

La prevalencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) no conocida entre la población que acude al servicio de urgencias hospitalario (SUH) es alta (0,6%)

Los factores que se asocian con la infección por VIH no diagnosticada son: ser hombre (OR: 5,78), consultar por posible proceso infeccioso (OR: 8,14) y tener antecedentes de hepatitis (OR: 5,53).

Relevante estudio descriptivo transversal, llevado a cabo en el Hospital La Princesa de Madrid, que incluyó a 1.722 pacientes de entre 15 y 75 años atendidos en el área de ambulantes del SUH y a los que se les realizó una analítica sanguínea por su motivo de consulta (en la que se obtuvo, tras consentimiento por el enfermo, una muestra para realizar la prueba del VIH de manera rutinaria mediante test de enzimoimmunoanálisis de 4ª generación). El 45% de los pacientes a los que se les realizó la serología eran hombres y la edad media fue de 44 años. De todos los pacientes incluidos en el estudio el 1,2% (21) rechazó la realización de la serología y el 1,1% (19) no fue finalmente analizado. La prevalencia de infección VIH no diagnosticada fue del 0,6% (IC 95%: 0,23-0,96), aunque esta fue mayor entre los pacientes extranjeros, del 0,97% (IC 95%: 0,3-2,2), y en los pacientes de 36 a 50 años, del 1,46% (IC 95%: 0,4-2,5). Los pacientes con resultado positivo fueron remitidos al servicio de enfermedades infecciosas para seguimiento y tratamiento. En opinión de los autores, a pesar de las limitaciones de su estudio (la principal es ser un trabajo unicéntrico), el hallazgo de una prevalencia desconocida tan importante aconseja mejorar e implantar estrategias de detección de infección oculta por VIH. Y en ellas habrá que definir el posible papel de los SUH.

A. Pizarro et al.

Emergencias 2016;28:313-319

El aumento de la movilidad diafragmática (MD), medida a través de ecografía a los 15 minutos de iniciar ventilación mecánica no invasiva (VMNI) en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda hipercápnica (IRAH), se relaciona con una disminución de la concentración de pCO₂ a los 60 minutos

La medición directa de la MD por ecografía a pie de cama por el urgenciólogo puede ser un factor predictor de éxito o de fracaso precoz de la VMNI en los pacientes con IRAH en el servicio de urgencias (SU).

Novedoso estudio prospectivo elaborado en el Hospital Reina Sofía de Murcia donde se incluyeron a los pacientes de ≥ 18 años con IRAH ($pO_2/FiO_2 < 300$, $pCO_2 > 45$ mmHg y $pH < 7,35$) a los que se inició tratamiento con VMNI en el SU. Se analizaron 21 pacientes con una edad media de 83 ± 13 años, el 52,4% mujeres. Se recogieron variables clínicas, gasométricas y mediciones ecográficas de la MD directa (MDD) y de la MD portal (MDP). Los valores medidos de la MDD en los distintos tiempos basal, a los 15 minutos, a los 60 minutos y a las 3 horas fueron, respectivamente: 13,9 (DE 7,7) mm; 17,1 (DE 9,1) mm; 22,4 (DE 10,4) mm y 26,6 (DE 19,5) mm. Por su parte, los valores de la pCO₂ obtenidos fueron 71,7 (DE 11,4) mmHg al inicio; 63,4 (DE 16) mmHg a los 60 minutos y de 61,8 (DE 13) mmHg a las 3 horas. Por tanto hubo correlación estadísticamente significativa entre la diferencia de la MDD basal y a los 15 minutos de empezar la VMNI y el descenso de la pCO₂ a los 60 minutos ($r = -0,489$; $p = 0,035$).

J.A. Sánchez-Nicolás et al. Emergencias 2016;28:349-352

La mezcla de óxido nitroso y oxígeno (N₂O/O₂) 50/50 como tratamiento añadido al convencional en los pacientes atendidos por cólico nefrítico en el servicio de urgencias (SU) no consigue mayor eficacia en el control del dolor ni en la satisfacción del paciente

No se encuentran diferencias significativas, con o sin N₂O/O₂, al evaluar el dolor medido según la escala visual analgésica (EVA) a los 5 minutos del tratamiento, ni a los 10, 15, 30 y 60 minutos. Ensayo clínico aleatorizado triple ciego controlado con placebo y multicéntrico desarrollado en cuatro hospitales de la Comunidad de Madrid. Se incluyeron 147 pacientes con el diagnóstico de cólico nefrítico aleatorizados en dos grupos: grupo intervención con 70 pacientes a los que se les administró N₂O/O₂ 50/50 y un grupo control con 77 pacientes a los que se les indicó una mezcla de aire medicinal con una proporción de O₂ al 50%. Ambos grupos recibieron tratamiento convencional con dexketoprofeno, al que se añadió metamizol y opioides administrados de forma secuencial en caso de no control del dolor, así como medicación de rescate con opioides. El descenso del dolor medido por la EVA a los 5 minutos de iniciado el tratamiento fue de media 1,84 (DE 2,05) en el grupo experimental y de 1,67 (DE 1,91) en el grupo control que recibió el placebo ($p = 0,603$). Tampoco se encontraron diferencias a los 10, 15, 30 y 60 minutos. La satisfacción con el tratamiento al alta se consideró adecuada (≥ 9) en el 75,7% del grupo intervención y en el 72,7% del grupo control ($p = 0,412$). Por otro lado, sí existieron diferencias en los efectos secundarios encontrados, uno o más, al encontrarse estos en el 48,5% del grupo experimental y en el 24,7% del grupo placebo ($p = 0,003$). En relación con estos resultados, los autores concluyen que la adición de N₂O/O₂ 50/50 al tratamiento estándar del cólico nefrítico en el SU no ha conseguido un mejor control del dolor ni una mayor satisfacción del paciente con la atención recibida.

J.M. Aguilera et al.

Emergencias 2016;28:305-312

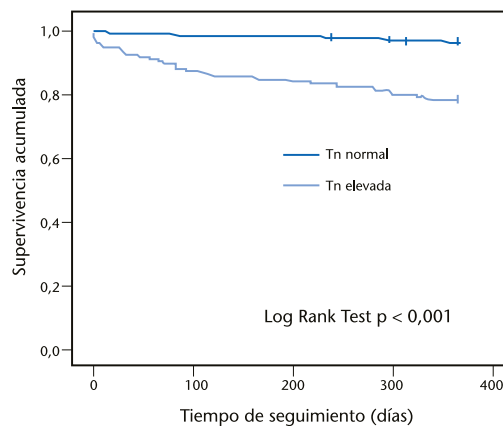
La troponina I (TnI) elevada es un marcador independiente de mortalidad al año en los pacientes dados de alta directamente desde el servicio de urgencias (SU) a los que se les solicitó al menos una determinación por parte del urgenciólogo

El perfil de estos pacientes con mayor mortalidad se caracteriza por tener más factores de riesgo cardiovascular, mayor comorbilidad de base y un mayor número de reingresos por síndrome coronario agudo (SCA) e insuficiencia cardíaca (IC).

Interesante estudio observacional de cohortes retrospectivo que incluyó a 1381 pacientes que fueron atendidos por cualquier causa a los que se había solicitado al menos una determinación de TnI y fueron dados de alta directamente desde el SU durante un año. El 86,3% (1192 pacientes) tenían TnI negativa y en el 13,7% (189) estaba elevada. Tras el análisis multivariado, la TnI se mostró como un factor de riesgo independiente para mortalidad a un año (HR = 2,41; IC 95%: 1,40-4,22, $p < 0,01$). En la figura adjunta se muestran las curvas de Kaplan-Meier para mortalidad al año en función de la determinación de TnI. A la vista de los resultados del estudio se puede concluir que existe una proporción de pacientes atendidos en el SU con determinación de TnI positiva y son dados de alta, puesto que se considera que no presentan una SCA. No está claro el mecanismo que explica esta elevada mortalidad ni si el ingreso hospitalario podría haber sido una medida para mitigar una evolución adversa. En cualquier caso, y hasta que futuros estudios nos resuelvan estas dudas, se debería establecer algún tipo de control domiciliario, en hospital de día o unidades de subagudos para estos pacientes dados de alta con la TnI elevada desde el SU.

G. Cediel et al.

Emergencias 2016;28:298-304



Curvas de Kaplan-Meier para mortalidad al año en función del resultado de la determinación de Troponina I.

Este número de EMERGENCIAS publica un novedoso estudio sobre la idoneidad de distintos apósitos de fijación de la vía venosa periférica según el perfil del paciente en el servicio de urgencias (SU)

El apósito Omnifix® resultó ser el diseño más eficiente en el SU tras analizar su resistencia, coste y tiempo de colocación.

Estudio observacional descriptivo cuasiexperimental llevado a cabo sobre 520 pruebas en modelos humanos de pacientes simulados mediante colaboradores (estándar, velludos, velludos-diaforéticos). Se compararon diseños de apósitos de fijación de catéteres venosos periféricos (CVP) habituales en los SU (Omnifix®, Tegaderm®, Operdres®, Steri-strip®, llave de tres pasos) y otros diseñados por el equipo investigador (Tegaderm + Steri-strip; Tegaderm + Operdres; Omnifix doble). El diseño Omnifix doble muestra la mayor resistencia a las pruebas de tracción, mientras que Tegaderm simple es el que precisa un menor tiempo de colocación.

M. Moreno et al.

Emergencias 2016;28:320-326