

Monitorización hemodinámica no invasiva o mínimamente invasiva en el paciente crítico en los servicios de urgencias y emergencias (SUE)

Excelente y completo artículo de revisión que analiza los tipos de monitores hemodinámicos existentes en la actualidad, la interpretación de las principales variables hemodinámicas y, finalmente, propone distintos algoritmos de actuación para los SUE en función del estado del índice cardiaco (IC)

La monitorización hemodinámica no invasiva o mínimamente invasiva se ha convertido en una herramienta que se utiliza cada vez más en los SUE. Ayuda a establecer el diagnóstico diferencial de las posibles causas de shock, y a optimizar el tratamiento, cuantificar sus efectos y evitar las posibles complicaciones derivadas del mismo. El artículo nos presenta de forma pormenorizada los distintos dispositivos que miden de forma continua el gasto cardiaco (GC) del paciente de forma invasiva (mediante electrodos cutáneos, manguitos hinchables digitales o sensores de espectrofotometría) o mínimamente invasiva (a través de la canalización de una arteria periférica). Posteriormente, se describen las variables hemodinámicas relacionadas con el GC, centrándose principalmente en la evaluación de la precarga. Aunque también se discuten las relacionadas con la contractilidad y la postcarga. La combinación de las variables clásicas y hemodinámicas junto con la información anatómica y funcional que proporciona la ecografía ha permitido a los autores elaborar distintos algoritmos de actuación (según el índice cardiaco sea mayor o menor a $2,5 \text{ l/min/m}^2$) que presentan al final de este artículo y que, sin duda, serán de gran utilidad para el *urgenciólogo* en su práctica diaria. El sistema de monitorización debería ser sencillo, seguro, fácil de usar, operador independiente, coste efectivo, preciso y capaz de proporcionar la información suficiente para poder dirigir el tratamiento y las maniobras de resuscitación.

A. Almena et al.

Emergencias 2015;27:386-395

Existen distintos modelos clínicos de exclusión de la trombosis venosa profunda (TVP) que en combinación con el dímero D han demostrado su utilidad en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH)

La escala de Wells y otros cuatro modelos consiguen un valor predictivo negativo superior al 98%

Estudio retrospectivo de 577 casos (con diagnóstico final de TVP en 145 pacientes, 25%) que incluyó de forma consecutiva a todo paciente atendido por una sospecha clínica de TVP en miembros inferiores en un SUH. Se comparó la efectividad de los 10 modelos clínicos más conocidos en combinación con el dímero D para la exclusión de un diagnóstico de TVP. Para cada modelo los pacientes fueron clasificados en sus diferentes grupos de probabilidad y, tras combinarlos con el resultado del dímero D (positivo/negativo), fueron codificados en una variable dicotómica. Se consideró "baja probabilidad y dímero D negativo" a los pacientes incluidos por cada modelo en el grupo de menor probabilidad que presentaba un dímero D negativo. Se codificó como "otras probabilidades" al resto de combinaciones. La capacidad diagnóstica se evaluó contrastando las variables definidas con el resultado positivo o negativo del estudio ecográfico. La capacidad diagnóstica de cada modelo se muestra detalladamente en el artículo original.

F. Rosa-Jiménez et al.

Emergencias 2015;27:375-378

La conciliación de la medicación (CM) realizada tras la incorporación de un farmacéutico especialista reduce los problemas relacionados con la medicación (PRM) de los pacientes ancianos ingresados en una unidad de corta estancia (UCE)

El error de conciliación (EC) detectado con más frecuencia (68% de casos) fue el de omisión del medicamento, es decir, el no prescribir un medicamento que se considera necesario.

Ensayo clínico controlado y aleatorizado realizado durante 17 meses en la UCE del Hospital Nuestra Señora del Prado de Talavera que revisó 3.081 medicamentos de 130 pacientes ≥ 65 años con alto riesgo de sufrir PRM. Se asignaron aleatoriamente 65 pacientes a un grupo control y otros 65 al grupo donde se llevó a cabo la CM a cargo de un farmacéutico. Se registraron discrepancias en 1.901 pacientes (61,7%) de los medicamentos. Se detectaron un total de 213 PRM, de ellos 110 (51,6%) en el grupo control y 103 (48,4%) en el grupo intervención ($p = 0,38$). La intervención del farmacéutico redujo los PRM de forma significativa en el grupo intervención respecto al control (26,4% vs 83,5%, $p < 0,001$).

C. Piqueras et al.

Emergencias 2015;27:364-370

Este número de EMERGENCIAS publica un estudio comparativo en relación con la tasa y profundidad de las compresiones torácicas en la reanimación cardiopulmonar (PCR) realizada por intervinientes con asistencia telefónica, utilizando un metrónomo regular, un metrónomo de voz o las instrucciones estándar

El metrónomo normal mostró un significativo efecto negativo en el rango objetivo de compresión torácica y por lo tanto no puede ser recomendado su uso regular en la RCP asistida telefónicamente

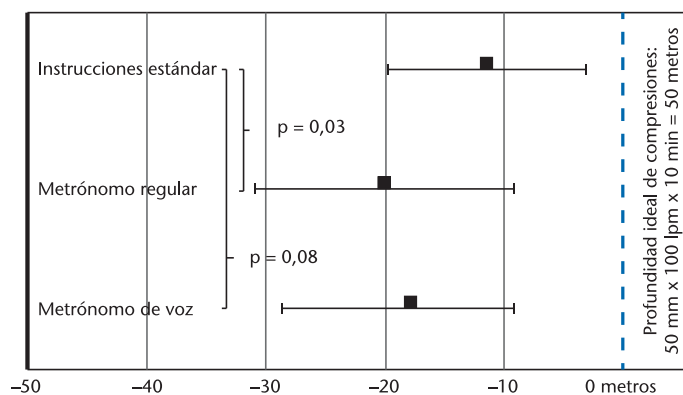
Novedoso artículo original que muestra los resultados de un ensayo de simulación, aleatorizado y ciego. Los participantes (12 por grupo) se asignaron al azar de forma que se les proporcionó una asistencia telefónica en base a:

1.- Instrucciones estándar ("empuje hacia abajo con firmeza 5 cm"),
2.- Un metrónomo normal a un ritmo de 110 pulsaciones por minuto (ppm), y 3.- Un metrónomo de voz indicando continuamente "profundo-profundo-profundo-más profunda" a 110 ppm. El objetivo primario fue evaluar la desviación del rango objetivo ideal de compresión torácica (50 mm de profundidad de compresión x 100 compresiones por minuto x 10 minutos = 50 metros). El resultado de la desviación de profundidad ideal determinada (ver figura) fue de -11 (9) metros en el grupo estándar frente a -20 (11) metros en el grupo del metrónomo regular [diferencia ajustada 9 (1,2-17,5) metros, $p = 0,03$], y -18 (9) metros en el grupo del metrónomo de voz [diferencia ajustada 7,2 (0,9-15,3) metros, $p = 0,08$].

R. Van Tulder et al.

Emergencias 2015;27:357-363

Desviación de la profundidad ideal de compresiones en coeficiente (95% IC)



A pesar que EMERGENCIAS es una revista editada en español y que ha sido incluida solo recientemente (en 2008) en Journal Citation Reports, algunos de sus artículos ya han alcanzado una repercusión notable.

El artículo publicado en EMERGENCIAS más citado lo fue en 52 ocasiones, lo que le sitúa en el segundo percentil de los artículos publicados por autores españoles, y en el primer percentil de los artículos publicados en español o en el área de Medicina de Urgencias y Emergencias (MUE)

Interesante artículo especial que pone de relieve la repercusión de algunos artículos publicados en EMERGENCIAS y analiza las características de estos. Entre 2008 y 2015, EMERGENCIAS publicó 975 artículos que recibieron 2.207 citaciones: 1.181 (53,5%) realizadas en 336 artículos publicados en la propia revista EMERGENCIAS, y 1.126 (46,5%) realizadas en 428 artículos publicadas en otras revistas. El artículo "EVADUR: Eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles" publicado en 2010 por Tomás S, et al., fue citado en 52 ocasiones según la base de datos *Web of Science* (WOS), y los 20 artículos más citados en estos años acumularon 519 citas (23,5% del total). Un total de 538 artículos (55,2%) no habían sido citados cuando se escribió el artículo. Por ello, se puede decir que este grupo selecto de manuscritos contribuye de forma muy significativa a mantener el brillante factor de impacto de EMERGENCIAS (2,895 en 2014) y su posicionamiento en el primer cuartil (4 de 24) de la categoría *Emergency Medicine*.

Ó. Miró et al.

Emergencias 2015;27:379-385