

El Modelo de Predicción de Mortalidad de Navarra (MPMN) en los pacientes con traumatismo grave (PTG) muestra una buena capacidad discriminativa a los 30 días, sin diferencias significativas respecto al Revised Injury Severity Classification Score II (RISC II)

**Interesante estudio para la validación del MPMN y su comparación con el RISC II en los PTG atendidos por el Sistema de Emergencias de Navarra.**

Relevante estudio de cohorte retrospectivo que incluyó a 516 PTG (aquellos con un New Injury Severity Score-NISS > 15 puntos) con una edad media de 56 (DE 23) años, de los cuales el 70% eran varones. Noventa (17,4%) fallecieron a los 30 días. La mortalidad a 30 días predicha para el modelo MPMN y RISC II fue de un 16,4% y 15,4, respectivamente. El rendimiento pronóstico se calculó con el área bajo la curva (ABC) de la característica operativa del receptor (COR) que para el modelo MPMN fue de 0,925 (IC 95%: 0,902-0,952) y para el modelo RISC II fue de 0,941 (IC 95%: 0,921-0,962) (p de DeLong = 0,269). La calibración del modelo se valoró con la prueba de Hosmer-Lemeshow: para el modelo MPMN fue de 13,6 (p = 0,09) y para el modelo RISC II fue de 8,9 (p = 0,35). A la vista de los resultados obtenidos por los autores para el MPMN (estudio de validación) similares a los obtenidos por Belzunegui et al., en el estudio de derivación del modelo (con una ABC-COR de 0,93) y dado que el MPMN solo requiere 4 variables que son la edad, el RTS (Revised Trauma Score), el NISS y la comorbilidad, en lugar de las 13 necesarias para cumplimentar el RISC II, es posible que el MPMN pueda ser más fácil y útil en la práctica asistencial.

B. Ali et al. *Emergencias 2018;30:98-104*

Este número de EMERGENCIAS publica un excelente artículo especial que actualiza y revisa las urgencias relacionadas con el envenenamiento por mordedura de serpientes autóctonas en España

**De las trece especies autóctonas, solo cinco son venenosas y pueden suponer un riesgo para la vida del paciente.**

Las urgencias por envenenamiento tras mordeduras de serpientes ibéricas en España son poco frecuentes, pero potencialmente graves. Hay varias especies responsables de este cuadro (2 de colúbridos y 3 de vipéridos). La media anual es de 133 casos/año en España, con una mortalidad de 1,2 casos/año. Aunque se estima que la incidencia es mayor, sobre todo de casos que no acuden a centros sanitarios (por ser mordeduras de colúbridos no venenosos o las conocidas como "secas", aquellas en las que no se inocula veneno). A lo largo del artículo se describen: 1) Las características de estas urgencias (suelen ocurrir desde marzo hasta noviembre, en varones, población infantil y adultos jóvenes, la mayoría en las manos en el intento de captura de la serpiente, las mordeduras en cuello y cara son más graves y se suele llevar el animal al servicio de urgencias para intentar identificar la especie); 2) Los criterios de identificación del reptil (con el objetivo inicial de distinguir entre culebras y víboras); 3) Los grados de envenenamiento (según la reacción local y el edema, dolor, tipos de manifestaciones sistémicas, neurológicas y analíticas) que determinarán la necesidad de suero antiofídico; y 4) Las recomendaciones para la primera atención en el lugar de la mordedura y tras el traslado en el Centro Hospitalario.

C. Martín-Sierra et al. *Emergencias 2018;30:126-132*

La elevación de troponina en los pacientes sin dolor torácico (DT) atendidos en el servicio de urgencias hospitalario (SUH) determina un peor pronóstico al año. Estos pacientes constituyen un grupo heterogéneo de enfermos con mayor edad, mayor carga de comorbilidad y diagnósticos alternativos al síndrome coronario agudo.

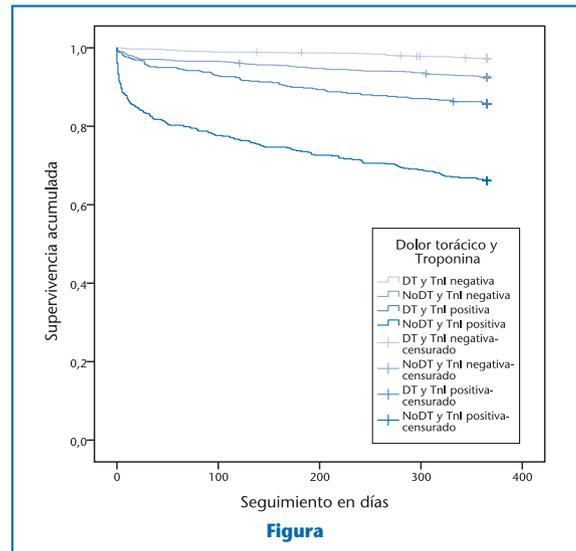
Novedoso artículo que analiza la implicación en el pronóstico de la ausencia de DT en pacientes a los que se había solicitado, al menos, una troponina I, y éstas resultaron elevadas. Un total de 3.629 pacientes quedaron distribuidos en 4 grupos: 1.- Con DT y troponina I no elevada (1.379 casos), 2.- Sin DT y con troponina I no elevada (1.196), 3.- Con DT y troponina I elevada (517) y, 4.- Sin DT y con Troponina I elevada (537).

En el análisis de supervivencia a los 12 meses, los pacientes con elevación de la Troponina I sin DT tuvieron mayor mortalidad (*log Rank test* < 0,001). En la figura se muestran las curvas de Kaplan-Meier para mortalidad a 12 meses en los 4 grupos.

En el análisis multivariado la ausencia de DT con elevación de troponina I demostró ser factor independiente de exceso de mortalidad con respecto a los otros tres grupos [hazard ratio con respecto al grupo con DT con troponina no elevada de 5,13 (IC 95%: 3,29-7,99), p < 0,001]. Se decidió el ingreso hospitalario en el 62,6% de los pacientes con ausencia de DT y troponina I elevada, en contraste con un ingreso del 80,1% entre los pacientes del grupo con DT y troponina I elevada. Por su parte, la mortalidad hospitalaria en el grupo con ausencia de DT y elevación de la troponina fue del 11,9%, significativamente superior a la de los otros tres grupos. Los autores concluyen su manuscrito afirmando que aquellos pacientes con elevación de la troponina en el SUH en ausencia de DT constituyen un grupo heterogéneo de pacientes de elevado riesgo y mayor mortalidad intrahospitalaria y a los 12 meses.

M. González-del-Hoyo, et al.

*Emergencias 2018;30:77-83*



La Escala de Incertidumbre ante la Enfermedad en el Servicio de Urgencias (ESINESU) podría ser una herramienta sencilla, válida y fiable para medir la incertidumbre de pacientes y acompañantes en los servicios de urgencias (SU) españoles

**El nivel de incertidumbre fue de 29 (DE 11) puntos en pacientes y 36 (DE 13 puntos) en acompañantes (en un rango de 12 a 60 puntos, de la menor a la mayor incertidumbre posible).**

Estudio de validación de la versión española de la ESINESU, a partir de la versión de 23 ítems de Mishel Uncertainty in Illness Scale-Community Form (MUIS-C) para los pacientes que acuden al SU. En primer lugar, se realizó la validación de contenido y, a continuación, la validación de la población de urgencias. Este estudio de validación se realizó en 320 sujetos adultos (160 pacientes y 160 acompañantes). La ESINESU constó de 12 ítems (160 puntos) y fue realizada por dos enfermeras. El análisis factorial confirmó, en las pruebas de validez de constructo, las dos dimensiones de la escala original (complejidad y ambigüedad), con 6 ítems en cada una de ellas. Dicho análisis factorial explicó un 60% de la varianza total, en la versión de la escala para pacientes, y un 67% en la versión para acompañantes. Los valores de fiabilidad obtenidos fueron buenos, alfa de Cronbach de 0,912-0,938 y procedimientos de dos mitades 0,901-0,933. La validación convergente también mostró correlaciones significativas.

P. Ruymán et al.

*Emergencias 2018;30:105-114*

La escala EAHFE-3D, que identifica a los pacientes diagnosticados de insuficiencia cardíaca aguda (ICA) con riesgo de muerte a los tres días de su llegada al servicio de urgencias (SU), ha sido validada en una cohorte externa

**Aunque en el presente estudio obtiene una buena capacidad predictiva, similar a la publicada por los autores originales, la calibración resulta limitada.**

Estudio de cohortes multipropósito que incluyó 717 pacientes con ICA de tres hospitales del País Vasco (Hospital de Galdakao-Usansolo, Hospital de Basurto y Hospital de Donostia). El intercepto  $\beta$  del modelo fue 0,5 (IC 95%: -2,7-3,7) y la pendiente  $\alpha$  fue de 1,3 (IC 95%: 0,4-2,2). El área bajo la curva (ABC) de la característica operativa del receptor (COR) fue de 0,76 (IC 95%: 0,58-0,94), similar a la obtenida inicialmente por Jacob et al. en la cohorte de validación, que fue de 0,76 (IC 95%: 0,70-0,82). Por todo ello, en opinión de los autores, se recomienda continuar con el proceso de validación antes de ser implementada en la práctica clínica.

S. García-Gutiérrez et al.

*Emergencias 2018;30:84-90*