

El test de Mallampati se muestra como el predictor de vía aérea (VA) difícil más útil en pacientes graves en el servicio de urgencias (SU)

Este estudio del Hospital Clínico-Quirúrgico 10 de Octubre de La Habana compara distintos métodos predictores que alertan de una probable intubación orotraqueal (IOT) dificultosa

El manejo efectivo de la VA en el SU es la principal garantía en los pacientes con compromiso hemodinámico y ventilatorio, pilar de toda reanimación. Conocer previamente la posibilidad de una IOT difícil es primordial en el manejo de la VA y de ello puede depender la vida del paciente. Se define como VA difícil cuando la inserción del tubo endotraqueal con laringoscopia convencional requiere más de tres intentos o de 10 minutos para su consecución. Este trabajo que incluyó a 137 pacientes del SU obtuvo unos resultados muy interesantes. En 98 pacientes se realizó uno o más test predictivos de VA difícil o IOT dificultosa. De éstos, el 85,7% fueron calificados como de VA fácil y el 14,2% como VA difícil. La edad media fue 55,2 años y 62,7 años respectivamente en los dos grupos, y no hubo diferencias en cuanto al sexo. La clasificación de Mallampati, aunque sólo se realizó en 21 casos, obtuvo un valor predictivo, sensibilidad y especificidad del 100% para detectar una VA difícil. Además, la combinación de este test y la medición de la distancia tiromentoniana se mostró superior a cualquiera de los test individualmente. En opinión de los autores se debe realizar, siempre que sea posible, una valoración predictiva de la VA antes de proceder a la IOT en el SU, lo que sirve de mecanismo de seguridad y resulta beneficioso para los pacientes.

F.J Pérez et al.

Emergencias 2011;23:283-298

La bioética debe estar integrada en la formación de los urgenciólogos ya que la actividad asistencial en los servicios de urgencias (SU) genera con frecuencia conflictos éticos (CE)

El 81,6% de los profesionales de los SU no han tenido ninguna formación específica en bioética y el 75,2% resuelve los CE con la ayuda de sus compañeros

Los SU hospitalarios soportan una fuerte presión asistencial que se cree debida, en parte, a la existencia de un sistema público de salud que no dispone prácticamente de ninguna barrera para limitar su acceso. En este marco asistencial los principios básicos de la bioética (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia) son un referente para la resolución de los CE que pueden surgir a diario. Lucas et al., han realizado un estudio donde los profesionales sanitarios de los SU de los hospitales del área de salud de Albacete contestan a una encuesta sobre múltiples aspectos bioéticos. Los médicos tienen más CE que los enfermeros ($p < 0,005$), y éstos se producen con frecuencia (todas las semanas) en el 57,9% y rara vez (mensualmente) en el 25,4%. Los CE que se plantean más frecuentemente se relacionan con: el final de la vida, confidencialidad, el secreto profesional y la justicia distributiva. Sin embargo, la autonomía del paciente y la objeción de conciencia no generan muchos CE.

Finalmente, cabe destacar que la mayoría de los profesionales (76,8%) reclaman una formación específica que les oriente y ayude a resolver los CE.

F.J Lucas et al.

Emergencias 2011;23:283-292

ISI Web of Knowledge, a través del Journal Citation Reports, acaba de dar a conocer los factores de impacto del año 2010 de las más de 10.500 revistas que tiene indexadas

Por primera vez EMERGENCIAS ha conocido el suyo: 3,085. Esto supone que EMERGENCIAS se ha convertido en la tercera revista más importante en el mundo del ámbito de la Medicina de Urgencias y Emergencias (sólo superada por *Resuscitation* y por *Annals of Emergency Medicine*) y en la segunda revista en factor de impacto entre las 73 que se editan en España (sólo superada por *AIDS Reviews*)

Enhorabuena a la SEMES y sus socios, al Comité Editorial, a los revisores, a los autores de los manuscritos publicados en EMERGENCIAS y a todos los urgenciólogos. El logro es de todos.

La medición de diferentes parámetros clínicos y de laboratorio, en los campamentos base, previa a las ascensiones de más de 5.000 metros de altura podría predecir una mala evolución clínica y El desarrollo del mal agudo de montaña (MAM)

Estudio novedoso y muy interesante que demuestra que niveles de ácido láctico (AL) ≥ 2 mmol/L y un valor ≥ 4 en la escala de MAM de "Lake Louis" a 5.000 metros (m) de altitud predicen de forma significativa una mala adaptación y una evolución clínica a MAM en ascensiones superiores. La hipoxia hipobárica tiene un papel perjudicial sobre el intercambio gaseoso y los procesos metabólicos y enzimáticos. Además, disminuye el rendimiento y capacidad física en alta montaña y puede precipitar la aparición del MAM, que en sus estadios más graves se acompaña de edema pulmonar y/o cerebral. Este estudio se ha realizado con 8 escaladores de alta montaña (edad media 35 años, varones y no fumadores) en el volcán Lullailaco (6.739 metros sobre el nivel del mar) situado al oeste de la provincia de Salta de la República Argentina. Se analizan los niveles de AL en reposo a los 3.500 m (valores basales), a los 5.000 m (campamento base) y al regreso de la cima (post esfuerzo inmediato). Además se recogen distintos datos clínicos: frecuencia cardíaca (FC) y respiratoria (FR), saturación de O_2 (Sat O_2), agudeza visual según la tabla de Pelli Robson, test de la caminata de los 6 minutos y la escala clínica de MAM de Lake Louis. Los escaladores que presentan a 5.000 m un AL ≥ 2 mmol/L tienen un 23% más de riesgo de padecer MAM con una sensibilidad (S) y especificidad (E) del 100% y 83% respectivamente. Así mismo tener una escala de Lake Louis ≥ 4 a los 5.000 m predice esta mala evolución con una S y E del 100%. Por otra parte, los valores de FC, FR y Sat O_2 no demuestran ser predictores individuales de progresión clínica a MAM. Los resultados de este interesante estudio puede constituir una referencia inicial en la preparación de las grandes ascensiones de los escaladores de élite.

L. Seoane et al.

Emergencias 2011;23:276-282

El tromboembolismo pulmonar (TEP) en el adulto joven (menos de 45 años) es una complicación infrecuente y surge como consecuencia del efecto aditivo de varios factores predisponentes (FP)

Mujer con sobrepeso que toma anticonceptivos orales (ACO) y varón con sobrepeso, fumador y con un proceso traumatológico reciente representan los dos perfiles más habituales de pacientes menores de 45 años con TEP diagnosticado en el servicio de urgencias (SU)

El TEP es una complicación frecuente diagnosticada en los SU cuya incidencia aumenta paralelamente a la edad poblacional. La probabilidad de padecer un TEP es 11 veces menor en los adultos jóvenes. Este estudio de González et al., divide a 89 pacientes diagnosticados de TEP en el SU en dos grupos: el grupo 1 integrado por los de < 45 años y el grupo 2 por los de > 45 años. La inmovilidad relativa reciente es el principal FP en ambos grupos. Otros FP de los pacientes del grupo 1 (con diferencia respecto al 2, $p < 0,005$) son: toma de ACO, trombofilias primarias, gestación, tabaquismo activo y enfermedades inflamatorias crónicas. El dolor torácico pleurítico fue el principal motivo de consulta en el grupo 1 donde se objetivó menor hipoxemia ($p = 0,004$) aunque peor tolerancia hemodinámica ($p < 0,05$).

Este número de EMERGENCIAS publica una excelente revisión de uno de los retos actuales de los SU: tratamiento fibrinolítico de la embolia de pulmón (EP)

La decisión de administrar un agente fibrinolítico en el escenario de una EP en el SU continúa siendo una decisión muy individualizada. Este artículo, de obligada lectura para los urgenciólogos, analiza y revisa los agentes fibrinolíticos actuales y sus indicaciones desde la perspectiva del riesgo de mortalidad en la EP. En los pacientes con parada cardiorrespiratoria (PCR) secundaria a EP el tratamiento fibrinolítico ofrece una oportunidad de supervivencia por lo que su indicación no ofrece dudas. Pero en el resto de enfermos debemos estimar si existe un riesgo de mortalidad alto, intermedio o bajo junto con los potenciales riesgos del fármaco para decidir su administración.

R. González et al.

Emergencias 2011;23:307-310

W.J Brady

Emergencias 2011;23:319-323

El bloqueo supraescapular (BS) para la reducción de las luxaciones glenohumorales en el servicio de urgencias (SU) es una alternativa segura y eficaz a las técnicas de sedoanalgesia y anestesia habituales

Con la aplicación del BS se disminuye de forma significativa el dolor (80% casos) y se consigue la reducción de la luxación glenohumeral (90%) que previamente no ha podido realizarse con técnicas convencionales de anestesia y/o sedoanalgesia

El bloqueo del nervio supraescapular mediante punción única con aguja intramuscular e infiltración de mepivacaína al 2% se realiza sin neuroestimulador, sólo por referencias anatómicas, lo que lo convierte para el urgenciólogo, según la opinión de los autores, en la técnica ideal por sus tasas de éxito, escasas complicaciones y facilidad de realización en el SU.

E. Belinchón et al.

Emergencias 2011;23:303-306