

Actualizaciones bibliográficas en urgencias prehospitalarias

Nº 12 / AÑO 2019

COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN

“Vamos a hacer RCP”, un estudio lingüístico de las palabras utilizadas para iniciar la RCP con soporte telefónico y su relación con la adherencia por parte del alertante

Marine Rioua et al.
Resuscitation 133 (2018) 95–100

Introducción

El apoyo telefónico a la reanimación cardiopulmonar (RCP) es un importante factor en la asistencia a la parada cardiorespiratoria (PCR) extrahospitalaria, ya que aumenta al doble la probabilidad de supervivencia.

Estudios previos han evaluado el impacto del lenguaje en el reconocimiento de los síntomas de PCR, pero no su relación con la probabilidad de colaboración en la realización de la RCP por testigos.

El objetivo de este estudio es determinar qué características lingüísticas se asocian a un mayor número de RCP realizadas por el alertante que contacta telefónicamente con un servicio de emergencias (SEM).

Resumen

Se analizaron 424 llamadas de emergencia relacionadas con casos de PCR reconocidas por teleoperadores y se investigó el impacto de las distintas opciones lingüísticas utilizadas por estos en la realización o no de RCP por la persona alertante.

En general, la RCP se produjo en el 85 % de las llamadas. La realización de RCP por la persona que llamó fue baja (43 %) cuando los teleoperadores usaron términos que implican buena voluntad (“¿quiere, desearía, estaría dispuesto a hacer RCP?”), de carácter pasivo, mientras que fue alto (97 % y 84 % respectivamente) cuando hablaron sobre la RCP en términos de futuro (“vamos a hacer, le explicaré cómo hacer RCP”) u obligación (“tenemos que hacer, necesitamos hacer RCP”).

En el 38 % (25/66) de llamadas en las que el interlocutor inicialmente rechazó la RCP, generalmente debido a barreras físicas, finalmente accedió a intentarlo cuando el teleoperador ofreció asesoramiento o soluciones al problema inicial.

¿Por qué nos pareció interesante?

La RCP precoz por parte de testigos o intervinientes circunstanciales es el objetivo esencial del segundo eslabón de la cadena de la supervivencia y alcanza su máxima eficacia cuando se inicia inmediatamente tras la pérdida de consciencia de la víctima que sufre una PCR. Los estudios realizados en España en cuanto al inicio de las maniobras de reanimación antes de la llegada del primer recurso asistencial muestran resultados muy heterogéneos, con unas cifras globales en torno al 30 %.

Entre las muchas variables que influyen en la realización de RCP por testigos, desde los SEM y concretamente las centrales de coordinación, se ha incidido sobre todo en el reconocimiento precoz de la situación de parada, pero este estudio pone el foco en una variable distinta: la indicación de maniobras de resucitación y concretamente su relación con el lenguaje utilizado.

Aplicabilidad en nuestro trabajo

Las características del lenguaje utilizado y su intencionalidad (asertividad frente a voluntariedad) podrían aumentar la adherencia de los testigos en la realización de RCP guiada por teléfono y de este modo mejorar los resultados de la atención a la PCR extrahospitalaria.

Guías para el manejo de la hipertensión arterial ES/ESH 2018

Journal of Hypertension 2018;36:1953-2041

Introducción

La hipertensión arterial afecta a más del 25 % de la población adulta europea y es la principal causa prevenible de enfermedad cardiovascular y muerte por cualquier causa en el mundo. A pesar de esto, las tasas de control de presión arterial (PA) siguen siendo bajas en Europa.

Con el objetivo de mejorar la detección, el tratamiento y las tasas deficientes de control de la PA, mediante la promoción de estrategias de tratamiento simples y efectivas, se han establecido las recomendaciones incluidas en estas guías, incorporando las nuevas evidencias científicas disponibles.

Resumen

En relación al análisis de las guías nos centraremos en las principales novedades respecto a ediciones previas:

1. Cribado y diagnóstico: se recomienda el cribado al menos cada 5 años a partir de los 18 años y con más frecuencia si existen factores de riesgo cardiovascular asociados. El diagnóstico se establecerá indistintamente a través de tomas repetidas de PA en consulta o AMPA/MAPA. El punto de corte sigue siendo PA >140/90 mmHg.

2. Umbral para inicio de tratamiento: se establece para todos los pacientes en cifras >140/90, salvo en mayores de 80 años que se iniciará a partir de 160/90 mmHg.

3. Objetivos de control: el primer objetivo del tratamiento deber ser reducir la PA < 140/90 mmHg en todos los pacientes. Si el tratamiento es bien tolerado, se debe intentar alcanzar cifras < 130/80 mmHg en la mayoría de los pacientes incluidos los diabéticos. PA sistólica: en < 65 años se recomienda un objetivo de 120-129 mmHg siempre que el tratamiento sea bien tolerado. En > 65 años (y > 80 años) o en pacientes con enfermedad renal crónica se recomiendan cifras entre 130-140 mmHg, siempre que el tratamiento sea bien tolerado. PA diastólica: se recomienda reducir la PAD a cifras < 80 mmHg en todos los pacientes con independencia del riesgo o comorbilidades.

4. Tratamiento farmacológico: se recomienda doble terapia combinada de inicio, a poder ser en una sola pastilla, en la mayoría de los pacientes. Las combinaciones preferidas de dos fármacos incluyen IECA o ARAII + calcioantagonista o diurético. Se recomienda considerar tratamiento en los pacientes con PA normal-alta si son de muy alto riesgo o presentan ya enfermedad cardiovascular establecida (especialmente coronariopatía).

5. Crisis hipertensiva: se rebajan las cifras respecto a otras guías estableciendo el corte en cifras > 180/110.

¿Por qué nos pareció interesante?

Las Guías ESC/ESH 2018 emiten nuevas recomendaciones sobre cómo tratar de manera óptima la hipertensión. El tratamiento farmacológico se extiende a grupos adicionales de pacientes, los valores de la presión arterial para alcanzar con el tratamiento son más bajos que en el pasado. Además, la terapia de combinación ahora se reconoce como la estrategia de tratamiento inicial más efectiva en la mayoría de los pacientes.

Aplicabilidad en nuestro trabajo

La elevada prevalencia de la hipertensión, así como el mayor conocimiento por parte de los pacientes y la generalización de los aparatos de automedida de la PA ha conllevado en los últimos años un aumento significativo de llamadas en nuestra central de coordinación en relación con las cifras de presión arterial en el domicilio, por lo que esta actualización puede resultar de utilidad para la resolución de las consultas telefónicas relacionadas con esta patología.

Effect of 5-day Nitrofurantoin vs single-dose Fosfomycin on clinical resolution of uncomplicated lowe urinary tract infection in women

A randomized clinical trial

Angela Huttner, MD; Anna Kowalczyk, MS; Adi Turjeman, MSc; Tanya Babich, MSc; Caroline Brossier, RN; Noa Eliakim-Raz, MD et al.

JAMA. 2018;319(17):1781-1789

Introducción

El incremento en las resistencias a antibióticos ha hecho que las guías para el tratamiento de las infecciones del tracto urinario inferior no complicadas fueran modificadas en 2010 para recomendar nitrofurantoína y fosfomicina como fármacos de primera línea de tratamiento, desde ese momento el uso de estos fármacos ha aumentado exponencialmente.

Hasta el momento, nitrofurantoína y fosfomicina han sido comparados en pocos ensayos clínicos randomizados. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia de la pauta de 5 días de nitrofurantoína y una única dosis de fosfomicina para la resolución de ITU no complicadas.

Resumen

El presente trabajo es un ensayo clínico randomizado multicéntrico. Incluye a 513 mujeres de más de 18 años que presentan al menos 1 síntoma de ITU baja (disuria, frecuencia miccional, dolor suprapúbico) y tira de orina positiva para nitritos o leucocitos.

Los criterios de exclusión fueron embarazo y lactancia, sospecha de infección de tracto urinario de vías altas (fiebre, escalofríos, dolor lumbar/ flancos), uso de antibióticos o síntomas en relación a ITU en las 4 semanas anteriores.

La ITU confirmada requirió la presencia de al menos 1 de los 4 síntomas urinarios necesarios para la inclusión y un cultivo de orina positivo ($\geq 10^3$ ufc/ml).

Las participantes fueron asignados aleatoriamente a tratamiento con nitrofurantoína, 100 mg 3 veces al día durante 5 días (régimen más comúnmente recomendado en Europa) o bien a tratamiento con una sola dosis de 3 g de fosfomicina oral.

Del total de 513 pacientes, 255 fueron incluidas en el grupo que recibió nitrofurantoína (con 11 pérdidas en este grupo) y 258 en el grupo de fosfomicina (con 17 pérdidas en grupo fosfomicina).

Las participantes asistieron a 2 visitas de seguimiento a los 14 (± 2) y 28 (± 7) días después de la finalización de la terapia con antibióticos; se recogieron cultivos de orina en todas las visitas.

Se consideró completado el tratamiento en ambos grupos el día 5 después de la aleatorización, dada la larga vida media de la fosfomicina.

El resultado primario fue la respuesta clínica a los 28 (± 7) días después de la finalización de la terapia, definida esta respuesta clínica como:

- Resolución clínica: resolución completa de los síntomas y signos de UTI.
- Fallo de tratamiento: necesidad de cambio en el tratamiento antibiótico o interrupción debido a la falta de eficacia.
- Resultado indeterminado: persistencia de síntomas sin evidencia objetiva de infección o cualquier circunstancia que impida una clasificación en resolución clínica o fallo de tratamiento.

A los 28 días después de la finalización de la terapia, 171 de 244 pacientes (70 %) que recibieron nitrofurantoína mantuvieron la resolución clínica vs 139 de 241 (58 %) que recibieron fosfomicina con una diferencia estadísticamente significativa (diferencia, 12 % [IC del 95 %, 4 % -21 %]; $P = .004$).

La respuesta clínica a los 14 días después de la finalización de la terapia también difirió significativamente entre grupos, con 184 de 247 pacientes (75 %) que recibieron nitrofurantoína, experimentando resolución clínica frente a 162 de 247 (66 %) recibiendo fosfomicina (diferencia, 9 % [IC 95 %, 1 % -17 %]; $P = .03$).

Entre mujeres con ITU no complicada, el tratamiento de 5 días con nitrofurantoína comparado con una sola dosis de fosfomicina resultó en mayor probabilidad de resolución clínica y microbiológica tras 28 días de completar terapia.

¿Por qué nos pareció interesante?

La ITU no complicada en mujeres constituye un motivo frecuente de consulta, más de un 40 % de mujeres van a tener al menos una infección urinaria en su vida y un número significativo de ellas tendrán infecciones recurrentes.

Los gérmenes responsables con más frecuencia son *Escherichia coli* identificado en 80-90 % de los casos, *Staphylococcus saprophyticus* en el 15 %.

Entre los fármacos de primera línea están la fosfomicina y la nitrofurantoína. La fosfomicina 3 g en dosis única (se puede administrar una segunda dosis a las 48 horas) se recomienda habitualmente como tratamiento empírico.

La nitrofurantoína 50 g/8 h durante 5 días se concentra bien en orina. Tiene un efecto mínimo en la generación de resistencias y figura como primera opción de tratamiento empírico para cistitis en las guías anglosajonas.

En este trabajo, entre mujeres con ITU no complicada, el tratamiento de 5 días con nitrofurantoína comparado con una sola dosis de

fosfomicina resultó en mayor probabilidad de resolución microbiológica tras 28 días de completar terapia.

Existen nuevas evidencias de que existen resistencias a fosfomicina, hay un estudio longitudinal realizado en España (Oteo J et al.) en el que se documenta un aumento en la resistencia a la fosfomicina del 4 % al 11 % entre 1997 y 2009, etapa que corresponde con un aumento del 340 % en el consumo de este antibiotico. Fosfomicina es un antibiótico de amplio espectro de actividad, particularmente contra microorganismos multirresistentes, presenta un perfil de seguridad favorable, pero su administración oral continua y sobre todo si se usa en una dosis insuficiente, puede disminuir rápidamente su utilidad.

Aplicabilidad en nuestro trabajo

Por las particularidades de nuestro trabajo y las limitaciones de hacer una anamnesis por teléfono estamos limitados a la hora de poder tratar a pacientes con antibióticos. La clínica de ITU no complicada en la mujer es muy específica y resulta útil tener una pauta de antibiótico cómoda, corta y efectiva que de forma empírica se puede aconsejar fácilmente desde la consulta telefónica ante una clínica tan sugestiva.

Pero el hecho de aumento de resistencias a la fosfomicina ha de hacernos plantear esta forma de actuación ante la clínica de ITU no complicada en mujeres y valorar la derivación a atención primaria para pautar nitrofurantoína para una pauta de 5 días por su menor resistencia y mayor tasa de curación.

