

Soporte respiratorio en el paciente adulto con insuficiencia respiratoria aguda (IRA) secundaria a COVID-19 en urgencias y emergencias

Interesante punto de vista que expone la estrategia para realizar adecuadamente el soporte respiratorio en la IRA secundaria a la infección por SARS-CoV-2.

Desde que se declaró por parte de la Organización Mundial de la Salud la emergencia de salud pública de alarma internacional a causa de la pandemia por COVID-19, los datos analizados en los pacientes de China (que se han repetido en países como Italia y España) revelan que el 29% de los pacientes precisarán algún tipo de ingreso hospitalario. De ellos, el 6% en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Asimismo, el 6,1% de los infectados precisará soporte respiratorio: 5,1% no invasivo y 2,3% invasivo. Por último, el 0,5% precisará sistemas de oxigenación extracorpórea. Los autores, de acuerdo con el documento elaborado por distintas sociedades científicas, entre las que se encuentra la SEMES (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias), señalan como la estrategia global debe ser similar a cualquier otra situación de IRA. Nos recomiendan utilizar la estrategia terapéutica respiratoria propuesta por Scala y Heunks, donde la base de la pirámide la constituye la oxigenoterapia convencional (a diferentes concentraciones). El siguiente escalón lo ocupa la terapia de alto flujo mediante cánulas nasales (TAFCN) que ofrece ventajas respecto al oxígeno convencional al conseguir un aporte constante de FIO₂, una reducción del espacio muerto y la generación de una presión positiva, que conlleva una redistribución de líquido intraalveolar y consigue reclutamiento alveolar. El siguiente escalón es la ventilación mecánica no invasiva (VMNI), cuya principal característica es su uso en ventilación espontánea, con sedación nula o baja. El penúltimo escalón es la ventilación mecánica invasiva (VMI) que suele utilizar una ventilación en modo controlado y precisa intubación orotraqueal. El último escalón es la membrana de oxigenación extracorpórea.

C. Cinesi, et al. *Emergencias 2020;32:197-200*

La administración de carbón activado (CA) en pacientes con intoxicación medicamentosa aguda (IMA) induce un aumento significativo de la glucemia

El aumento glucémico es equiparable al producido por un desayuno sin condicionar eventos clínicos adversos.

La suspensión líquida de CA contiene como excipiente 600 mg/mL de sacarosa. El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto glucémico de la administración de CA en pacientes con IMA. Para ello, se identificó a los pacientes con IMA a los que se determinó la glucemia antes y después de haber recibido CA. Además, se compararon estos cambios con los generados en un grupo control de no intoxicados. Se incluyeron 55 pacientes con IMA. En el 82% de los casos la glucemia aumentó tras administrar CA. La media de las glucemias previas al CA fue de 98,2 mg/dL y a la hora posterior de 124,2 mg/dL (p < 0,001). En el grupo control (n = 23) la glucemia aumentó en el 82,6% de los casos. La media de las glucemias antes del desayuno fue de 117,1 mg/dL y la posterior de 152,0 mg/dL (p < 0,001).

M. Amigó-Tadín, et al. *Emergencias 2020;32:185-187*

En los pacientes con sepsis y un qSOFA (quick Sequential Organ Failure Assessment) de 2 o 3 puntos a su llegada al servicio de urgencias (SU) el cumplimiento de un paquete de medidas en las 3 primeras horas mejora la supervivencia

La adopción de un protocolo de identificación y tratamiento precoz mejora el manejo terapéutico de los pacientes con sepsis.

Relevante estudio de cohorte prospectivo realizado en el SU del hospital Clínic de Barcelona que incluyó 90 pacientes con una edad media de 72 (DE 16) años, el 39% mujeres. La mortalidad global fue del 37%. El 47% presentaba un índice de Charlson abreviado ≥ 3 puntos y el 63% un índice de Barthel ≤ 90 puntos. La estancia media en el SU fue de 18 horas. El 49% de los pacientes del estudio requirieron ingreso en una unidad de cuidados intensivos o intermedios. En el análisis univariado de mortalidad el único indicador del qSOFA con significación estadística fue el nivel de consciencia (79% vs 54%, p = 0,02). Otras variables relacionadas con mayor mortalidad fueron: edad ≥ 70 años, orden de limitación del esfuerzo terapéutico en urgencias y valor de la primera y de la segunda determinación de lactato. El cumplimiento del paquete de medidas fue del 42% y se asoció a una menor mortalidad (21% vs 54%, p = 0,003). En el análisis multivariado mediante regresión de Cox, los pacientes en los que no se cumplimentó el paquete de medidas en las primeras tres horas tuvieron mayor riesgo de mortalidad al final del episodio con Hazard ratio de 2,67 (IC 95%: 1,15-6,21; p = 0,02).

M. Carbó, et al.

Emergencias 2020;32:169-176

Los pacientes fallecidos en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) de Aragón poseen elevados índices de comorbilidad

Entre estos, se observa un grupo importante de pacientes con una elevada edad, alta frecuencia de patología crónica avanzada y polifarmacia.

Novedoso estudio observacional, descriptivo y transversal realizado con los datos recogidos entre los años 2013-2017 de la base de datos utilizada en los SUH de Aragón "Puesto Clínico Hospitalario" (PCH). El objetivo de este trabajo fue conocer las características clínico/epidemiológicas de los pacientes fallecidos en los SUH de Aragón y su relación con el índice de comorbilidad de Charlson. Durante el periodo de estudio el total de fallecidos en los SUH de Aragón e incorporados al estudio fue de 2.371 pacientes. El valor medio del índice de Charlson fue de 6,58, con un total de 1.177 pacientes con valores mayores o igual a 7 puntos. La edad media fue de 81,1 años (DE: 12,1), con un 52,1% de hombres. El tiempo medio hasta confirmarse el fallecimiento en el SUH fue de 639 (DE: 777) minutos. Los autores al finalizar la discusión consideran la necesidad de promover políticas sociosanitarias y estrategias de atención crónica y paliativa en los SUH para este grupo, cada vez más numeroso, de pacientes por el progresivo envejecimiento poblacional.

D. Vázquez-García, et al.

Emergencias 2020;32:162-168

La escala POAWS (Prehospital Older Adults Warning Score) puede ser de utilidad para estratificar el riesgo de muerte en ≤ 48 horas en pacientes de 65 o más años atendidos en el ámbito prehospitalario

Este modelo predictivo incluye la edad, presión arterial sistólica, temperatura, saturación de oxígeno en relación con la fracción inspirada de oxígeno, escala del coma de Glasgow y ácido láctico en sangre venosa.

Estudio multicéntrico de cohorte prospectivo y observacional que incluyó a pacientes ≥ 65 años atendidos por unidades de soporte vital avanzado y trasladados al servicio de urgencias hospitalario. Se reclutaron 1.759 pacientes con una mediana de edad de 79 años (RIC: 72-85), el 43,5% mujeres, de los que fallecieron 108 pacientes (6,1%) en ≤ 48 horas. La escala POAWS consigue un área bajo la curva de la característica operativa del receptor de 0,85 (IC 95%: 0,80-0,91; p < 0,001). La figura muestra la relación entre la puntuación de la escala y la probabilidad de fallecer en ≤ 48 horas para las cohortes de derivación y validación. La categorización de los pacientes se realiza en pacientes de riesgo bajo (< 2 puntos), intermedio (2-7 puntos) y alto (> 7 puntos). La mortalidad en los pacientes de alto, intermedio y bajo riesgo fue del 69%, 16% y < 1%, respectivamente.

F. Martín-Rodríguez, et al.

Emergencias 2020;32:177-184

