

## DISCUSIÓN

Hasta 1995 en casi todo el mundo la fibrinólisis se llevaba a cabo en las unidades coronarias e intensivas. Con la finalidad de reducir el intervalo de tiempo entre la llegada al hospital y el inicio del tratamiento (puerta-aguja), en estos últimos años se ha propuesto que la trombolisis se debe realizar en el servicio de Urgencias (primer contacto) de los centros hospitalarios.

En el presente estudio se observó que los pacientes con IAM valorados en el servicio de Urgencias, [suprimir COMA] eran predominantemente varones; los factores de riesgo mayormente asociados eran hipertensión arterial y tabaquismo; la localización del infarto predominante fue inferior, datos epidemiológicos concordantes con lo reportado en la literatura.

Asimismo se observó que el tiempo promedio desde que el paciente llega a Urgencias hasta el inicio de la trombolisis fue de 90 min (intervalo: 7 min – 10hs 37 min).

En un estudio GUSTO y en las Guías Internacionales sobre el "Tratamiento del Infarto Agudo al Miocardio" señalan que en la valoración del paciente con SICA: IAM con elevación ST, incluye 10 minutos para toma de EKG, 20 minutos para preparación de trombolíticos y 30 min en total para inicio de trombolisis.

En este estudio la realización del examen físico y toma de electrocardiograma fue de 11 minutos; la toma de decisión si se tromboliza o no, fue de 22 min; la preparación de trombolítico fue de 17min y otros 20 minutos más hasta que comenzó la infusión del fármaco; en total el tiempo puerta-aguja fue de 70 minutos. Como se puede observar, el tiempo puerta aguja se prolongó en la toma de decisión si se tromboliza o no.

Es de considerar que una razón en la demora del inicio de trombolisis es la "espera de resultados de laboratorio de marcadores de inflamación y necrosis miocárdica para decidir si se tromboliza o no".

Por otro lado la "falta de capacitación y educación continua (conocimiento de los nuevos lineamientos en el tratamiento del IAM) del personal médico en el Servicio de Urgencias es otro factor influyente en la demora del inicio de trombolisis.

## CONCLUSIÓN

El tiempo puerta- aguja promedio en pacientes trombolizados con IAM con elevación del segmento ST fue de 90 minutos (7 min – 10hs 37 min).

Existe un retraso en el inicio de trombolisis en pacientes infartados en HGE- Sonora. Es dos veces más (90min vs 30min), comparado con las normas internacionales

y retraso que influye negativamente en la reperfusión miocárdica del tejido cardiaco isquémico.

## RECOMENDACIONES

1.- Mejorar la educación para la salud de la población en general, remarcando la importancia que tiene "un buen control de los factores de riesgo cardiovascular (diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, dislipidemia y tabaquismo) y el acudir a un centro hospitalario o ser valorado por médico cuando presenta dolor precordial".

2.- Promover la "Educación Médica Continua", sobre todo en el conocimiento de las nuevas directrices y normas en el tratamiento del IAM entre el personal médico que labora en el servicio de Urgencias.

3.- Realizar otro estudio de investigación con el fin de valorar los criterios de reperfusión miocárdica y la morbi – mortalidad intra y extra hospitalaria en los pacientes infartados que se trombolizan, antes y después de 30 minutos.

## BIBLIOGRAFÍA

1.- Gómez Padrón María Virginia, et al, Trombolisis RN infarto agudo del Miocardio. Análisis de los tiempos de demora, Rev. Cubana Médica, vol14, No.5, Ciudad de la Habana sep-oct 2002.

2.- Gómez Padrón, María Virginia, et al. Epidemiología de los tiempos de demora, Rev. Cubana Médica, vol14, No.5, Ciudad de la Habana sep-oct 2002.

3.- García García, Cosme, et al. Redacción del tiempo puerta-aguja a los objetivos recomendados en las guías clínicas. Pronóstico a 1 año de seguimiento.

4.- Fuster, Orouke, Walsh, Anatomy of Electrophysiology, Poole-wilson, Hursts's The Heart, 12th Edition, McGraw Hill, 2009, pag. 898.912.

5.-Committee to Revise: Guidelines for the managment of patien with Acute Myocardial Infraction: Guidlines for the managment of patien with Acute Myocardial Infraction: Guidelines for the managment of patients with AMI: A report of the American College of Cardiology. Ameerican Heart Association task force on practice guidlines. JAM Coll Cardiol 2004.

6.-Busto Colina, Yamila. et al. Causas de demora en los tiempos de espera para el tratamiento trombolítico sistemático con estreptoquinasa recombinante en el hospital de amancio. 1998-2004 (sic).

7.- Kauffmann, Ronal Q, Infarto agudo del miocardio: el factor tiempo, Rev. Méd. Chile, 2008, 136:1095-1097

8.-Douglas Greig, Ramón Corbalán, Pablo Castro, Pabla Campos, Rubén Lamich, Patricio Yovaniniz, Impacto de la trombolisis y de la angioplastia.

## Estudio de la Incidencia, Anatomía y Principales Factores de Riesgo de Endocarditis Bacteriana.

Ana María González Méndez (1)

Juan Antonio Cisneros (2)

**RESUMEN:** La Endocarditis Infecciosa consiste en la contaminación del endocardio valvular o mural de origen bacteriano, caracterizado por vegetaciones en el endocardio valvular, aunque también puede afectar al extravalvular; la cual es difícil de diagnosticar ya que puede tener una evolución aguda como EVC (Evento Vascular Cerebral) o sepsis o de forma crónica, como una dermatitis infecciosa.

**OBJETIVO:** Determinar la incidencia de Endocarditis Bacteriana en pacientes con recepción en el servicio de Urgencias del Hospital General del Estado de Sonora durante el periodo del 2005 al 2010 y mostrar el factor con mayor predisposición la Endocarditis Bacteriana.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se recopilaron los expedientes proporcionados por el servicio de Informática y del archivo del Hospital General del Estado los cuales cuentan con documentos donde asienta el diagnóstico de Endocarditis infecciosa durante el periodo previamente comentado. Obteniéndose, de estos documentos se obtuvieron: Sexo, edad, antecedentes personales patológicos, drogas parenterales ilícitas, cardiopatías congénitas y adquiridas, prótesis valvulares o dispositivos intracardiacos.

**RESULTADOS:** Se encontró que la incidencia de Endocarditis Bacteriana en el Hospital General del Estado de Sonora es igual a lo reportado en la literatura de otros países: 6.1 casos por cada 100,000 habitantes, pero su incidencia es mayor entre las personas jóvenes de 30 a 50 años edad, a diferencia de otros países donde su incidencia es entre los 70 a 80 años de edad; con un predominio mayor en hombres que mujeres, el factor con mayor predisposición es por uso de drogas intravenosas ilícitas en un 53%, seguido de pacientes con cardiopatías adquiridas (valvulopatías) en un 20% y cardiopatías

congénitas en 13%; igual que lo reportado en la literatura, la válvula con mayor afección fue la válvula aórtica en un 60% y la mortalidad que se encontró en el Hospital General del Estado de Sonora por esta patología fue del 50%, siendo la principal causa de muerte el choque Séptico.

**Palabras Clave:** Endocarditis Infecciosa, Sepsis, Endocardio Valvular.

**SUMMARY:** Bacterial Endocarditis is the bacterial origin of the endocardium valvular o mural region, distinguished by valvular endocardium vegetations, although it can also extravalvular affect; with is difficult to diagnose because it can have an acute evolution like stroke or sepsis or in a chronic form an infectious dermatitis.

**OBJECTIVE:** To determine the incidence of Bacterial Endocarditis in patients in the Emergency Room (ER) in the State General Hospital of Sonora (SGHS) during the period of 2005 through 2010 and to show the mayor predisposition factor of Bacterial Endocarditis.

**MATERIAL AND METHODS:** We revised the clinical records with the verification of the hospital's informatics department; these files have the diagnosis of Infectious Endocarditis during the time frame established. We obtained of these records sex, age, personal pathologic backgrounds, parental illicit drugs, congenital and acquired cardiopathies, valvular prosthesis or intracadiac devices.

**RESULTS:** We found that the incidence of Bacterial Endocarditis in SGHS is the same as the reported in other countries: 6.1 cases for each 100,000 habitants, but its incidence is higher in young populations between 30 and 50 years of age; with a predominance in men than in women, the mayor predominance factor is by

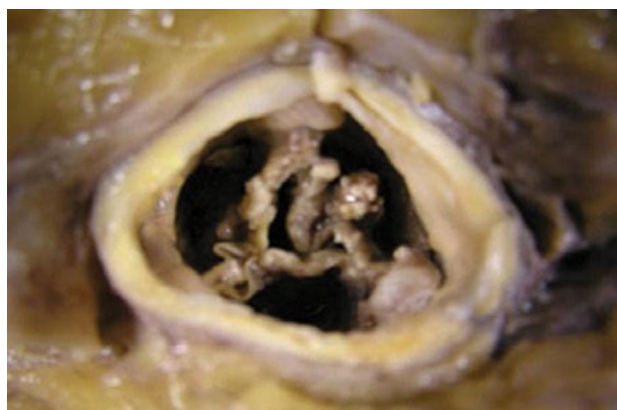
(1) Médico Adscrito al servicio de Cardiología  
(2) Médico Residente de tercer año de Urgenciología



Manchas de Janeway



Manchas de Roth



Válvula con presencia de lesiones verrugosas por Endocarditis Bacteriana

illicit intravenous drug use in a 53%, followed by patients with acquired cardiopathies (valvulopathies) in a 20% and congenital cardiopathies in 13%; the same as the reports in the literature, the aortic valve was the most affected in a 60% and the mortality that was found in the SGHS by this pathology was 50%; being the principal cause of death by septic shock.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Gilbert Habib, et al. Guía de práctica clínica para prevención, diagnóstico y tratamiento de la endocarditis infecciosa (nueva versión 2009) Versión corregida 26/01/2010. Rev Esp Cardiol. 2009; 62(12):1465.e1-e54 - Vol.62 Núm 12 DOI: 10.1016/S0300-8932(09)73131-8. España.

2. Harrison, Tinsley Randolph, Fauci, Anthony, Braunwald,

Eugene, Kasper, D.L. Harrison. Principios de medicina interna. Editorial: McGraw-Hill / Interamericana de España, S.A. (Madrid). Edición: 16ª : 2005. España.

3. Asenjo MA, Bohing LL, Trilla A, Prat A. Gestión diaria del Hospital, Barcelona: MASSON. 1998. España.

4. Walter, Wilson. Et al. Guías de la American Heart Association. Prevención de Endocarditis Infecciosa. 2007. Association.

5. John Marx, MD, Robert Hockberger, MD and Ron Walls, MD Rosen's Emergency Medicine, 7th Edition: Expert Consult Premium Edition – Enhanced Online Features and Print. 2006.

## Uso de la Maniobra Burp en Hospitales de Bajo Presupuesto para Pacientes con Intubación Dificil

David Romo Parada(1)

Víctor Juárez Guerra(2)

#### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La maniobra BURP (Backward Upward Rightward Pressure, o presión hacia atrás, hacia arriba y hacia la derecha ejercida sobre la tráquea) es una medida sencilla para intentar mejorar la visualización glótica durante la laringoscopia. El presente estudio evalúa su utilidad en los pacientes con vía aérea difícil, definida por una visualización glótica nula durante una laringoscopia realizada correctamente (Cormack Lehane III a IV).

**OBJETIVO:** Determinar si la maniobra BURP logra mejorar la graduación de Cormack Lehane en los pacientes con vía aérea difícil.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se estudiaron 16 pacientes, previamente diagnosticados con probable intubación difícil y que durante la laringoscopia presentaron visualización máxima de grado III o IV en la escala de Cormack Lehane. Se les realizó la maniobra de BURP y se registraron los cambios.

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO:** Se realizó análisis estadístico de tipo descriptivo, con cálculo de media aritmética, desviación estándar y diferentes tipos de gráficas. Además se realizó análisis estadístico inferencial con el cálculo de "T de Wilcoxon".

**RESULTADOS:** 15 de los 16 pacientes estudiados presentaron mejoría a la graduación de Cormack Lehane. Esto refleja una eficiencia de 93.75%. En el proceso de generalización se usó de "T de Wilcoxon" con una significancia de  $P < 0.005$ .

Se rechazó la hipótesis nula  $H_0: T_1 \geq T_2$ , mientras que la hipótesis alternativa es  $H_1: T_1 < T_2$ .

**CONCLUSIONES:** De acuerdo a los resultados obtenidos que concluyó lo siguiente: esto da la certidumbre con un 99.5% de que la maniobra es eficiente, cuando la

maniobra BURP se aplica correctamente, mejora las condiciones generales para la visualización del espacio glótico, lo que facilita la intubación endotraqueal. Es un procedimiento simple que no requiere de ningún tipo de inversión, por lo que se recomienda se considere su utilización en hospitales en general, especialmente en los de bajo presupuesto.

**PALABRAS CLAVE:** maniobra BURP, intubación difícil

#### SUMMARY

**INTRODUCTION:** The backward upward rightward pressure (BURP) maneuver is a simple measurement for the better visualization of the glottis during laryngoscopy. This study evaluates its utility in the patients with difficult airway, defined by a null or poor glottis visualization during the correct laryngoscopy (Cormack Lehane III a IV).

**OBJECTIVE:** To determine if the BURP maneuver improves the Cormack Lehane graduation in patients with difficult intubation.

**MATERIAL AND METHODS:** 16 patients were studied, previously diagnosed with probable difficult intubation and that during laryngoscopy presented a maximum visualization grade of III or IV in the Cormack Lehane scale. BURP maneuver was made in these patients and all changes were registered.

**STATISTICAL ANALYSIS:** A descriptive type of statistical analysis was made, with a medium arithmetic calculation, standard deviation and different graphic types. Inferential statistical analysis was also made with the "T of Wilcoxon" calculation.

**RESULTS:** 15 of the 16 patients presented improvement with the Cormack Lehane scale. This reflects an efficiency

(1) Médico residente del tercer año de Anestesiología

(2) Médico Adscrito al servicio de Anestesiología