

African Journal of Emergency Medicine

Revista oficial de la African Federation for Emergency Medicine, la Botswana Society for Emergency Care, la Emergency Medicine Association of Tanzania, la Emergency Medicine Society of South Africa, la Ethiopian Society of Emergency Medicine Professionals y la Libyan Emergency Medicine Association

Afr J Emerg Med. 2021;11:356-360.

Retención de conocimientos y utilidad de los ejercicios de simulación para la medicina de catástrofes: ¿qué saben y piensan los alumnos de la especialidad?

Cowling L, Swartzberg K, Groenewald A

Introducción: La formación en medicina de catástrofes es una parte importante, pero a menudo descuidada, del plan de estudios de la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias (MUE). Se descuida especialmente en los entornos con recursos limitados, que, debido a la escasa infraestructura en general, tienen más probabilidades de verse afectados por las catástrofes que los entornos con más recursos. La medicina de catástrofes no puede enseñarse únicamente en un aula y se necesitan varios métodos para enseñar conceptos prácticos. Este estudio tiene como objetivo analizar la percepción de los alumnos de la especialidad de MUE sobre la simulación de alta fidelidad y sus necesidades en relación con la formación de la medicina de catástrofes.

Métodos: Se trata de un estudio prospectivo de cohorte transversal que incluyó 27 alumnos de la especialidad de MUE de la Universidad de Witwatersrand (Sudáfrica), que participaron en

un simulacro de alta fidelidad y recibieron un cuestionario antes y después del ejercicio. El cuestionario constaba de preguntas teóricas relacionadas con la medicina de catástrofes, así como de la percepción y las necesidades de los alumnos de la especialidad de MUE respecto a la formación en medicina de catástrofes.

Resultados: La simulación de alta fidelidad no aumenta los conocimientos teóricos de la medicina de catástrofes, pero sí la confianza percibida. Los alumnos de la especialidad de MUE buscan una formación anual, a partir de su primer año, y eligen la simulación de alta fidelidad como su método preferido de formación.

Conclusión: La simulación de alta fidelidad es crucial para aumentar la confianza de los residentes de la especialidad de MUE durante su formación. Se necesita más investigación para desarrollar competencias básicas y métodos de evaluación de la formación. ■

Afr J Emerg Med. 2021;11:379-384.

Jóvenes heridos por agresión en los servicios de urgencias de Khayelitsha, Sudáfrica: estudio prospectivo sobre la reincidencia y la mortalidad

Leeper SC, Patel MD, Lahri S, Beja-Glasser A, Reddy P, Martin IBK, et al.

Introducción: La violencia es una de las principales causas de muerte entre los jóvenes de todo el mundo. Las mayores tasas de mortalidad por violencia juvenil se dan en los países de renta media y baja (PRMB). Se buscó identificar los factores de riesgo de reincidencia en lesiones violentas y reincidencia de consulta en servicios de urgencias (SU) entre los jóvenes con una lesión por agresión en Sudáfrica.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio de seguimiento prospectivo de jóvenes con lesión por agresión y controles de 14 a 24 años de edad que se presentaron en el SU en Khayelitsha, Sudáfrica, de 2016 a 2018. Los factores sociodemográficos y conductuales se evaluaron mediante un cuestionario administrado durante la visita al SU. Los resultados principales fueron la revisita al SU por lesiones violentas o la muerte dentro de los 15 meses siguientes. Se utilizó una regresión logística multivariable para calcular las *odds ratio* (OR) ajustadas y los intervalos de confianza del 95% (CI) de las asociaciones entre las visitas al SU y los factores demográficos, sociales y conductuales clave entre los jóvenes con lesión por agresión.

Resultados: La muestra de nuestro estudio incluyó 320 pacientes con lesión por agresión y 185 controles no lesionados por agre-

sión. De los lesionados por agresión, un 80% eran hombres y la edad media fue de 20,8 años. Los jóvenes lesionados por agresión eran más propensos a tener una revisita al SU por lesión violenta (14%) en comparación con el grupo de control (3%). El grupo sin lesiones por agresión tuvo una tasa de mortalidad más alta (7% frente al 3%). Todas las muertes en el grupo de control se debieron a complicaciones relacionadas con el VIH o la tuberculosis en fase terminal. Los factores de riesgo más fuertes para la revisita al SU fueron la actividad delictiva previa (OR = 2,3; IC 95% = 1,1-5,1) y la inscripción actual en la escuela (OR = 2,1; IC 95% = 1,0-4,6). Aunque el grupo de heridos por agresión informó de tasas altas índice de embriaguez (73%) en la visita índice, no se encontró que esto fuera un factor de riesgo para la reincidencia al SU relacionada con la violencia.

Discusión: los resultados indican que los jóvenes con lesión por agresiones en un entorno de PRMB tienen un alto riesgo de reincidencia al SU y que varios factores sociodemográficos y de comportamiento están asociados a un mayor riesgo. Estos resultados pueden servir de base para programas de intervención específicos. ■



Annals of Emergency Medicine

Revista oficial del American College of Emergency Physicians de Estados Unidos

Ann Emerg Med. 2022;79:265-269

Infarto cerebral encubierto en pacientes del servicio de urgencias: prevalencia, correlatos clínicos y oportunidades de tratamiento

Balderston JR, Brown CK, Feeser VR, Gertz ZM

Objetivo: Los infartos cerebrales encubiertos son lesiones focales detectadas en imágenes cerebrales consistentes con isquemia en ausencia de una historia de accidente cerebrovascular manifiesto o disfunción neurológica. Los infartos cerebrales encubiertos se asocian a un mayor riesgo de ictus en el futuro. Se evaluó la prevalencia de los infartos cerebrales encubiertos en pacientes sometidos a tomografía computarizada (TC) en el servicio de urgencias, así como la respuesta del médico a los hallazgos.

Métodos: Se identificaron los pacientes de más de 50 años a los que se les realizó una TC craneal y fueron atendidos y dados de alta en nuestro servicio de urgencias entre enero y septiembre de 2018. Se excluyeron los pacientes con antecedentes de ictus, o con imágenes cerebrales previas con isquemia. Se recogieron los datos de los pacientes y la respuesta del clínico (notificación al paciente, derivación a neurología y modificación de factores de riesgo).

Resultados: Se incluyeron 832 pacientes, con una edad media de 62 años, y el 50% fueron mujeres. Los infartos cerebrales en-

cubiertos estaban presentes en el 11% de los pacientes. Solo un 9% de los pacientes con infartos cerebrales encubiertos fueron claramente conscientes del hallazgo. De los pacientes con infartos cerebrales encubiertos, el 27% ya tomaba aspirina y el 28% una estatina. Se añadió aspirina a 2 pacientes y no se inició la medicación con estatinas en ningún paciente. Se añadió o ajustó la medicación para la presión arterial en 2 pacientes con infartos cerebrales encubiertos. El 9% de los pacientes con infartos cerebrales encubiertos fueron consultados al servicio de neurología.

Conclusiones: La prevalencia de infartos cerebrales encubiertos en los pacientes mayores de 50 años que acudieron a urgencias y a los que se les realizó una TC craneal y posteriormente fueron dados de alta de urgencias fue del 11%. Solo el 9% de estos pacientes fueron informados del hallazgo, con una mínima intervención para la prevención del ictus en el momento de su visita. Debería considerarse la posibilidad de realizar intervenciones dirigidas a esta población. ■

Ann Emerg Med. 2022. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2021.11.031>

Impacto de la administración de antimicrobianos dirigida por el farmacéutico en la prescripción adecuada de antibióticos en el servicio de urgencias: revisión sistemática y un metanálisis

Kooda K, Canterbury E, Bellolio F

Objetivo: El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de la presencia del farmacéutico o de las intervenciones de administración antimicrobiana dirigidas por el farmacéutico en la prescripción adecuada de antibióticos en el servicio de urgencias.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática y un metanálisis siguiendo las directrices de Preferred Reporting Items for Systematic Reviews y MetaQ3 Analyses. Se incluyeron los estudios que describían el papel de los farmacéuticos y su asociación con la administración de antimicrobianos en el servicio de urgencias. El comparador para la intervención de los farmacéuticos fueron las horas sin presencia de un farmacéutico, la implementación del preprotocolo y el seguimiento del cultivo sin farmacéutico.

Resultados: En total, se incluyeron 24 estudios (9.984 pacientes) en la síntesis cualitativa, y 22 estudios (5.791 pacientes) tenían datos para el resultado principal y se incluyeron para la evaluación cuantitativa (metanálisis). La prescripción adecuada de antibióti-

cos fue más probable con la intervención del farmacéutico (22 estudios; *odds ratio* [OR], 3,47; intervalo de confianza [IC] del 95%: 2,39 a 5,03), en particular entre los pacientes con neumonía (5 estudios; OR, 3,74; IC 95%: 2,14 a 6,54) o con infección urinaria (4 estudios; OR, 1,76; IC 95%: 1,24 a 2,50). El tiempo hasta la revisión del cultivo fue similar con o sin la intervención del farmacéutico. El tiempo hasta el antibiótico apropiado fue más corto con la intervención del farmacéutico (diferencia de medias, 18,9 horas; IC del 95%: 11,9 a 25,9; $p < 0,001$). No hubo diferencias significativas en la revisita a urgencias por el mismo problema (10 estudios; OR, 0,65; IC 95%: 0,39 a 1,10).

Conclusión: La presencia del farmacéutico y las intervenciones de administración de antimicrobianos dirigidas por él parecen ser eficaces para la prescripción adecuada de antibióticos en pacientes adultos que acuden a los servicios de urgencias con una variedad de síndromes infecciosos. ■

Emergency Medicine Journal

Revista oficial del Royal College of Emergency Medical del Reino Unido

Emerg Med J. 2021;38:901-905

El oxígeno hiperbárico como tratamiento adyuvante para pacientes con COVID-19 e hipoxemia grave: ensayo controlado aleatorio

Cannellotto M, Duarte M, Keller G, Larrea R, Cunto E, Chediack V, et al.

Antecedentes: El tratamiento con oxígeno hiperbárico (O₂HB) se ha propuesto para tratar la hipoxemia y reducir la inflamación en la COVID-19. El objetivo fue analizar la eficacia y seguridad de la O₂HB en el tratamiento de la hipoxemia en pacientes con COVID-19 y evaluar el tiempo de corrección de la hipoxemia.

Métodos: Se trata de un ensayo controlado aleatorio multicéntrico y abierto realizado en Buenos Aires, Argentina, entre julio y noviembre de 2020. Los pacientes con COVID-19 e hipoxemia grave (SpO₂ ≤ 90% a pesar de la suplementación de oxígeno) fueron asignados a recibir tratamiento con O₂HB o el tratamiento estándar para los síntomas respiratorios durante 7 días. El tratamiento con O₂HB se planificó para ≥ 5 sesiones (1 /día) durante 90 minutos a 1,45 atmósferas absolutas (ATA). Los resultados fueron el tiempo para normalizar las necesidades de oxígeno hasta una SpO₂ ≥ 93%, la necesidad de asistencia respiratoria mecánica, el desarrollo de un síndrome de dificultad respiratoria aguda y la mortalidad en 30 días. Se estimó un tamaño de muestra de 80 pacientes, con un análisis intermedio

planificado después de determinar los resultados en el 50% de los pacientes.

Resultados: El ensayo se detuvo tras el análisis intermedio. Se aleatorizaron 40 pacientes, 20 en cada grupo, con una edad de 55,2 ± 9,2 años. Al ingreso, los síntomas frecuentes fueron disnea, fiebre y odinofagia; la SpO₂ era del 85,1% ± 4,3% para todo el grupo. Los pacientes del grupo de tratamiento recibieron una media de 6,2 ± 1,2 sesiones de O₂HB. El tiempo para corregir la hipoxemia fue más corto en el grupo de tratamiento frente al grupo de control; mediana de 3 días (IQR 1,0-4,5) frente a mediana de 9 días (IQR 5,5-12,5), respectivamente (p < 0,010). La OR para la recuperación de la hipoxemia en el grupo de O₂HB en el día 3 en comparación con el grupo de control fue de 23,2 (IC del 95%: 1,6 a 329,6; p = 0,001). El tratamiento no tuvo un efecto estadísticamente significativo sobre el síndrome de dificultad respiratoria aguda, la ventilación mecánica o la muerte en los 30 días posteriores al ingreso.

Conclusión: Los resultados apoyan la eficacia y la seguridad de la O₂HB en el tratamiento de la COVID-19 con hipoxemia grave. ■



Emerg Med J. 2022;39:30-36

Asociación entre los retrasos en el ingreso del paciente desde el servicio de urgencias y la mortalidad por todas las causas a los 30 días

Jones S, Moulton C, Swift S, Molyneux P, Black S, Mason N, et al.

Antecedentes: Se conoce que los retrasos en el ingreso oportuno desde los servicios de urgencias (SU) son perjudiciales para los pacientes.

Objetivo: Evaluar y cuantificar el incremento del riesgo de muerte resultante de los retrasos en el ingreso en los servicios de urgencias, utilizando los datos de las Estadísticas de Episodios Hospitalarios y de la Oficina de Estadísticas Nacionales de Inglaterra.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo y transversal de los pacientes ingresados desde cada urgencia de tipo 1 (mayor) en Inglaterra entre abril de 2016 y marzo de 2018. El resultado principal fue la muerte por todas las causas dentro de los 30 días del ingreso. La mortalidad observada se comparó con la mortalidad esperada, calculada mediante un modelo de regresión logística para ajustar el sexo, la edad, el grado de pobreza, las comorbilidades, la hora del día, el mes, las asistencias previas a urgencias/ingresos de urgencias y la saturación en el servicio en el momento de la asistencia.

Resultados: Entre abril de 2016 y marzo de 2018, 26.738.514 personas acudieron a un SU, con 7.472.480 hospitalizaciones rela-

cionadas con 5.249.891 pacientes individuales, que constituyeron el conjunto de datos del estudio. Un total de 433.962 muertes ocurrieron dentro de los 30 días. La frecuencia global de mortalidad bruta a los 30 días fue del 8,71% (IC 95%: 8,69% a 8,74%). Se encontró un aumento lineal estadísticamente significativo de la mortalidad desde las 5 horas después de la llegada al servicio de urgencias hasta las 12 horas (cuando cesó la recogida de datos precisos) (p < 0,001). El mayor cambio en la razón de mortalidad estandarizada a los 30 días fue un aumento del 8%, que se produjo en la cohorte de pacientes que esperaron en el servicio de urgencias más de 6 a 8 horas desde la hora de llegada.

Conclusiones: Los retrasos en el ingreso hospitalario de los pacientes que superan las 5 horas desde su llegada a urgencias se asocian a un aumento de la mortalidad por todas las causas a los 30 días. Entre 5 y 12 horas, los retrasos provocan un efecto dosis-respuesta predecible. Por cada 82 pacientes ingresados cuyo tiempo de traslado a la cama de hospitalización se retrasa más de 6 a 8 horas desde la llegada al SU, se produce una muerte adicional. ■

Canadian Journal of Emergency Medicine

Revista oficial de la Canadian Association of Emergency Physicians

CJEM. 2021; <https://doi.org/10.1007/s43678-021-00159-y>

Teleconsultas realizadas por paramédicos: un estudio de teoría fundamentada

Armour R, Helmer J, Tallon J

Objetivos: La evolución de los modelos angloamericanos de atención extrahospitalaria ha dado lugar al desarrollo de funciones alternativas para los paramédicos, incluidos los paramédicos avanzados que proporcionan teleconsultas a los paramédicos de primera línea. Tradicionalmente proporcionadas por los médicos, se sabe poco sobre cómo los paramédicos perciben las teleconsultas entre pares. Esta investigación tiene como objetivo explorar las percepciones de los paramédicos sobre las teleconsultas realizadas por paramédicos.

Métodos: Esta investigación empleó una metodología constructivista de teoría fundamentada. Se llevaron a cabo seis grupos focales con un muestreo intencional y teórico y los datos se analizaron mediante una codificación abierta y un análisis comparativo continuo.

Resultados: Treinta y tres paramédicos de la provincia Columbia Británica (Canadá) participaron en los grupos de discusión. Durante los grupos de discusión surgieron siete temas clave: la

percepción de las funciones y el estatus de los especialistas paramédicos y los médicos en la atención sanitaria, la influencia de las relaciones y la cultura en las consultas clínicas, los aspectos prácticos de la atención extrahospitalaria y la importancia de la experiencia vivida, la prestación de un asesoramiento clínico adecuado, la confianza y el respeto profesionales, la tutoría en la atención extrahospitalaria y la gobernanza clínica y los requisitos educativos. Esto condujo al desarrollo de la teoría fundamentada de que los paramédicos se apropian cada vez más de su profesión.

Conclusión: Los paramédicos informaron de una serie de áreas en las que las teleconsultas realizadas por paramédicos proporcionaron beneficios que no se observaron con el modelo tradicional de teleconsulta realizada por médicos. Los sistemas de salud de emergencia que ofrecen un modelo angloamericano de atención deben considerar los posibles beneficios de las teleconsultas realizadas por paramédicos. ■



CJEM. 2021; <https://doi.org/10.1007/s43678-021-00148->

Reducción de las pruebas de bajo valor en los servicios de urgencias mediante la formación costo-efectiva de los médicos y los cuadros de mando de auditoría y retroalimentación personalizados

Gandhi R, Lessard R, Landry S

Objetivos: La prestación de una asistencia sanitaria de escaso valor repercute en los pacientes, los recursos y la sostenibilidad general de la sanidad. En Canadá, se calcula que el 30% de las pruebas, tratamientos y procedimientos son innecesarios. Como principales responsables de la toma de decisiones, los médicos tienen una gran influencia en la utilización de la asistencia sanitaria. A pesar de los numerosos enfoques para reducir las pruebas de bajo valor, el éxito ha sido limitado. Las estrategias de auditoría y retroalimentación han demostrado tener efectos variables en el cambio de la práctica médica y a menudo no tienen en cuenta las necesidades de recursos. El objetivo de este estudio es evaluar un enfoque efectivo en cuanto a recursos para reducir las pruebas de bajo valor en el servicio de urgencias (SU) mediante la formación en línea y tarjetas de puntuación personalizadas de auditoría y retroalimentación para dos pruebas comunes en el SU.

Métodos: Se realizó un ensayo prospectivo de antes y después unicéntrico sobre la frecuencia de solicitudes de cultivos de orina y radiografías de parrilla costal de 31 médicos de urgencias en un hospital comunitario académico de Ottawa, Ontario (Canadá). El

estudio incluyó intervenciones formativas sobre las directrices de solicitudes adecuadas y tarjetas de puntuación personalizadas de auditoría y retroalimentación de 2019 a 2020.

Resultados: Hubo una reducción relativa del 36,9 y el 81,6% en las solicitudes de cultivos de orina y radiografías de parrilla costal, respectivamente, entre la intervención inicial y el periodo posterior (12 meses) a la tarjeta de puntuación ($p < 0,01$). La dispersión del grupo en las tasas de solicitudes durante el periodo posterior a la tarjeta de puntuación fue menor en comparación con la amplia dispersión en la línea de base. La tasa de visitas al SU de retorno para ambas pruebas no cambió. El análisis de los costes variables demostró un ahorro de 53.300 dólares por la reducción de las frecuencias de pruebas durante el periodo del estudio. El coste total del estudio fue de 15.000 dólares.

Interpretación: La combinación de la formación en línea y las tarjetas de puntuación de auditoría y retroalimentación personalizadas puede presentar un enfoque efectivo en cuanto a recursos para cambiar la práctica de los médicos y reducir las pruebas de bajo valor en el SU. Se necesitan más estudios para examinar este enfoque en otros servicios y temas clínicos en Canadá. ■

Hong Kong Journal of Emergency Medicine

Revista oficial del Hong Kong College Emergency Medicine y The Hong Kong Society for Emergency Medicine and Surgery

Hong Kong J Emerg Med. 2020. doi:10.1177/1024907920966530

¿Cómo tratar a los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda? Oxigenoterapia convencional frente a cánula nasal de alto flujo en urgencias

Gedikloglu M, Gulen M, Satar S, Icen YK, Avci A, Yesiloglu O, et al.

Introducción: Investigar si la oxigenoterapia con cánula nasal de alto flujo podría reducir la frecuencia de intubación endotraqueal y mejorar los valores de la gasometría arterial, los signos vitales y los resultados clínicos de los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica en comparación con la oxigenoterapia convencional sola.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que se realizó en el periodo de 15 meses e incluyó a pacientes adultos con taquipnea e hipoxemia, cuyas constantes vitales y gasometría arterial fueron monitorizadas. El grupo de oxígeno con cánula nasal de alto flujo estaba formado por pacientes ingresados en el servicio de urgencias con insuficiencia respiratoria aguda cuando el tratamiento con cánula nasal de alto flujo estaba disponible en el hospital, mientras que el grupo de oxigenoterapia convencional estaba formado por pacientes que se habían presentado en el servicio de urgencias con insuficiencia respiratoria aguda en ausencia del dispositivo de oxígeno con cánula nasal de alto flujo en el hospital. El resultado principal fue la mejora de las constantes vitales y de los valores de la gasometría arterial durante la primera y la cuarta hora del tratamiento. El resultado secundario fue la necesidad de intubación en el servicio de urgencias, la duración de la estancia hospitalaria y la mortalidad hospitalaria.

Resultados: La disminución del pulso y la frecuencia respiratoria

del grupo tratado con cánula nasal de alto flujo de oxígeno fue significativamente mayor que la del grupo de oxigenoterapia convencional en la primera y cuarta horas de tratamiento ($p < 0,001$). Los valores de PaO_2 fueron significativamente mayores en el grupo tratado con cánula nasal de alto flujo de oxígeno en la primera y cuarta horas de tratamiento ($p \leq 0,001$). Asimismo, los valores medios de SaO_2 de los pacientes que recibieron tratamiento con cánula nasal de alto flujo de oxígeno fueron significativamente mayores que la de los pacientes del grupo de oxigenoterapia convencional ($p = 0,006$ a la primera hora y $p < 0,001$ a la cuarta hora). En los pacientes hipercápnicos, la disminución de la PaCO_2 y el aumento de los valores de pH y PaO_2 fueron significativamente mayores en el grupo de oxígeno de cánula nasal de alto flujo ($p < 0,001$). La diferencia entre los grupos respecto a la necesidad de ventilación mecánica invasiva no fue estadísticamente significativa ($p = 0,179$).

Conclusiones: El tratamiento con cánula nasal de alto flujo de oxígeno se ha asociado a efectos favorables en las constantes vitales y los valores de la gasometría arterial en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda. El oxígeno por cánula nasal de alto flujo podría considerarse el tratamiento de primera línea para los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica o hipercápnica. ■

Hong Kong J Emerg Med. 2020. doi:10.1177/1024907920910623

Precisión del péptido natriurético tipo B en una población asiática multiétnica con disnea aguda

Yeganeh M, Jaweed SS, Woei KSS, Zakaria MI bin, Loch A

Introducción: Los puntos de corte óptimos del péptido natriurético tipo B (BNP) para el diagnóstico de la insuficiencia cardiaca difieren según el origen étnico. No existen datos para los pacientes del sudeste asiático. El objetivo fue definir los puntos de corte óptimos y el efecto del péptido natriurético tipo B como predictor de la insuficiencia cardiaca en la población multiétnica del sudeste asiático.

Métodos: Se midió el péptido natriurético tipo B [panel SOB (Biosite®)] a pie de cama en pacientes (> 50 años) que presentaban disnea. Los médicos de urgencias (enmascarados al resultado del péptido natriurético tipo B) evaluaron la probabilidad de insuficiencia cardiaca aguda en una escala del 0% al 100%. El diagnóstico de insuficiencia cardiaca fue adjudicado por dos cardiólogos.

Resultados: En total, el 43% ($n = 87$) de los 203 pacientes disneicos (54,7% varones, 45,3% mujeres) tenía un diagnóstico final de insuficiencia cardiaca aguda. Los valores de péptido natriurético tipo B oscilaron entre 3,2 y 4960 pg/mL (mediana, 189 pg/mL). La mediana de los valores de péptido natriurético tipo B de los pacientes con el diagnóstico final de "insuficiencia cardiaca agu-

da", "sin insuficiencia cardiaca aguda pero con antecedentes de insuficiencia cardiaca" y "sin insuficiencia cardiaca" fue de 600, 301 y 68 pg/mL, respectivamente. El punto de corte óptimo fue de 186 pg/mL. La curva COR de la evaluación del médico de urgencias sobre la probabilidad de insuficiencia cardiaca basada en la evaluación clínica tuvo un área bajo la curva del 85% (intervalo de confianza del 95%: 80%-90%). La combinación de las curvas COR de la evaluación del médico y de los valores del péptido natriurético tipo B dio lugar a un área bajo la curva del 96% (intervalo de confianza del 95%: 93%-98%). Las concentraciones de péptido natriurético tipo B inferiores a 100 pg/mL fueron el factor predictivo más potente de la insuficiencia cardiaca (*odds ratio*: 26,36; intervalo de confianza: 6,85-101,41), seguido de la desviación del lóbulo superior y la cardiomegalia.

Conclusión: La precisión del péptido natriurético tipo B a pie de cama fue válida en una población asiática multiétnica. El punto de corte óptimo es 186 pg/mL. Un péptido natriurético tipo B > 100 pg/mL es el factor predictivo independiente más potente de insuficiencia cardiaca. ■

