los criterios de morbilidad materna grave. No se produjo ninguna muerte materna. En conjunto, la sensibilidad de la herramienta MEOWS fue del 85,7% (IC 95%: 63,7-97,0%), la especificidad del 67,9% (IC 95%: 61,7-73,7%), el valor predictivo positivo del 18,6% (IC 95%: 15,1-22,7%) y el valor predictivo negativo del 98,2% (IC 95%: 95,1-99,4%). La preeclampsia grave y la eclampsia fueron las categorías más frecuentes de morbilidad materna grave, representando 16 (76,2%) casos. La mayoría de las pacientes (86,5%) fueron dadas de alta directamente desde el SU, y el 90,0% no revisó en los primeros 30 días.

Conclusiones: Este estudio es el primero en explorar la utilidad de MEOWS en pacientes puérperas en el SU. La presencia de un desencadenante MEOWS en el triaje o en la primera evaluación de enfermería del SU se asoció con morbilidad materna grave. Por lo tanto, MEOWS puede ser una herramienta de utilidad para identificar a las pacientes puérperas con riesgo de resultados graves precoces en una visita al SU. ■

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. 2023;30(4):225-235

Efceto positivo del centro de traumatología en la supervivencia de los pacientes con fractura de pelvis exanguinante: estudio en un centro de traumatología coreano

Lee M, Yu B, Lee G, Lee J, Choi K, Park Y, et al.

Antecedentes: Se ha mostrado que los centros de traumatología y los protocolos de manejo multidisciplinar mejoran los resultados de los pacientes con lesiones graves. La hemorragia por lesión pélvica se asocia a una elevada mortalidad y es una causa frecuente de muerte evitable por traumatismo. El objetivo de este estudio fue evaluar los efectos del establecimiento de un centro de traumatología y de los protocolos de manejo sobre los resultados de los pacientes hemodinámicamente inestables con fracturas de pelvis.

Métodos: Se revisaron retrospectivamente los pacientes hemodinámicamente inestables con fracturas de pelvis durante un período de 10 años. Se agruparon en fase previa y posterior, definidas como antes y después del establecimiento de un centro de traumatología y los protocolos, respectivamente. Se compararon las características básicas y los resultados entre periodos.

Resultados: Este estudio incluyó un total de 106 pacientes. Las características básicas y fisiológicas no fueron significativamente diferentes entre ambas fases. El taponamiento preperitoneal y la

oclusión endovascular de la aorta con balón para resucitación sólo se realizaron en la fase posterior (taponamiento preperitoneal, N = 27; oclusión endovascular resucitadora de la aorta con balón, N = 10). En la fase posterior, el tiempo transcurrido desde la llegada al servicio de urgencias hasta la intervención hemostática fue significativamente menor ($269 \pm 132,4$ min frente a $147,2 \pm 95,5$ min, $p < 0,0001$), y la mortalidad debida a hemorragia aguda fue significativamente menor ($p = 0,003$; reducción del riesgo absoluto: 0,22; reducción del riesgo relativo: 0,72). El análisis de regresión logística multivariante identificó la edad, la puntuación de gravedad de la lesión y la fase previa como factores de riesgo independientes de mortalidad.

Conclusiones: La creación de un centro de traumatología y los protocolos de manejo multidisciplinar, como el taponamiento preperitoneal y la oclusión endovascular con balón de la aorta para resucitación, mejoraron los resultados de los pacientes hemodinámicamente inestables con fracturas pélvicas. ■

Hong Kong J Emerg Med. 2023;30:253-260

Efectos de los antibióticos sistémicos en la neumonía precoz asociada a ventilación mecánica en pacientes con trauma: estudio de cohortes retrospectivo unicéntrico

Wong CY, Ng YT, Ching KC, Ha PK, Leung CY, Au WK, et al.

Introducción: La neumonía asociada al ventilador es una de las complicaciones más frecuentes en los pacientes intubados: su incidencia oscila entre un 20%-60%, y es mayor en los pacientes politraumatizados. La neumonía asociada al ventilador puede dar lugar a resultados neurológicos desfavorables al alta, una mayor duración de la ventilación mecánica y un tiempo de estancia prolongado en la unidad de cuidados intensivos. Se ha propuesto el uso de antibióticos sistémicos como método para reducir esta complicación. Sin embargo, su eficacia aún está por determinar y la preocupación por la resistencia bacteriana dificulta su uso. Este estudio pretende evaluar los efectos de los antibióticos sistémicos en la prevención precoz de la neumonía asociada a la ventilación mecánica.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo unicéntrico, que utilizó datos del registro local de trauma de 2015 a 2020. Los pacientes 18 años de edad que sufrieron lesiones en la cabeza o el tronco e intubados en las primeras 12 h del ingreso fueron evaluados por neumonía precoz asociada al ventilador para determinar la eficacia de los antibióticos sistémicos en la incidencia

de neumonía asociada al ventilador e identificar otros factores de riesgo para la neumonía asociada al ventilador en pacientes que sufren un traumatismo.

Resultados: Se incluyeron un total de 250 pacientes; 59 de ellos cumplían los criterios de neumonía precoz asociada a ventilación mecánica. Se observó que el uso precoz de antibióticos de amplio espectro con potente cobertura anaerobia protegía frente a la neumonía precoz asociada a ventilación mecánica (OR ajustada = 0,228; $p = 0,044$). La mayor edad y las lesiones torácicas o abdominales graves también resultaron ser fuertes predictores no modificables del desarrollo de neumonía precoz asociada a ventilación mecánica.

Conclusiones: Se observó que el uso de antibióticos sistémicos con cobertura anaerobia potente en las 3 h siguientes a la lesión previene la neumonía precoz asociada a ventilación mecánica en los intubados en las primeras 12 h la lesión. Sin embargo, puede ser necesario un ensayo controlado aleatorizado a gran escala para evaluar con más detalle su beneficio y sus posibles efectos secundarios, sobre todo el riesgo de resistencia a los antibióticos. ■

