

### **RETRASO EN LA LLAMADA DE EMERGENCIA: INCIDENCIA DE CAUSAS CORREGIBLES E IMPACTO EN EL RESULTADO**

**Yutaka Takei. Kanazaea Univ School of Medicine. Japón**

El objetivo de este estudio es valorar el intervalo de tiempo entre el colapso de un paciente y la llamada de emergencia. Analizar sus causas y comprobar el efecto en el resultado final. Para ello se analizaron 3746 llamada alertando de PCR. El tiempo medio entre la PCR y la llamada fue de 2 minutos. El retraso mayor se detecto en residencias y en pacientes de mayor edad. La regresión logística comprobó estos datos y añadió las zonas urbanas al retraso. Se comprobó que un retraso mayor de 5 minutos en la alerta era un factor independiente para la supervivencia al año. *Resuscitation 2010;81:1492-1498*

### **DOCUMENTO SOBRE LA VASOPRESINA EN EL SHOCK**

**Stephen M Conh. Univ Texas. USA**

Este documento resume los datos acumulados en investigaciones sobre el uso de la vasopresina en el shock hemorrágico, séptico y cardiogenico. Confirma que su uso esta soportado por evidencia científica. El uso en paciente traumáticos esta más en discusión. *Resuscitation 2010;81:1473-1475*

### **PREDICTORES DE SUPERVIVENCIA EN PACIENTES TRATADOS CON HIPOTERMIA TERAPEUTICA TRAS PCR CON ÉXITO**

**Alian Aguila. Univ Rochester. USA**

Se incluyeron 80 pacientes tratados con hipotermia terapéutica. La variable resultado fue supervivencia a los 30 días y al año. 45 pacientes permanecían con vida a los 30 días y 41 al año. Los predictores de supervivencia fueron: ritmo inicial VF, uso previo de AAS, recuperación del pulso espontáneo en menos de 20 minutos, ausencia de enfermedad coronaria y preservación de la función renal. *Resucitación 2010;81:1621-1626*

### **HIPOKALEMIA DURANTE LA FASE DE ENFRIAMIENTO DE LA HIPOTERMIA TERAPEUTICA**

**Sultan A Mirzoyev. Mayo Clinic. USA**

El objetivo de este estudio es valorar la hipokalemia y su efecto en las arritmias en la fase de enfriamiento de la hipotermia terapéutica. Se incluyeron 94 pacientes. El potasio inicial fue de 3,9 y descendió a una media de 3,2 a las 10 h de enfriamiento. 11 pacientes desarrollaron TV polimórfica. El intervalo de QT corregido aumento en relación con la hipotermia. Concluyen que la hipotermia terapéutica esta asociada a una disminución del k+ durante el enfriamiento. Se recomienda mantener los niveles de potasio por encima de 3. *Resuscitation 2010;81:1632-1636*

## DESPACHO INAPROPIADO DE UN SERVICIO MEDICO DE EMERGENCIAS EN IAM



**Magali Fourny. Grenoble Univ Hospital. Francia**

Importantísimo estudio de gran interés por situarse en el SAMU Frances con unas características muy similares a las nuestras. El objetivo del estudio es estimar el porcentaje de fallo en la matización y despacho de llamadas en la IAM. Para ello se analizaron todos los STEMI de la región durante dos años. Se recogieron 495, 106 fueron por su propio medio al hospital. 398 llamaron a los SEM, de los cuales 144 la llamada la realizo un profesional de la salud por lo que ya estaba focalizado en IAM. De los 245 que llamaron el propio paciente o familiares, 171 tuvieron una correcta matización y recibieron asistencia de soporte vital avanzado. 9 se dio aviso a su medico de atención primaria, 59 se les derivo directamente sin avisarle y 6 fueron trasferidos en ambulancia convencional. No existió diferencia significativa de edad, sexo, horas de llamada, antecedentes entre los dos grupos. Si existió diferencia entre los dos grupos en cuanto al tiempo desde la llamada a la ACTP con una  $p < 0,001$  pero sin repercusión en la mortalidad intrahospitalaria. La mala matización ocurrió en el 30% de las ocasiones. *American Journal of Emergency Medicine 2011;29:37-42*

### ARRITMIAS RESPONSABLES DE LA MUERTE CARDIACA TRAS EL IAM. ESTUDIO CARISMA

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

Estudio observacional multicentrico de 297 pacientes con IAM seguidos durante dos años con un DAI. El objetivo final es la muerte cardiaca y mortalidad de cualquier causa. Se registraron arritmias en 137 pacientes un 46%. Fibrilación Auricular en 27%, TV no sostenida 13%, BAV 9%, bradicardia 6%, paro sinusal 5%, TV sostenida 3% y FV en 2%. Fallecieron 36 pacientes pero solo 27 de causa cardiaca. El BAV y la bradicardia se asocian a alto riesgo de muerte cardiaca. Se confirman dos periodos de alto riesgo de muerte súbita por arritmias, temprano tras el IAM y tardío pasados 2 años. *Circulation 2010;122:1258-1264.*

### PREVENCION DE LA INTUBACION SALECTIVA

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

Este estudio compara diferentes medios de diagnostico de la IOT. Es un estudio prospectivo basado en 160 pacientes adultos sin patología pulmonar. Se utilizo para el diagnostico de la IOT cuatro pruebas: auscultación, observación y palpación torácica, estimación de la posición por las marcas del mismo y los tres métodos combinados. Mediante auscultación se fallo en el 55% de los casos. La marca de medida del tubo y la combinación de los tres métodos fueron los métodos más sensibles (88% y 100%). Aunque se echa de menos un gold estándar que podría ser la capnografía este estudio es interesante al comprobar que la simple auscultación no es suficiente para comprobar la correcta posición del tubo. *BMJ 2010;341:c5943*

**INFECCIONES NOSOCOMIALES Y COMUNITARIAS EN  
PACIENTES TRATADOS CON SVA PREHOSPITALARIO**



**Scott M Alter. Univ. New jersey. USA**

Estudio retrospectivo con más de 150000 pacientes durante 4 años. Sujetos diagnosticados de infecciones nosocomiales y de la comunidad fueron agrupados según el tipo de infección y si habían recibido SVA prehospitalario. Un total de 5418 pacientes habían tenido infección. La proporción de pacientes con SVA prehospitalario e infección fue de 3,2% frente al 2,2% del grupo sin tratamiento prehospitalario. Se concluye afirmando que no hay diferencia significativa en las infecciones entre el grupo de tratado de forma prehospitalaria y los que no OR 1,08. *American Journal of Emergency Medicine 2011;29:57-64*

**KETAMINA CON O SIN MIDAZOLAM PARA EL CONTROL DE LA SEDACION EN ADULTOS**

**Serkan Sener. Acibadem Univ School of Medicine. Bursa. Tukey.**

Este estudio es un ensayo clínico, ciego, con placebo control entre pacientes de 18 a 50 años divididos en 4 grupos: recibir midazolam IV o placebo, y con ketamina IV o IM. De los 182 pacientes la agitación fue menos común en los grupos de midazolam. Cuando se compara IV frente a IM, la incidencia de reacciones adversas fue similar. La co administración de midazolam reduce significativamente la agitación tras la recuperación tras la sedición con ketamina. *Annals of emergency medicine 2011;57:109*

COMISION  
EDUCACION