

EL RETRASO EN UCI DE LA NAC SE ASOCIA A MAYOR MORTALIDAD

Tomado de www.remi.uninet.edu

Se trata de un estudio de cohortes retrospectivo de pacientes ingresados con diagnóstico de Neumonía adquirida en la comunidad grave. Se dividieron en dos grupos según el tiempo de ingreso en UVI desde el diagnóstico: ingreso precoz (en las primeras 24 h) e ingreso tardío (2 o más días). Ambos grupos eran similares en cuanto a características demográficas y fueron tratados de la misma forma. Los pacientes de ingreso precoz tenían más puntuación en la escala de severidad. La mortalidad a los 30 días fue menor en los pacientes con ingreso precoces (23% frente a 47%) y la estancia hospitalaria no mostró diferencias significativas. El retraso en el ingreso en UCI de los pacientes con NAC grave conlleva un riesgo mayor de muerte. En este estudio se observa que, aunque los ingresos precoces estaban más graves, tuvieron una mayor supervivencia. *Restrepo MI et al. Late admission to the ICU in patients with community acquired pneumonia is associated with higher mortality. Chest 2010;137(3):552-557*

EL METRONOMO MEJORA LA COMPRESION Y LA VENTILACION

Es un ensayo clínico que compara a 34 técnicos de emergencias realizando RCP a un maniquí. El protocolo consistía en 2 minutos de RCP a 30:2 y 8 minutos de RCP con vía aérea asegurada a 100 compresiones por minuto. Todos los participantes pasaban primero por el protocolo sin metrónomo y posteriormente con metrónomo. Si el uso del metrónomo solo 5 completaron satisfactoriamente la primera fase del protocolo frente al 100% cuando se usó el metrónomo ($p=0,0001$). Cuando el protocolo interesaba al maniquí intubado la tasa de resultado positivo fue de 3 de 34 sin el metrónomo y de 33 de 34 con su uso. Este estudio comprueba que el uso del metrónomo mejora sustancialmente la consecución del protocolo de RCP. *Karl B Kern et al. Metronome improves compression and ventilation rates during CPR on a manikin in a randomized trial. Resuscitation 81:206-210*

TIEMPO DE INTUBACION Y RESULTADOS DE LA RCP

En este estudio tratan de examinar la relación entre el tiempo de consecución de una intubación orotraqueal y los resultados de los pacientes en PCR. Se define el tiempo de manejo de la vía aérea como el tiempo entre el reconocimiento de la PCR y el aislamiento de la vía aérea. El objetivo primario fue la recuperación de pulso espontáneo, la supervivencia a las 24 h, y la supervivencia al alta. Se dividieron los pacientes entre aquellos con tiempo de aislamiento temprano, menor de 5 minutos o tardío, mayor de 5 minutos. Se incluyeron más de 82000 pacientes. El tiempo de aislamiento mediano fue de 5.9 minutos. Los pacientes recuperaron pulso en el 50% de las ocasiones, el 33% vivían a las 24 h y el 13% fueron dados de alta. El aislamiento temprano de la vía aérea no se asocia con un aumento en la supervivencia. *Matthew et al. Time to invasive airway placement and resuscitation outcomes after in-hospital cardiopulmonary arrest. Resuscitation 81:182-186*

IDENTIFICACION DEL PUNTO DE CORTE PARA MORTALIDAD EN TRAUMA EN EL PACIENTE ANCIANO



El objetivo de este estudio es determinar una edad a partir de la cual aumenta la mortalidad en pacientes con trauma grave entre los 50 y 80 años. Para ello elaboraron un estudio de corte transversal donde incluyeron mas de 75000 pacientes. En la regresión logística los pacientes entre 70 y 74 años tuvieron significativamente mayor mortalidad que los de menor edad cuando se estratificaban por la escala ISS ($p < 0.001$). Al considerar grupos etarios de cinco en cinco años también se observaba un aumento de la mortalidad en grupos superiores. *Jefrey M Caterino. Identification of an age cutoff for increased mortality in patients with elderly trauma. American Journal of emergency medicine 2010;28:151-158*

COMPARACION DE LA DOPAMINA VERSUS NOREPINEFRINA EN EL TRATAMIENTO DEL SHOCK

Este es un estudio aleatorizado multicéntrico donde se dividen los pacientes a recibir dopamina o norepinefrina como primera línea de tratamiento para mantener la presión arterial. Las dosis usadas fueron 20 microgramos de dopamina y 19 microgramos de epinefrina por kilo de peso. La variable resultado fue la muerte a los 28 días. Se incluyeron un total de 1679 pacientes, 858 a dopamina y 821 a norepinefrina. Las características basales fueron similares. No se encontraron diferencias significativas en la mortalidad a los 28 días. Sin embargo si aparecieron muchos mas eventos adversos con el uso de la dopamina, la mayoría arrítmicos. Aunque no existen diferencias de mortalidad entre los dos tratamientos el uso de dopamina esta asociado a una mayor incidencia de efectos adversos. *Daniel de Baker. Comparison of dopamine and norepinephrine in the treatment of shock. NEJM 2010;362:779*

RELACION ENTRE HIPERGLUCEMIA Y MORTALIDAD EN EL PACIENTE CRÍTICO

Tomado de revista electrónica de medicina intensiva www.remi.uninet.edu

Se trata de un estudio de cohortes retrospectivo llevado a cabo en 173 UCI de EEUU. Se evaluaron más de 249000 pacientes. Se diseño un modelo de regresión a dos niveles. El primero predecía la mortalidad según la edad, diagnostico, procedencia, morbilidad previa y variables analíticas. El segundo tenia en cuenta dicha mortalidad y la ajustaba según los rangos de glucemia. Comparado con paciente normogluceemicos la paciente hipergluceemicos tuvieron una mortalidad directamente proporcional a su nivel de glucemia. La mortalidad estuvo claramente relacionada con diversos diagnósticos: IAM, arritmias, Angina, embolismo, ACVA, neumonía y sepsis y FRA). Sigue estando en la penumbra la influencia de la glucemia en este tipo de pacientes. Una explicación podría ser como dice el autor del comentario, que la glucemia elevada podría sugerir una mayor resistencia a la insulina, con un bloqueo a la acción antiapoptóticas de esa hormona. Son necesarios más estudios en este sentido. *Falciglia M. Hyperglycemia related mortality in critically ill patients with admission diagnosis. Crit care Med 2009;37:3001-3009*

VENTILACION PASIVA DE OXIGENO EN LA FV EXTRAHOSPITALARIA PRESENCIADA



Tomado de revista electrónica de medicina intensiva
www.remi.uninet.edu

Este estudio compara los resultados de pacientes en PCR extrahospitalaria que recibieron RCP con mínimas interrupciones y ventilación pasiva con los que recibieron ventilación con bolsa-mascarilla. El protocolo de mínimas interrupciones consistió en 200 compresiones torácicas prechoque- 200 compresiones poschoque antes de analizar el pulso-dilación de la IOT hasta tres ciclos de 200 compresiones- administración de adrenalina durante el segundo ciclo. EL principal desenlace fue estado neurológico al alta. Se incluyeron 1109 PCR tratadas con RCP de mínimas interrupciones. 459 fueron ventiladas de forma pasiva y 560 con bolsa mascarilla. En los casos de FV/TVSP presenciada el estado neurológico al alta fue mejor con ventilación pasiva que con bolsa mascarilla. En las no presenciadas fue similar así como los resultados neurológicos de ambos grupos. La principal limitación de este estudio es que no esta aleatorizado y de la corta administración de la ventilación pasiva. Seria necesario un estudio tipo ensayo para confirmar sus sospechas. *Bobrow BJ. Passive oxygen insufflation is superior to bag-valve-mask ventilation for witnessed fibrillation out-of-hospital cardiac arrest. Ann Emerg Med 2009;54:656-662*

CONTROL DE LA FRECUENCIA CARDIACA MODERADO FRENTE A ESTRICTO EN FA

Se aleatorizaron 614 pacientes con FA crónica a terapia para enlentecer su FC de forma estricta (menos de 80 lpm) o moderada (menos de 110 lmp). La variable resultado fue muerte por causas cardiovasculares, hospitalización por fallo cardiaco y ACVA. El grupo del control moderado hubo unos resultados del 12,9% frente a los 14,9% del control estricto. La frecuencia de sincopes y efectos adversos fue similar en ambos grupos. Se concluye afirmando que el control moderado de la FC es efectivo sin necesidad de usar grandes dosis de fármacos. *Isabelle C van Gelder. Lenient versus strict rate control in patients with atrial fibrillation. NEJM 2010;302:1363*

CONMOTIO CORDIS

En esta revisión del New England se explican los mecanismos fisiopatológicos, prevención y tratamiento del conmotio cordis. La ausencia de alteración estructural cardiaca es lo que diferencia esta entidad de la contusión miocárdica. Durante los últimos años se han descrito cada vez más casos de este tipo de patología que puede conllevar la muerte del paciente. Es habitual entre niños y adolescentes y más frecuente en varones blancos. La base fisiopatología parece ser la creación de una arritmia con el golpe precordial. La principal forma de tratamiento es la prevención con petos duros que protejan la zona precordial. *Barry J Maron. Conmotio Cordis. NEJM 2010;362:917*