

Actualizacións bibliográficas en urxencias prehospitalarias

Nº 12 / ANO 2019

COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN

“Imos facer RCP”, un estudo lingüístico das palabras utilizadas para iniciar a RCP con soporte telefónico e a súa relación coa adherencia por parte do alertante

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

Introdución

O apoio telefónico á reanimación cardiopulmonar (RCP) é un importante factor na asistencia á parada cardiorrespiratoria (PCR) extrahospitalaria, xa que duplica a probabilidade de supervivencia.

Estudos previos avaliaron o impacto da linguaxe no recoñecemento dos síntomas de PCR, pero non a súa relación coa probabilidade de colaboración na realización da RCP por testemuñas.

O obxectivo deste estudo é determinar que características lingüísticas se asocian a un maior número de RCP realizadas polo alertante que contacta telefonicamente cun servizo de emerxencias (SEM).

Resumo

Analizáronse 424 chamadas de emerxencia relacionadas con casos de PCR recoñecidas por teleoperadores e investigouse o impacto das distintas opcións lingüísticas utilizadas por estes na realización ou non de RCP por parte da persoa alertante.

En xeral, a RCP produciuse no 85 % das chamadas. A realización de RCP pola persoa que chamou foi baixa (43 %) cando os teleoperadores usaron termos que implican boa vontade e certa pasividade (“quere, desexaría, estaría disposto a facer RCP?”), mentres que foi alto (97 % e 84 %, respectivamente) cando faláron sobre a RCP en termos de futuro (“imos facer, explicareille como facer RCP”) ou obrigación (“temos que facer, necesitamos facer RCP”).

No 38 % (25/66) de chamadas nas que o interlocutor inicialmente rexeitou a RCP, xeralmente debido a barreiras físicas, finalmente accedeu a tentalo cando o teleoperador lle ofreceu asesoramento ou solucións ao problema inicial.

Por que nos pareceu interesante?

A RCP precoz por parte de testemuñas ou intervinientes circunstanciais é o obxectivo esencial do segundo elo da cadea da supervivencia e alcanza a súa máxima eficacia cando se inicia inmediatamente tras a perda de consciencia da vítima que sofre unha PCR. Os estudos realizados en España en canto ao comezo das manobras de reanimación antes da chegada do primeiro recurso asistencial mostran resultados moi heteroxéneos, cunhas cifras globais arredor do 30 %.

Entre as moitas variables que inflúen na realización de RCP por testemuñas, desde os SEM, e concretamente as centrais de coordinación, incidíuse sobre todo no recoñecemento precoz da situación de parada, pero este estudo pon o foco nunha variable distinta: a indicación de manobras de resucitación e concretamente a súa relación coa linguaxe utilizada.

Aplicabilidade no noso traballo

As características da linguaxe utilizada e a súa intencionalidade (asertividade fronte a voluntariedade) poderían aumentar a adherencia das testemuñas na realización de RCP guiada por teléfono e, deste xeito, mellorar os resultados da atención á PCR extrahospitalaria.

Guías para o manexo da hipertensión arterial ES/ESH 2018

Journal of Hypertension 2018,36:1953-2041

Introdución

A hipertensión arterial afecta máis do 25 % da poboación adulta europea e é a principal causa que se pode previr de enfermidade cardiovascular e morte por calquera causa no mundo. A pesar disto, as taxas de control de presión arterial (PA) seguen sendo baixas en Europa.

Co obxectivo de mellorar a detección, o tratamento e as taxas deficientes de control da PA, mediante a promoción de estratexias de tratamento simples e efectivas, establecéronse as recomendacións incluídas nestas guías, incorporando as novas evidencias científicas dispoñibles.

Resumo

Con relación á análise das guías, centrarémonos nas principais novidades respecto de edicións previas:

1. Cribado e diagnóstico: recoméndase o cribado polo menos cada 5 anos a partir dos 18 anos e con máis frecuencia se existen factores de risco cardiovascular asociados. O diagnóstico establecerase indistintamente a través de tomas repetidas de PA en consulta ou AMPA/MAPA. O punto de corte segue sendo PA >140/90 mmHg.

2. Limiar para o inicio do tratamento: establécese para todos os pacientes en cifras >140/90, salvo en maiores de 80 anos, que se iniciará a partir de 160/90 mmHg.

3. Obxectivos de control: o primeiro obxectivo do tratamento deber ser reducir a PA < 140/90 mmHg en todos os pacientes. Se o tratamento é ben tolerado, débense intentar alcanzar cifras <130/80 mmHg na maioría dos pacientes, incluídos os diabéticos PA sistólica: en <65 anos, recoméndase un obxectivo de 120-129 mmHg, sempre que o tratamento sexa ben tolerado. En >65 anos (e >80 anos) ou en pacientes con enfermidade renal crónica recoméndanse cifras entre 130-140 mmHg, sempre que o tratamento sexa ben tolerado. PA diastólica: recoméndase reducir a PAD a cifras <80 mmHg en todos os pacientes con independencia do risco ou das comorbilidades.

4. Tratamento farmacolóxico: recoméndase unha dobre terapia combinada de inicio, a poder ser nunha soa pastilla, na maioría dos pacientes. As combinacións preferidas de dous fármacos inclúen IECA ou ARAII + calcioantagonista ou diurético. Recoméndase considerar o tratamento nos pacientes con PA normal-alta se son de moi alto risco ou se presentan xa enfermidade cardiovascular establecida (especialmente coronariopatía).

5. Crise hipertensiva: rebáixanse as cifras respecto a outras guías e establécese o corte en cifras >180/110.

Por que nos pareceu interesante?

As guías ESC/ESH 2018 establecen novas recomendacións sobre como tratar de maneira óptima a hipertensión. O tratamento farmacolóxico esténdese a grupos adicionais de pacientes e os valores da presión arterial para alcanzar co tratamento son máis baixos ca no pasado. Ademais, a terapia de combinación agora recoñécese como a estratexia de tratamento inicial máis efectiva na maioría dos pacientes.

Aplicabilidade no noso traballo

A elevada prevalencia da hipertensión, así como o maior coñecemento por parte dos pacientes e a xeneralización dos aparellos de automedida da PA levou nos últimos anos a un aumento significativo de chamadas na nosa central de coordinación en relación coas cifras de presión arterial no domicilio, polo que esta actualización pode resultar de utilidade para a resolución das consultas telefónicas relacionadas con esta patoloxía.

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

Introdución

O incremento nas resistencias a antibióticos fixo que as guías para o tratamento das infeccións do tracto urinario inferior non complicadas fosen modificadas en 2010 para recomendar nitrofurantoína e fosfomicina como fármacos de primeira liña de tratamento e, desde ese momento, o uso destes fármacos aumentou exponencialmente.

Ata o momento, nitrofurantoína e fosfomicina foron comparados en poucos ensaios clínicos randomizados. O obxectivo deste estudo é avaliar a eficacia da pauta de 5 días de nitrofurantoína e unha única dose de fosfomicina para a resolución de ITU non complicadas.

Resumo

O presente traballo é un ensaio clínico randomizado multicéntrico. Inclúe 513 mulleres de máis de 18 anos que presentan polo menos un síntoma de ITU baixa (disuria, frecuencia miccional, dor suprapúbica) e tira de ouriños positivos para nitritos ou leucocitos.

Os criterios de exclusión foron embarazo e lactación, sospeita de infección do tracto urinario das vías altas (febre, calafríos, dor lumbar/flancos), uso de antibióticos ou síntomas en relación a ITU nas catro semanas anteriores.

A ITU confirmada requiriu a presenza de polo menos 1 dos 4 síntomas urinarios necesarios para a inclusión e un cultivo de ouriños positivos ($\geq 10^3$ ufc/ml).

As participantes foron asignadas aleatoriamente a un tratamento con nitrofurantoína, 100 mg 3 veces ao día durante 5 días (réxime máis comunmente recomendado en Europa) ou ben a un tratamento cunha soa dose de 3 g de fosfomicina oral.

Do total de 513 pacientes, 255 foron incluídas no grupo que recibiu nitrofurantoína (con 11 perdas neste grupo) e 258 no grupo de fosfomicina (con 17 perdas).

As participantes asistiron a 2 visitas de seguimento aos 14 (± 2) e 28 (± 7) días despois da finalización da terapia con antibióticos e recolléronse cultivos de ouriños en todas as visitas.

Considerouse completado o tratamento en ambos os grupos o día 5 despois da aleatorización, dada a longa vida media da fosfomicina.

O resultado primario foi a resposta clínica aos 28 (± 7) días despois da finalización da terapia. Esta resposta clínica foi definida como:

- Resolución clínica: resolución completa dos síntomas e signos de UTI.
- Fallo de tratamento: necesidade de cambio no tratamento antibiótico ou interrupción debido á falta de eficacia.
- Resultado indeterminado: persistencia dos síntomas, sen evidencia obxectiva de infección ou calquera circunstancia que impida a súa clasificación como resolución clínica ou fallo de tratamento.

Aos 28 días despois da finalización da terapia, 171 das 244 pacientes (70 %) que recibiron nitrofurantoína mantiveron a resolución clínica vs. 139 de 241 (58 %) que recibiron fosfomicina, cunha diferenza estatisticamente significativa (diferenza, 12 % [IC do 95 %, 4 % -21 %]; $P = .004$).

A resposta clínica aos 14 días despois da finalización da terapia tamén diferiu significativamente entre grupos, con 184 de 247 pacientes (75 %) que recibiron nitrofurantoína e experimentaron unha resolución clínica fronte a 162 de 247 (66 %) que recibiron fosfomicina (diferenza, 9 % [IC 95 %, 1 % -17 %]; $P = .03$).

Entre mulleres con ITU non complicada, o tratamento de 5 días con nitrofurantoína comparado cunha soa dose de fosfomicina resultou en maior probabilidade de resolución clínica e microbiolóxica tras 28 días de completar a terapia.

Por que nos pareceu interesante?

A ITU non complicada en mulleres constitúe un motivo frecuente de consulta, xa que máis dun 40 % das mulleres van ter polo menos unha infección urinaria na súa vida e un número significativo delas terán infeccións recorrentes.

Os xermes responsables adoitan ser *Escherichia coli*, identificado no 80-90 % dos casos, e *Staphylococcus saprophyticus*, identificado no 15 % dos casos.

Entre os fármacos de primeira liña están a fosfomicina e a nitrofurantoína. A fosfomicina 3 g en dose única (pódese administrar unha segunda dose ás 48 horas) recoméndase habitualmente como tratamento empírico.

A nitrofurantoína 50 g/8 h durante 5 días concéntrase ben en ouriños. Ten un efecto mínimo na xeración de resistencias e figura como primeira opción de tratamento empírico para a cistite nas guías anglosaxoas.

Neste traballo con mulleres con ITU non complicada, o tratamento de 5 días con nitrofurantoína comparado cunha soa dose de fosfomicina resultou ter unha maior probabilidade de resolución microbiolóxica tras 28 días de completar a terapia.

Existen novas evidencias de que existen resistencias a fosfomicina. Hai un estudo lonxitudinal realizado en España (Oteo J et al.) no que se documenta un aumento na resistencia á fosfomicina do 4 % ao 11 % entre 1997 e 2009, etapa que corresponde cun aumento do 340 % no consumo deste antibiótico. A fosfomicina é un antibiótico de amplo espectro de actividade, particularmente contra microorganismos multirresistentes, que presenta un perfil de seguridade favorable, pero a súa administración oral continua e, sobre todo se se usa nunha dose insuficiente, pode diminuír rapidamente a súa utilidade.

Aplicabilidade no noso traballo

Polas particularidades do noso traballo e as limitacións de facer unha anamnese por teléfono, estamos limitados á hora de poder tratar pacientes con antibióticos. A clínica de ITU non complicada na muller é moi específica e resulta útil ter unha pauta de antibiótico cómoda, curta e efectiva que se poida aconsellar facilmente desde a consulta telefónica ante unha clínica tan suxestiva.

Pero o feito de que aumente a resistencia á fosfomicina ha de facernos valorar esta forma de actuación ante a clínica de ITU non complicada en mulleres e considerar a derivación a atención primaria para pautar nitrofurantoína para unha pauta de 5 días, pola súa menor resistencia e maior taxa de curación.

