

La ventilación no invasiva (VNI) que se realiza en los servicios de urgencias (SU) prehospitalarios y hospitalarios de Cataluña es de calidad y se ajusta a las recomendaciones científicas actuales

Los escenarios más frecuentes donde se indica la VNI son la insuficiencia cardíaca aguda (ICA), en el 38% de las ocasiones, y la agudización de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (AEPOC), en el 34%.

Novedoso estudio multicéntrico y prospectivo (Registro VINCat) que incluyó durante un mes a los pacientes atendidos por el Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM) y 8 SU hospitalarios de Cataluña. Se recogieron 184 episodios de VNI, 25 de ellos (13,6%) por parte del SEM y 159 (86,4%) en los SU hospitalarios. Más de la mitad de los pacientes eran hombres y tenían 75 o más años, con comorbilidad basal importante (índice de Charlson elevado) y en más de 1/3 se decidió indicar limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV). Respecto a la técnica de VNI la modalidad con presión de soporte y la interfase naso-bucal son las más utilizadas. En más de 3/4 partes de los casos se consiguió una mejoría clínica. La mortalidad hospitalaria fue del 21,4% (la mayoría en planta de hospitalización y baja en el SU) y la prehospitalaria del 7,5%. En el SU hospitalario se relacionó la existencia de indicación de LTSV con la mortalidad. En la gran mayoría de los enfermos la VNI se retiró en el SU hospitalario. El registro VINCat es el primer estudio multicéntrico en el ámbito de los SU españoles que aporta una información desconocida hasta este momento y que abre futuras líneas de investigación en relación a la técnica de la VNI.

J. Jacob et al.

Emergencias 2017;29:33-38

Este número de EMERGENCIAS publica una excelente revisión sistemática y metanálisis que analiza la precisión pronóstica del *Identification of Seniors at Risk (ISAR)* y *Triage Risk Screening Toll (TRST)*

El ISAR y TRST son los dos instrumentos más empleados de cribado y estratificación para identificar la población geriátrica, asistida en el servicio de urgencias hospitalario (SUH), con alto riesgo de resultados adversos.

Una importante proporción de pacientes geriátricos atendidos en los SUH presentan deterioro funcional, visitas o ingresos y/o muerte (resultados adversos). La valoración del riesgo de estos permitiría modificar el manejo clínico, ajustando los recursos disponibles a las necesidades y riesgos de cada paciente. Se realizó una búsqueda en PubMed, EMBASE, Cochrane Central Register of Controlled Trials y SCOPUS. Finalmente se incluyeron 11 estudios pronósticos de las 1.339 citas seleccionadas inicialmente. La sensibilidad y especificidad globales del instrumento ISAR estuvieron comprendidas entre 67-99% y 21-41%, respectivamente. Mientras que para el TRST estuvieron comprendidas entre 52-75% y 39-51%. Como conclusión más importante cabe decir que los resultados de eficacia predictiva proporcionados por este metanálisis no permiten recomendar el uso rutinario de los instrumentos de cribado ISAR o el TRST para estratificar el riesgo de resultados adversos de la población geriátrica en los SUH.

A. Rivero-Santana et al.

Emergencias 2017;29:49-60

Interesante punto de vista que reclama la necesidad de innovación organizativa en Medicina de Urgencias y Emergencias, para lo que propone cinco aspectos organizativos que podrían cambiar nuestra práctica

El *International Emergency Department Leadership (IEDLI)* recuerda que la saturación de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) no es solo un problema interno y reclama soluciones institucionales globales.

La situación de hacinamiento de pacientes en los SUH, que se origina por múltiples causas internas y externas, puede provocar situaciones de ineficacia y comprometer la calidad asistencial y seguridad de los pacientes. Los directores del IEDLI, tras un exhaustivo análisis de los factores relacionados, proponen y detallan en su artículo algunas medidas revolucionarias entre las que destacan: 1.- Implantar un modelo de asistencial basado en las unidades de asistencia rápida (UAR) a la entrada de los SUH, donde el paciente se evaluaría de forma simultánea (y no secuencial como en la actualidad) por todo el personal del servicio. 2.- Eliminar el sistema de triaje, tal y como se realiza hoy en día, e integrar la valoración y priorización en la asistencia de la UAR en el lugar de diagnóstico y tratamiento que vaya a ocupar el paciente en el SUH. 3.- Establecer el "Protocolo Código Ayuda" del centro para las situaciones puntuales que puedan originar colapso en los SUH, donde se tenga programada y estructurada la adaptación, respuesta y compromiso del resto de servicios hospitalarios y la dirección de la institución. 4.- Redefinir y establecer las funciones y características de las unidades de observación de urgencias para que éstas sean eficaces, efectivas y eficientes y no se conviertan en unidades de mini-hospitalización con los mismos errores que el resto de unidades. Y 5.- Integración organizativa de los servicios de urgencias y emergencias en el sistema sanitario. En resumen, se trata sin duda de un artículo de obligada lectura para cualquier *urgenciólogo*.

L.F. Lobón et al.

Emergencias 2017;29:61-64

No se encuentran diferencias significativas en relación con la eficacia y seguridad de la intubación endotraqueal (IET) en movimiento (IM) en comparación con la realizada en estático (IE)

El 65,7% de los intentos de IE resultaron exitosos (en único intento con ventilación efectiva tras el hinchado del neumotaponamiento y menos de 45 segundos de apnea) frente al 62% en la IM.

Ensayo de simulación clínica con maniqués con respuesta fisiológica MetiMan® que comparó la IET en dos escenarios (IE vs IM), utilizando 3 dispositivos de IET (Airtraq®, Fast-trach® y Laringoscopio Macintosh®) por parte de 36 intervinientes voluntarios (ver resultados en la tabla). Estos eran médicos con experiencia laboral media de 8 años en unidades terrestres de soporte vital avanzado (SVA) del Servicio de Emergencias de Alicante. La vía aérea del paciente simulado fue de grado I según la escala de Cormack-Lehane. Los 36 sujetos realizaron tanto la IE como IM, en los tres casos clínicos estandarizados para la simulación clínica (traumatismo craneoencefálico, crisis asmática y shock séptico) y empleando los 3 dispositivos. Tampoco se encontró un aumento o descenso de un 20% de las cifras iniciales de la frecuencia cardíaca o de la presión arterial sistólica, la saturación de oxígeno < 90% o descenso de un 10% de la basal, intubación esofágica o bronquial ni trauma dental, entre ambos escenarios. Aunque con limitaciones, este estudio abre posibilidades a la asistencia en movimiento cuando los escenarios, situaciones o condiciones climatológicas no ofrezcan otra alternativa.

Tabla 2. Eficacia y seguridad en función del escenario

	IET en estático n = 108	IET en movimiento n = 108	p
Eficacia			
Exitosa [n (%)]	71 (65,7)	67 (62,0)	0,197
Efectiva [n (%)]	104 (96,3)	105 (97,2)	0,102
Nº IET primer intento [n (%)]	90 (83,3)	91 (84,2)	0,305
TMA en segundos [media (DE)]	14,0 (5,6)	14,9 (8,1)	0,570
TTT en segundos [media (DE)]	236,7 (73,4)	210,3 (77,9)	0,164
Seguridad			
TET en esófago [n (%)]	5 (13,9)	1 (2,8)	0,684
TET en bronquio [n (%)]	26 (72,2)	9 (25)	0,667
Traumatismo dental [n (%)]	3 (8,3)	0 (0)	0,917
Otras complicaciones [n (%)]	5 (13,9)	5 (13,9)	0,333

IET: intubación endotraqueal; TMA: tiempo máximo de apnea; TET: tubo endotraqueal.

ME. Castejón et al.

Emergencias 2017;29:5-10

El 60% de los pacientes diagnosticados de pielonefritis aguda no complicada (PNAnc) en el servicio de urgencias (SU) ingresan en el hospital, aunque se considera que en el 9% de los casos podrían tener un tratamiento domiciliario

El tratamiento antibiótico empírico administrado en el SU, tanto de las PNanc como de las PNAC, se consideró adecuado en más de un 93% de los enfermos.

Estudio retrospectivo de 529 pacientes diagnosticados de PNA en un SU, el 69 % mujeres con una edad media de 44,6 años (DE: 21,6) años, entre los años 2009 y 2014. El objetivo del estudio fue evaluar distintos indicadores de proceso (porcentaje de ingresos, hospitalización evitable, adecuación de la antibioterapia inicial, obtención de urocultivos y hemocultivos) y de resultado (estancia hospitalaria, porcentaje de altas, ingresos, mortalidad, rendimiento de las pruebas microbiológicas). Este interesante artículo pone de relieve las diferencias significativas que existen en algunos indicadores y en los aislamientos bacterianos entre la PNAC y la PNanc que, sin duda, determinarán el manejo de cada paciente en el SU.

M. Delgado et al.

Emergencias 2017;29:27-32