

# Canadian Journal of Emergency Medicine

Revista oficial de la Canadian Association of Emergency Physicians

CJEM. 2019;29:1-9

## Análisis poblacional del efecto de un cambio integral y sistemático en un plan de asignación de recursos en los servicios médicos de emergencias en la mortalidad a las 24 horas

Tallon JM, Zheng L, Wei J, Dick W, Papadopoulos G, Djurdjev O

**Objetivo:** La planificación en la asignación de recursos en los servicios de emergencias médicas (SEM) determina los recursos adecuados, incluyendo la cualificación del paramédico y el tiempo de respuesta en la atención a los pacientes para obtener resultados óptimos. Los British Columbia Emergency Health Services llevaron a cabo un plan de respuesta revisado en 2013.

**Método:** Se utilizó un método de antes y después para evaluar el efecto de la revisión del plan de asignación de recursos en la mortalidad a las 24 horas. Se analizaron todos los casos de adultos con datos de resultados evaluables (obtenidos a través de vincular datos administrativos sanitarios provinciales). Se utilizó la regresión logística multivariable para ajustar las variaciones de otros factores asociados significativos. Se utilizó un análisis de series temporales interrumpidas para estimar cambios inmediatos en el nivel o la tendencia de resultado después del inicio de la implementación de un del plan revisado de asignación de recursos, mientras se controlaban simultáneamente por las tendencias preexistentes.

**Resultados:** La cohorte derivada incluyó 562.546 casos (abril de 2012 a marzo de 2015). Cuando se ajustó por edad, sexo, región urbana/metropolitana, estación, día, hora y determinante de respuesta, la probabilidad de morir en las primeras 24 horas desde la llamada al SEM fue un 7% menor en la cohorte del plan revisado de asignación de recursos posterior (OR = 0,936; IC 95%: 0,886-0,989;  $p = 0,018$ ). Un análisis de subgrupo de casos de riesgo vital inmediato demostró un efecto similar (OR = 0,890; IC del 95%: 0,808-0,981;  $p = 0,019$ ). Utilizando un análisis de series temporales, los cambios de descenso de la tendencia de mortalidad en las 24 horas de forma global y de los casos potencialmente graves fueron ambos estadísticamente significativos ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** Un cambio integral basado en la evidencia de un plan provincial de asignación de recursos en SEM es factible. A pesar de la variación en el nivel de respuesta del equipo y de la asignación de recursos, hubo un descenso significativo de la mortalidad en las primeras 24 horas de esta cohorte poblacional provincial. ■

CJEM. 2019;13:1-8. doi: 10.1017/cem.2019.432

## Examen de la relación entre la gravedad del triaje y la fragilidad para informar sobre la atención de los pacientes mayores en el servicio de urgencias: resultados de un gran estudio de cohorte multicéntrico canadiense

Mowbray F, Brousseau AA, Mercier E, Melady D, Émond M, Costa AP

**Objetivo:** La actualización del Canadian Triage and Acuity Scale en 2016 introdujo el despistaje de la fragilidad en el triaje para codificar más certeramente a los paciente frágiles que pueden deteriorarse durante la espera de atención. La relación entre la gravedad del triaje y la fragilidad no está bien establecida, pero ayudar a determinar qué valoraciones geriátricas suplementarias son beneficiosas para la atención en el servicio de urgencias (SU). Los objetivos fueron investigar la relación entre la gravedad del triaje y la fragilidad, y comparar sus asociaciones con una serie de resultados en los pacientes.

**Método:** Se llevó a cabo un análisis secundario de la cohorte canadiense de un estudio prospectivo multinacional. Se recogieron los datos de los pacientes de 75 o más años de 8 SU de Canadá entre noviembre 2009 y abril de 2012. La gravedad del triaje se asignó mediante el CTAS, mientras que la fragilidad se midió mediante el índice de fragilidad del SU. La correlación de Spearman y la regresión logística binaria se utilizaron para analizar las asociaciones.

**Resultados:** Se analizaron un total de 2.153 pacientes del SU. No se encontró asociación entre el CTAS y las puntuaciones del índice de fragilidad en el SU asignadas a los pacientes ( $r = 0,001$ ;  $p = 0,99$ ). El índice de fragilidad en el SU se asoció con el ingreso hospitalario (odds ratio [OR] = 1,5; intervalo de confianza [IC] del 95% = 1,4-1,6), el tiempo de estancia hospitalaria (OR = 1,4; IC95% = 1,2-1,6), la futura hospitalización (OR = 1,1; IC95% = 1,05-1,2) y la revisita al SU (OR = 1,1; IC95% = 1,04-1,2). El CTAS se asoció con el ingreso hospitalario (ej., CTAS 2 v. 5; OR = 6; IC95% = 3,3-11,4).

**Conclusiones:** Los resultados demuestran que la fragilidad y la gravedad del triaje son medidas independientes pero complementarias. Los SU pueden beneficiarse del despistaje de la fragilidad tras el triaje, ya que la fragilidad y sus síndromes geriátricos asociados conducen a resultados separados de las medidas tradicionales de gravedad. ■

