

SELECCIÓN DE ARTICULOS PUBLICADOS EN LOS  
ULTIMOS MESES SOBRE URGENCIAS Y  
EMERGENCIAS

**COMPARATIVA ENTRE PALAS DE LARINGOSCOPIO DESECHABLES VS REUTILIZABLES**

**Patricia Fabre. Cardiovascular Research Center. Paris**

Estudio multicentrico prospectivo sobre pacientes intubados en el ambiente extrahospitalario. De forma aleatoria se asigna a usar en la intubación palas de laringo reutilizables o desechables. El objetivo primario fue la intubación en el primer intento. El estudio incluyo a 817 pacientes, 409 con desechables y 408 reutilizables. La intubación en el primer intento fue similar en ambos grupos. No había diferencia en la tasa de intubación difícil, necesidad de dispositivos alternativos o complicaciones. Se concluye afirmando que son similares la capacidad de ambas palas. *Annals of emergency medicine* 57;3:225.

**NEUMOTORAX ESPONTANEO CON ST ELEVADO**

**Arthur Shiyovich . Soroka university medical center. Israel**

En este articulo se nos presenta el caso clínico de una paciente joven con un neumotórax espontaneo izquierdo y cambios en el ECG que incluían elevación del segmento ST e inversión de la onda T en derivaciones precordiales muy similares a un ECG compatible con IAM. Todas las alteraciones mejoraron al descomprimirse el pulmón. Es un artículo interesante desde el punto de vista práctica ya que nos enseña que la clínica es importante ante cualquier hallazgo de pruebas complementarias. *Heart and lung* 2011;40:88-91

**LIDOCAINA EN GEL COMO ANESTESICO PARA LA SONDA NASOGASTRICA EN EMERGENCIAS**

**Offir Uri. Dept Emergency Medicine. Tel Aviv University. Israel.**

Se trata de un ensayo aleatorizado a doble ciego con placebo control que pretende comparar el uso de 5 ml de lidocaína al 2% administrado nasalmente a aquellos pacientes que precisaron de sonda nasogastrica. Se comparo frente a placebo y los objetivos del ensayo fueron dolor, dolor nasal, disconfort y dificultad para llevar a cabo el procedimiento. Se incluyeron 62 pacientes, 31 en cada brazo. Los pacientes del brazo de lidocaína presentaron menor dolor general, menor dolor nasal y menor disconfort. Sin embargo fue más dificultosa la técnica en el grupo de lidocaína que en el de placebo. *American Journal of Emergency Medicine* 2011;29, 386-390

**COMPARACION ENTRE SSHIPERTONICO Y MANITOL EN LA HTIC**

Tomado de [www.remi.uninet.edu](http://www.remi.uninet.edu) Revista electrónica de Medicina Intensiva

En este metanálisis se hace una valoración del impacto de los estudios aleatorizados que enfrentaban ambas opciones terapéuticas. Solo se encontraron 5 estudios, sumando 112 pacientes y un total de 184 episodios de HTIC. En todos ellos el objetivo final fue el control y mediciones de la PIC. El SSH resulto ser más efectivo que el manitol en el control de la HTIC

con una tendencia a mayor reducción cuantitativa de la misma. *Crit Care Med* 2011;39(3):554-559

### **PREECLAMPSIA POSTPARTO**

**Lynne M Yancey. Div of Emergency Medicine. Univ of Colorado. Denver. EEUU**

La preeclampsia postparto es la presencia de hipertensión y proteinuria con o sin convulsiones ocurridas en las 4 semanas posteriores al parto. En este estudio se realizó una recogida retrospectiva entre varios hospitales de este tipo de pacientes para describir sus síntomas y datos clínicos. Se detectaron 22 pacientes con este diagnóstico. Los síntomas más comunes incluyeron cefalea, cambios visuales, hipertensión, edema, proteinuria, elevación del ácido úrico y elevación de las enzimas hepáticas. Concluyen que no es necesario tener el diagnóstico previo de preeclampsia para sufrir esta patología en el postparto y que los síntomas habituales no son los más característicos. *The journal of emergency medicine* 2011;40:380-384

### **RETRASO EN EL TIEMPO PREHOSPITALARIO Y SU IMPACTO EN EL TTO DEL IAMCEST**

**Haroon Chughtai. Dpt. Of internal Medicine. Mount Sinai School of Medicine. USA**

Se diseñó este estudio para comprobar el impacto del tiempo prehospitalario en la evolución del paciente con IAMCEST. Desde el inicio de los síntomas se dividen a los pacientes en menor de 120 minutos o mayor de 120 minutos (en este caso tiempo prehospitalario mayor o menor de 30 minutos). Se incluyen pacientes con una media de edad de 63 años. El tiempo en escena fue de 17.8 minutos de media. Comparando el grupo de <120 minutos frente a los otros dos la mortalidad fue de 4 vs 0. Concluyen diciendo que la mayoría de tiempo ocurre en la escena y es factor independiente para el tiempo total de tratamiento que ellos sugieren mejor que el tiempo puerta balón. Este estudio está aquí traído para comprobar como en muchas ocasiones estamos por delante de EEUU en varias cosas. Cada vez más son los especialistas que integran en tiempo primer contacto médico- balón que es al final el que realmente se puede valorar. El achacar al tiempo en escena una mala evaluación del paciente cuando la media es de 17 minutos resulta más que sospechoso. Este artículo es por muy del American Journal of Emergency Medicine que sea precisa de una carta de los servicios de emergencia. *American Journal of Emergency Medicine* 2011;29:396-400.

### **DEFINIENDO LOS LÍMITES DE LA TORACOTOMIA DE EMERGENCIA.**

**Ernest E Moore. Denver Health Medical Center. EEUU**

Interesante estudio donde se realiza un seguimiento prospectivo de 56 pacientes en varios centros de trauma de tercer nivel. La media de edad fue de 31 años y la mayoría fueron hombres. La supervivencia fue mayor en las lesiones torácicas seguidas de abdomen, extremidades y cuello y cabeza. Asistolia fue reconocida en 7 pacientes y 3 de ellos tuvieron buena recuperación neurológica. Concluyen tras la revisión que la toracotomía de emergencia es fútil en los casos:

- en los que la PCR supera los 10 minutos después de trauma cerrado sin respuesta
- PCR supera los 15 minutos después de trauma penetrante sin respuesta

- Cuando el ritmo es asistolia y no existe taponamiento cardiaco

*The journal of Trauma 2011;70:334*



## TRATAMIENTO DE LA OMA EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS

**Hoberman A.**

En este estudio se compara el tratamiento de la Otitis media aguda en niños menores de dos años con amoxi-clavulanico frente a placebo. Se enrolaron 291 pacientes, y se aleatorizaron a recibir amoxi-clavulanico o placebo. Los autores encontraron que los niños randomizados en el grupo de no tratamiento tuvieron similar tasa de recuperación de síntomas que los que recibieron tratamiento. A los dos días 35 frente a 28 % por ejemplo con una  $p=0,14$ . Este estudio demuestra una vez más el limitado beneficio de los antibióticos en el tratamiento de la OMA.

## EFFECTO DEL ETOMIDATO EN LA FUNCION ADRENAL

Tomado de [www.remi.uninet.edu](http://www.remi.uninet.edu)

Se trata de una revisión sistemática sobre el efecto del etomidato en la función adrenal. El etomidato está recomendado para producir sedación en la secuencia rápida de intubación pero desaconsejada para mantener esa sedación debido a la inhibición de la esteroidogenesis suprarrenal. Se analizan 19 estudios tras la búsqueda sistemática. EL metanálisis muestra un aumento del riesgo de insuficiencia adrenal en 14 estudios (RR 1,64) y un aumento del riesgo de mortalidad en otros 14 estudios (RR 1,19). Este riesgo de mortalidad es mayor en los estudios donde incluyeron pacientes con sepsis. *Intensive Care Med 2011;901-910.*

**LA COMISION DE INVESTIGACION OS DESEA UNAS BUENAS  
Y MERECIDAS VACACIONES DE VERANO**

COMISION DE INVESTIGACION  
DE VERANO