

La concordancia entre los sistemas de *triaje* 3M TAS y el Sistema Español de *Triage* – Model Andorrà de *Triatge* (SET-MAT) es baja, aunque el 3M TAS ofrece una mayor capacidad predictiva del ingreso hospitalario

Novedoso estudio comparativo entre dos sistemas de *triaje* para determinar su utilidad a la hora de predecir el consumo de recursos en el servicio de urgencias (SU) y la hospitalización.

Estudio observacional de cohortes prospectivo que incluyó de forma consecutiva a 3.379 episodios filia-dos en el SU del Hospital General Nuestra Señora del Prado de Talavera durante 36 días. Los pacientes se clasificaron de forma enmascarada y simultánea por una enfermera asistencial mediante el programa de ayuda al *triaje* SET-MAT (web_e-PAT v 4.0.1) y una enfermera de investigación mediante el sistema 3M TAS. La decisión de solicitud de pruebas complementarias y del ingreso del paciente se realizó independientemente por el médico responsable de la asistencia del paciente en el SU. El índice de concordancia mediante el kappa ponderado cuadrático entre los sistemas de *triaje* fue de 0,26 y el kappa *triaje* de 0,17. El sistema 3M TAS presentó una mayor capacidad predictiva de hospitalización en comparación con el SET-MAT, al comparar el área bajo la curva-ROC: [0,71 (IC 95%: 0,68-0,73) vs 0,60 (IC 95%: 0,57-0,63), $p < 0,001$]. Aunque no se encontraron diferencias significativas entre ambos respecto al consumo de recursos en el SU: [0,69 (IC 95%: 0,64-0,69) vs 0,67 (IC 95%: 0,67-0,71), $p = 0,111$].

R. Sánchez et al.

Emergencias 2015;28:21-25

Este número de EMERGENCIAS publica un excelente artículo especial con las recomendaciones de disponibilidad y utilización de antídotos en los hospitales según el nivel de complejidad asistencial

Se propone un listado de 34 antídotos que deberían estar presentes en hospitales de referencia provinciales y de 22 antídotos para los hospitales comarcales.

Los autores del artículo, un grupo de expertos en Farmacia Hospitalaria y Toxicología Clínica, revisaron la bibliografía nacional e internacional con el objeto de establecer unas recomendaciones actualizadas sobre los antídotos, tipo y cantidad, que deberían estar disponibles en los hospitales en función del nivel de complejidad asistencial de estos. Así como las indicaciones de utilización de los antídotos seleccionados, las formas de presentación disponibles en España en el año 2015, la posología más recomendada y algunas observaciones para cada uno de ellos. El presente artículo, además de las recomendaciones cualitativas, aborda las necesidades cuantitativas de cada antídoto. La disponibilidad cuantitativa se definió como la cantidad máxima de antídoto necesaria para tratar durante 24 horas a un adulto de 70 kg o a tres en el caso de los hospitales de referencia. Se trata, sin duda, de un importante trabajo de obligada consulta para el *urgenciólogo* y que está llamado a ser una de las referencias científicas para la atención de los pacientes que sufren intoxicaciones agudas en los servicios de urgencias y emergencias.

R. Aguilar-Salmerón et al.

Emergencias 2015;28:45-54

El dispositivo de generación de presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) de Boussignac® podría ser útil asociado al tratamiento farmacológico en los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda (IRA) en el medio extrahospitalario

La mayoría de los pacientes a los que se aplicó CPAP de Boussignac® (CPAPB) toleraron el tratamiento y presentaron mejoría clínica, y solo el 6% precisó intubación orotraqueal (IOT).

Primer estudio publicado en España que analiza la efectividad del dispositivo CPAPB en los pacientes asistidos con IRA por un Servicio de Emergencias Médicas (SEM). Se incluyeron 203 pacientes a los que se aplicó CPAPB con edad media de 74 (DE 11) años (65,5% varones) en un estudio observacional descriptivo retrospectivo realizado por el SEM SAMU-Asturias. De ellos 165 (81,3%) presentaron insuficiencia cardíaca aguda. Solo en 28 (13,8%) pacientes fracasó el dispositivo, de los cuales, 13 (6,4%) precisaron IOT y uno (0,5%) falleció durante la asistencia extrahospitalaria. Respecto a los signos vitales, se observó una mejoría significativa en todos ellos. Los valores de saturación parcial de oxígeno aumentaron en los 5 momentos registrados ($p < 0,001$), mientras que los valores de la frecuencia cardíaca y respiratoria tuvieron cambios significativos tras 5 y 15 minutos con CPAPB y a la transferencia ($p < 0,001$). La presión arterial sistólica y diastólica iniciales disminuyeron respecto a los 15 minutos con CPAPB y en la transferencia hospitalaria ($p < 0,001$). La duración de la asistencia fue mayor en los pacientes que no toleraron la CPAPB y en los que precisaron IOT ($p < 0,001$).

I. Pérez et al.

Emergencias 2015;28:26-30

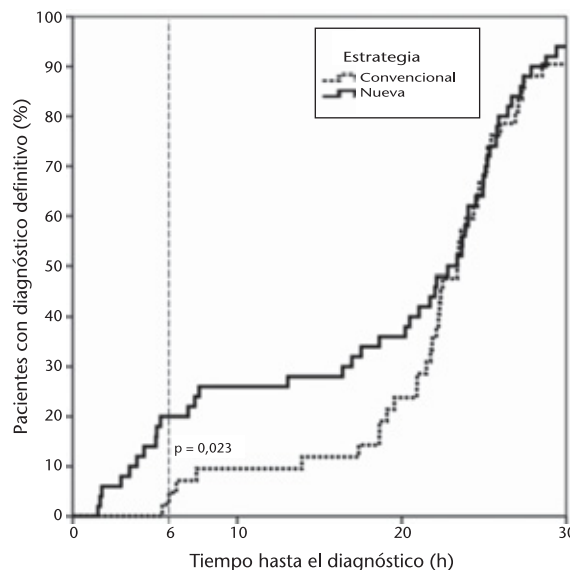
Una nueva estrategia (NE) diagnóstica basada en la utilización de troponina T de alta sensibilidad (TnT-as) seguida de angiotomografía computarizada coronaria (ATCC) en pacientes con dolor torácico podría acortar el tiempo de diagnóstico, así como una mayor probabilidad de encontrar lesiones coronarias significativas

El 20% de pacientes fue diagnosticado en las 6 primeras horas con la NE frente al 4,4% con la estrategia convencional (EC) con seriación de TnT de cuarta generación seguida de ergometría cuando fue negativa.

Interesante ensayo clínico diagnóstico aleatorizado y abierto realizado en el Hospital de la Santa Creu i San Pau entre febrero de 2011 y abril de 2013 donde se incluyeron a los pacientes atendidos por dolor torácico con electrocardiograma no diagnóstico en el servicio de urgencias (SU). De los 95 pacientes registrados, 45 se asignaron a la EC y 50 a la NE. La coronariografía mostró lesiones significativas en un 92,9% de los casos de la NE y en un 66,7% de la EC. Por su parte, la figura muestra el tiempo en horas desde el primer contacto médico hasta el diagnóstico final en los dos grupos (NE y EC) con diferencias significativas ($p = 0,023$) a favor del grupo atendido con la NE. De esta manera, la NE podría ser útil para evitar congestión de los SU, administrar el tratamiento adecuado más precozmente y evitar un número de coronariografías invasivas "en blanco".

A. Durán-Cambra et al.

Emergencias 2015;28:9-15



El paciente hiperfrecuentador (HF) tipo es un adulto mayor de 65 años, mujer, sin alta comorbilidad ni dependencia que acude al servicio de urgencias hospitalario (SUH) por un problema médico reciente no urgente a petición propia

Proyecto FIDUR: pacientes hiperfrecuentadores fidelizados en el SUH.

Ilustrativo estudio multicéntrico observacional de cohorte retrospectivo donde participaron 17 hospitales públicos de la Comunidad de Madrid (CM) que incluyeron 2.340 pacientes HF (aquellos que visitaron 10 o más veces el SUH durante un año, 2013). La edad media fue de 54 (DE 21) años, 58,2% mujeres, el 50% no presentaba comorbilidad, el 58,2% consumía tóxicos y un 1,1% vivía en la calle. En la visita índice el 87% acudió por un problema de salud reciente y el 12,4% fue hospitalizado. El 2,6% concentra sus visitas en un solo trimestre (TM), 14,3% en 2 TM, 39,1% en 3 TM y el 42,9% las repartieron en 4 TM. Analizando los datos del estudio, se comprueba que el paciente HF acude al SUH de forma homogénea a lo largo del año (fidelizado) y a medida que las visitas se dispersan más, se encuentran pacientes con mayor complejidad y que consumen más recursos y tienen mayor tasa de hospitalizaciones en la visita índice.

C. Fernández et al.

Emergencias 2015;28:16-20