

LA RELACIÓN DE LA DISTANCIA HIOMENTAL AYUDA A PREDECIR LA LARINGOSCOPIA DIFÍCIL

Aunque no es exacta, la distancia hiomental (la distancia desde el hueso hioides al mentón) se utiliza, a veces, para predecir la laringoscopia directa difícil. Los investigadores evaluaron el valor predictivo de la relación de la distancia hiomental (RDHM), la relación de las distancias hiomentales en la posición neutral y de máxima extensión de la cabeza, en 213 pacientes adultos consecutivos sometidos a anestesia electiva en un único hospital de Corca del Sur. Los investigadores midieron la distancia hiomental, la RDHM la distancia tiromental en máxima extensión y la escala modificada de Mallampati y compararon los resultados con las visibilidades glóticas de Cormack-Lehane obtenidas durante la intubación. Globalmente, 26 pacientes (12%) tuvieron laringoscopias difíciles (definidas como visibilidades grado 111 o IV de Cormack-Lehane). En análisis de varios predictores aislados y en todos en combinación, la RDHM sola tuvo el valor predictivo más alto para identificar laringoscopia difícil. Análisis de curvas ROC establecieron un punto de corte óptimo de RDHM de 1,2; a ese punto de corte, RDHM presentó una sensibilidad del 88% y una especificidad del 60% para predecir laringoscopia difícil. Cada uno de los múltiples estudios de predictores de laringoscopia directa difícil ha aportado un único hallazgo inalterable: ningún test de valoración de vía aérea difícil es suficientemente exacto. Si los hallazgos de este pequeño estudio se validan en una población mayor, la RDHM podría demostrar ser mejor (cuando es posible) que la distancia hiomental para predecir la laringoscopia directa difícil.

Huh J et al. Diagnostic predictor of difficult laryngoscopy: The hyomental distance ratio. Anesth Analg 2009 Feb; 108:544.

FIJACIÓN Y FUNCIÓN DE LA MASCARILLA LARÍNGEA SUPREMA

La Mascarilla Laríngea Suprema (MLS) es un nuevo dispositivo para la vía aérea (de 2007) de único uso cuyo fabricante indica que permite una inserción más fácil y unas presiones de sellado más altas que otras mascarillas laríngeas y que permite el acceso de sondas nasogástricas. Los investigadores evaluaron estos aspectos en un estudio prospectivo de 100 mujeres sin dificultades aéreas conocidas a las que se les insertó una MLS después de la inducción para anestesia general para cirugía electiva. Si se escuchaba una fuga aérea después de inflar el balón, se recolocaba la mascarilla (se insertaba más profundamente o se movía hacia un lado u otro) hasta que no existía fuga. Si no era posible la ventilación, la mascarilla se sacaba y se volvía a colocar. La inserción de la mascarilla tuvo éxito en 94 pacientes al primer intento y en 5 en el segundo intento. Una paciente fue demasiado pequeña para colocarle el dispositivo. El tiempo medio de inserción fue de 10 segundos. Se requirió recolocación y tuvo éxito en 13 pacientes. La inserción de sonda nasogástrica tuvo éxito en todos los pacientes en el primer intento. La posición de la MLS se valoró mediante fibroscopia y se definió como "óptima" en todos los pacientes tanto inmediatamente después de la inserción como al final de la cirugía. La presión media de sellado fue 28 cm H₂O. Once pacientes tuvieron estrechamiento inesperado de las cuerdas vocales, tres tuvieron incremento de la presión inspiratoria y dos desarrollaron estridor. Ningún paciente requirió retirada de la mascarilla o que se parara la cirugía. Después de la retirada de la mascarilla, nueve pacientes tuvieron traumatismos leves de la vía aérea superior (ligero sangrado en el borde de la mascarilla) y ocho se quejaron de dolor de garganta leve. La MLS combina las siguientes ventajas sobre otros modelos de ML:

mango curvo semirrígido (como la ML de intubación Fastrach), un orificio para la inserción de la sonda nasogástrica (como la ML ProSeal) y un diseño de un sólo uso (como la LM Unique). Además, la MLS tiene presiones de sellado más altas que la ML estándar (útil en casos con alta resistencia inspiratoria, como en pacientes con asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, edema pulmonar y obesidad). Si otros estudios confirman que la MLS es ciertamente fácil de colocar, podría ser el modelo preferido de ML para el empleo en el ámbito prehospitalario y en los servicios de urgencias cuando no se requiere la capacidad para intubar.

Timmermann A et al. Prospective clinical and fiberoptic evaluation of the Supreme Laryngeal Mask Airway-. Anesthesiology 2009 Feb; 110:262.

VALIDACIÓN DE UNA REGLA UNIVERSAL PARA LA TERMINACIÓN DE LA RESUCITACIÓN IN SITU.

Los porcentajes de supervivencia para pacientes con parada cardíaca extrahospitalaria permanecen por debajo del 10%. Investigadores de Canadá llevaron a cabo una validación externa retrospectiva de una regla de decisión descrita previamente (*JWEmergMed* Oct 2006, p. 75, y *NEngl J Med* 2006; 355:478) que recomendaba terminar los esfuerzos de resucitación *in situ* si se cumplían cualquiera de los tres criterios siguientes: no retorno de la circulación espontánea, no desarrollo de *shock* y parada no presenciada por personal de los servicios de emergencias médicas. Los investigadores revisaron las características y evolución de 2.415 pacientes adultos consecutivos (edad media, 69 años, 63% hombres) que fueron tratados por el sistema de emergencias médicas del área de Toronto por parada cardíaca extrahospitalaria de probable etiología cardíaca entre abril del 2006 y abril del 2007. Globalmente, sobrevivieron 130 pacientes (5,3%) al alta hospitalaria. Los análisis mostraron que, si la regla de decisión se hubiera aplicado, no se hubiera perdido ningún superviviente (especificidad, 100%; valor predictivo positivo, 100%); y el porcentaje de traslados hubiera sido un 54% más bajo. Este estudio se enmarca en el ámbito de paramédicos y no nos implica a nosotros ya que en nuestras UVIS existen médicos que pueden certificar el fallecimiento. Nos ayuda a decidir cuando comenzar una RCPa.

Morrison LI et al. Validation of a universal prehospital termination of resuscitation clinical prediction rule for advanced and basic life support providers. Resuscitation 2009 Mar; 80:324.

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE MEDICINA DE URGENCIAS: MODELO DE PLAN DE ESTUDIOS PARA LA FORMACIÓN DE ESTUDIANTES EN MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Hay una necesidad crítica y creciente de médicos de urgencias y emergencias, así como de recursos para la Medicina de Urgencias y Emergencias (MUE) en todo el mundo. Para satisfacer esta necesidad, los médicos deben poder realizar intervenciones rápidas (*time-sensitive*) que salven vidas. Actualmente, no hay un plan de estudios estándar internacionalmente reconocido que defina las normas básicas de la formación en la MUE. Para hacer frente a esta falta, la Federación Internacional de Medicina de Urgencias (IFEM) convocó a una comisión internacional de médicos, profesionales de la salud y otros expertos en MUE y en el desarrollo internacional de la MUE, con el fin de elaborar un plan de estudios para la formación básica en ME de estudiantes de medicina. Este documento representa el consenso de las recomendaciones de esta comisión. El plan de estudios está diseñado con un enfoque

