

Más del 60% de los retornos a urgencias (RU) se deben a la evolución de la enfermedad que motivó la atención inicial, el 15% a la actuación de los profesionales sanitarios, otro 15% al comportamiento de los pacientes y un 9% a la organización del sistema sanitario

**Cuando el RU se debe a un error diagnóstico la probabilidad de ingreso es significativamente mayor (35% frente a 15%) que en el resto de causas**

Estudio observacional transversal realizado sobre 895 episodios de RU, tras las 72 horas posteriores a la visita inicial, llevado a cabo en tres hospitales de la provincia de Málaga. Se realizó una revisión independiente de las historias clínicas por pares y se asignó la causa de RU según una clasificación estandarizada. Durante el periodo de estudio (año 2013) se atendieron 260.922 urgencias y se produjeron 16.404 RU (6,3% del total). Las causas de RU más frecuentes fueron la persistencia o progresión de la enfermedad (48,8%), la aparición de un nuevo problema o complicación (9,3%) y la derivación a otro hospital por no disponer del especialista necesario (8,6%). Un porcentaje considerable de los RU (15,5%) se produjo en un centro diferente al que atendió la urgencia previa y, en estos casos, la distribución de causas fue diferente. Los diagnósticos clínicos que presentan con más frecuencia los pacientes que retornan al servicio de urgencias (SU) son el dolor abdominal (6,8% de los casos) y el cólico renal (4,7%). Y según la clasificación estandarizada las causas más frecuentes fueron: 1.- atribuibles al paciente (el alta voluntaria o fuga en la urgencia inicial), 2.- a los profesionales sanitarios (que el paciente recibió instrucciones de volver al SU o fue llamado), 3.- al sistema sanitario (el no disponer en urgencias de un especialista necesario) y, finalmente, 4.- la atribuible a la enfermedad (la persistencia, recurrencia o progresión de la misma).

A. Jiménez-Puente et al. *Emergencias 2015;27:287-293*

## El esfigmomanómetro de muñeca Omron HEM-650 es fiable y puede ser recomendado su uso para los pacientes adultos en los servicios de urgencias (SU)

**La correlación de Pearson entre el dispositivo Omron y el esfigmomanómetro de mercurio fue alta para la presión arterial (PA) sistólica ( $r = 0,97$ ,  $p < 0,001$ ) y la PA diastólica ( $r = 0,94$ ,  $p < 0,001$ )**

Novedoso estudio realizado en un SU de un hospital de Hong Kong utilizando los criterios de validación del protocolo de la British Hypertension Society (BHS). El dispositivo Omron HEM-650 es un monitor oscilométrico de PA de muñeca, con sensor de posicionamiento avanzado, totalmente automatizado.

Para la comparativa se realizaron 3 mediciones en 85 pacientes con el dispositivo Omron y con el esfigmomanómetro de mercurio. También se utilizó la medición automatizada convencional de PA con banda para el brazo mediante un dispositivo oscilométrico (Colin BP-885 NXT). El dispositivo obtuvo una calificación B según las directrices de la BHS. Por ello, y por su fácil manejo y accesibilidad, los autores recomiendan su uso en pacientes adultos en los SU. Aunque recuerdan que en el caso de mujeres embarazadas y de pacientes en estado crítico, en la actualidad, se necesita validar su uso con estudios específicos, por lo que no se puede asegurar su fiabilidad.

K.K.C. Hung et al. *Emergencias 2015;27:313-315*

En este número de EMERGENCIAS se publica un estudio que muestra evidencias de validez del sistema de *triaje* Emergency Severity Index (ESI) en un servicio de urgencias hospitalario (SUH)

**Los porcentajes de sobretriaje (en los niveles 4 y 5) e infratriaje (en niveles 2 y 3) fueron bajos, de forma que se consigue una sensibilidad y especificidad altas en todos los niveles ESI**

Estudio observacional, descriptivo y transversal elaborado en el SUH del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia en el que 32 enfermeros realizaron 410 experiencias de *triaje* (sistema ESI) que fueron comparadas con las llevadas a cabo por un médico experto en *triaje* (patrón oro). Además, un grupo de expertos corroboró la valoración del resultado del *triaje* de forma consensuada en los casos donde la opinión no fue unánime o estos fueron requeridos. Para obtener evidencias de validez se calculó la sensibilidad, la especificidad, subtriaje, sobretriaje y los estadísticos descriptivos de las variables recursos empleados, fallecimiento, fuga, destino y tiempo de estancia. El coeficiente rho de Spearman entre el nivel ESI y el número de recursos usados fue  $R_{ho} = -0,717$ ,  $p < 0,01$ , indicando una fuerte asociación entre ambas variables. La relación entre la variable destino (hospitalizados y altas) y el nivel ESI fue  $R_{ho} = -0,437$ ,  $p < 0,01$ , indicando una asociación moderada. En el tiempo de estancia según el nivel ESI se observó que los pacientes con niveles ESI 1 y 2 fueron los que permanecieron más tiempo en el SUH, y con niveles 4 y 5 los que menos, y estas diferencias fueron estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ).

T. Hernández et al.

*Emergencias 2015;27:301-306*

## La presencia de ritmos desfibrilables y los tiempos asistenciales breves son los factores que se relacionan significativamente con la supervivencia de la parada cardiaca extrahospitalaria (PCE) atendida con desfibriladores externos semiautomáticos (DESA)

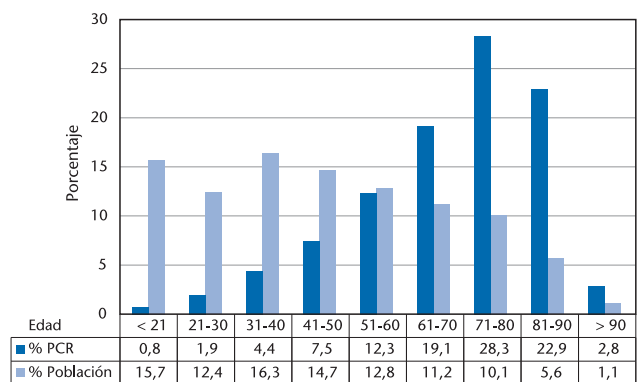
**Es esencial tomar medidas para incrementar la realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar básica (RCPB) en la PCE presenciada para aumentar la supervivencia**

Ilustrativo artículo retrospectivo de las PCE atendidas con DESA durante un periodo de 5 años por el Servicio de Emergencias Médicas (SEM) de Galicia, con recogida de datos según el estilo Ulstein. Se analizaron 2.005 casos (0,14/1.000 habitantes-año), 68% varones, 71% atendidos en el medio rural y el 61% con localización en el domicilio. En la figura se muestra el número de casos de PCE atendidas con DESA por franjas etarias. Se logró la reanimación cardiaca extrahospitalaria (RCE) *in situ* en el 10,9% de los pacientes (29,9% en casos encontrados en ritmos desfibrilables y 3,3% en asistolia). Se realizó intubación orotraqueal en el 15,7% de los casos, en los que lograron RCE en el 24,8%.

La disminución del tiempo medio entre la alerta y la asistencia (12:26 minutos en los que se logró la RCE y de 16:16 minutos en los fallecidos) resultó significativa para el aumento de la RCE ( $p < 0,001$ ), así como los ritmos desfibrilables ( $p = 0,001$ ). De forma contraria los ritmos en asistolia disminuyen las posibilidades de supervivencia ( $p < 0,005$ ).

En el análisis univariado también se encontraron diferencias significativas en la supervivencia en los horarios nocturnos frente a la tarde y la mañana (14% vs 10% vs 4%, respectivamente) y en aquellas atendidas en medio urbano frente a los rurales (15% vs 8,2%). También las PCE que se produjeron en la ambulancia, en la calle o en lugares públicos presentaron una mayor probabilidad de RCE (17,5%, 20,8% y 26,7%) frente a las sucedidas en el domicilio (6,4%),  $p = 0,001$ .

L. Soto-Araujo et al. *Emergencias 2015;27:307-312*



## Reversión de la anticoagulación oral en la cirugía de urgencia

**Interesante nota clínica que describe los datos de cinco casos que precisaron revertir rápidamente su situación de anticoagulación para ser sometidos a una cirugía de urgencia**

Durante un año se atendieron en el servicio de urgencias del Hospital Comarcal de Alcañiz (Teruel) 5 casos (1 hernia inguinal, 1 eventración umbilical, 2 hernias crurales, todas ellas estranguladas y 1 apendicitis aguda). En todos ellos se planteó una intervención quirúrgica urgente, antes de la cual se administró complejo protrombínico concentrado y vitamina K. Ninguno precisó transfusión y tanto durante la operación, como en el débil drenaje o aspecto de la herida en el postoperatorio inmediato se observó que los hematomas y/o sangrados fueron similares a los de los pacientes que no tomaban anticoagulantes orales.

M.J. Valenzuela et al.

*Emergencias 2015;27:316-318*