

## 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.* 2019;9:180-4

### **La carga asistencial del síndrome coronario agudo, la insuficiencia cardiaca y el accidente cerebrovascular en los ingresos de un servicio de urgencias en Tanzania: un estudio observacional retrospectivo**

Hertz JT, Sakita FM, Limkakeng AT, Mmbaga BT, Appiah LT, Bartlett JA, Galson SW, *et al.*

**Objetivos:** La prevalencia de enfermedades cardiovasculares en el África Subsahariana es importante y creciente. Queda mucho por aprender sobre la carga asistencial relativa del síndrome coronario agudo (SCA), la insuficiencia cardiaca y el accidente cerebrovascular en los servicios de urgencias (SU) y en los ingresos hospitalarios.

**Métodos:** Se realizó una revisión retrospectiva de los ingresos desde septiembre de 2017 hasta marzo de 2018 en el SU de un hospital de tercer nivel en el norte de Tanzania. El volumen de ingreso por accidente cerebrovascular se comparó con los datos publicados previamente del mismo hospital y se ajustó por el crecimiento de la población.

**Resultados:** De 2.418 ingresos de adultos, la insuficiencia cardiaca y el accidente cerebrovascular fueron los dos diagnósticos de ingreso más comunes, representando 294 (12,2%) y 204 (8,4%) ingresos, respectivamente. El SCA fue poco frecuente, represen-

tando 9 (0,3%) de los ingresos. De los pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca, la hipertensión no controlada fue la etiología más comúnmente identificada, documentada en 124 (42,2%) casos. La cardiopatía isquémica se documentó como la etiología en solo 1 (0,3%) caso. Ajustando por el crecimiento de la población, el volumen anual de ingresos por accidente cerebrovascular aumentó 70 veces en 43 años, de 2,9 ingresos por 100.000 habitantes en 1974 a 202,2 ingresos por 100.000 en 2017.

**Conclusiones:** La carga de insuficiencia cardiaca y accidente cerebrovascular en los ingresos hospitalarios en Tanzania es considerable y el volumen de ingresos por accidente cerebrovascular está aumentando precipitadamente. El SCA es un diagnóstico poco frecuente y la distribución de los fenotipos de enfermedades cardiovasculares en Tanzania difiere de lo que se ha observado fuera de África. Se necesita más investigación para determinar las razones de estas diferencias. ■

*Afr J Emerg Med.* 2019;9:172-6

### **El triaje realizado por personal no profesional con formación en emergencias reduce la mortalidad pediátrica en un servicio de urgencias de un hospital rural en el norte de Mozambique**

Dekker-Boersema J, Hector J, Jefferys LF, Binamo C, Camilo D, Muganga G, *et al.*

**Objetivos:** La mayoría de las muertes de las urgencias pediátricas en los países africanos ocurre dentro de las primeras 24 horas de ingreso. En países con altos recursos económicos, se ha implementado ampliamente un sistema de triaje por colores y la Organización Mundial de la Salud recomienda evaluación y tratamiento en el triaje en urgencias, pero no se pone en práctica en Mozambique. Se implementó un sistema de triaje de tres colores en un hospital rural con trabajadores no profesionales que llevaban a cabo el primer triaje.

**Métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo, antes y después, de la mortalidad utilizando las historias de los pacientes del hospital del distrito entre 2014 y 2017. El sistema de clasificación se implementó en agosto de 2016. Los criterios de inclusión fueron niños menores de 15 años que acudieron al servicio de urgencias. La variable principal de resultado fue la tasa de mortalidad infantil. Las variables secundarias de resultado incluyeron el porcentaje de concordancia entre el personal clínico y no clínico y la duración del triaje hasta el primer tratamiento. Se utilizó un modelo binomial negativo con STATA 15 para comparar las tasas de mortalidad y el esta-

dístico Kappa para estimar la concordancia entre el personal clínico y no clínico.

**Resultados:** Se incluyeron 4.176 ingresos. La tasa de mortalidad (MRR) fue un 45% más baja después del inicio de la intervención (2016; MRR = 0,55; 0,38 a 0,81;  $p = 0,002$ ), en comparación con el procedimiento previo. Para estimar la concordancia entre el personal clínico y no clínico, se incluyeron 548 (de los 671) registros de pacientes. La concordancia se estimó en un 88,7% (Kappa = 0,644;  $p < 0,001$ ). La mediana del tiempo de espera disminuyó con el nivel de urgencia del triaje: 2h33 para 'verde'/menos grave (RIC 1h58-3h30), 21min para amarillo/grave (RIC 0h10-0h58) y nueve minutos para 'rojo'/urgente (RIC 2-40 min).

**Conclusión:** En un entorno rural con atención clínica dirigida por enfermeros y personal no clínico que trabaja en la recepción del triaje, fue factible la implementación de un sistema de clasificación de tres colores. La formación de triaje y la evaluación y tratamiento en el triaje se asociaron con una disminución de un 45% de las muertes pediátricas. El impacto en la mortalidad, el bajo coste y la facilidad de la implementación respalda llevar a cabo esta intervención en entornos similares. ■



# Annals of Emergency Medicine

Revista oficial del American College of Emergency Physicians de Estados Unidos

*Ann Emerg Med.* 2020. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2019.11.022>

## Mortalidad a un año y factores asociados en pacientes que reciben naloxona fuera del hospital por una sospecha de sobredosis de opioides

Ashburn NP, Ryder CW, Ryan MA, Snaveley AC, Nelson RD, Bozeman WP, *et al.*

**Objetivo:** La naloxona extrahospitalaria ha sido defendida como una solución que salva vidas en la epidemia de opioides. Sin embargo, se desconocen los resultados a largo plazo de los casos que reciben de naloxona fuera del hospital. Los objetivos de este estudio son describir la mortalidad a 1 año de las presuntas víctimas de sobredosis de opioides identificadas al recibir naloxona fuera del hospital y determinar qué factores del paciente están asociados con la mortalidad posterior.

**Métodos:** Se trata de un estudio de cohorte regional retrospectivo de registros extrahospitalarios de 7 condados de Carolina del Norte desde el 1 de enero de 2015 hasta el 28 de febrero de 2017. Se incluyeron pacientes que recibieron naloxona extrahospitalaria. Los profesionales extrahospitalarios evaluaron subjetivamente la mejoría de los pacientes después de administrar naloxona. Se comparó el índice de mortalidad de Carolina del Norte con la de los que recibieron la naloxona para examinar la mortalidad en los días 0, 1, 30 y 365. La mortalidad de los que recibieron naloxona se comparó con la tasa de mortalidad de la población general ajustada por edad en 2017. Se utilizaron ecuaciones de estimación generalizadas y modelos de riesgos proporcionales de Cox para evaluar los factores asociados con la mortalidad.

**Resultados:** De las 3.085 atenciones extrahospitalarias con naloxona, un 72,7% de los pacientes (n = 2.244) mejoró, mientras que un 27,3% (n = 841) no obtuvo mejoría con la naloxona. En el día 365, falleció un 12,0% (n = 269) del subgrupo con mejoría, un 22,6% (n = 190) del subgrupo sin mejoría y un 14,9% (n = 459) de toda la población. Tras ajustar por la edad de la población general para coincidir con la población de estudio, los que mejoraron tras recibir tratamiento con naloxona tuvieron 13,2 veces (intervalo de confianza del 95% 13,0 a 13,3) más probabilidades de fallecer al año que la población general. La raza negra y la edad avanzada se asociaron con la mortalidad a 1 año, mientras que no lo hicieron el sexo y las sobredosis múltiples.

**Conclusión:** La sobredosis de opioides identificada al recibir naloxona extrahospitalaria con mejoría clínica conlleva un aumento de 13 veces más en la mortalidad en comparación con la población general. Esto indica que se trata de una población de alto riesgo que merece la atención de los profesionales de salud pública, los responsables políticos y los sanitarios para desarrollar soluciones a largo plazo. ■

*Ann Emerg Med.* 2020. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2020.01.019>

## Capacidad limitada de tres elementos de evaluación de los conocimientos en cuidados de la salud para identificar adultos en el servicio de urgencias de habla inglesa y española con bajos conocimientos en salud

Merchant RC, Marks SJ, Clark MA, Carey MP, Liu T

**Objetivos:** Se necesitan herramientas para la evaluación de conocimientos en cuidados de la salud breves, fáciles de manejar y válidas para optimizar la prestación de la atención médica en el ámbito de la medicina de urgencias y emergencias. Se han propuesto tres elementos de evaluación de los conocimientos en cuidados de la salud para evaluar dichos conocimientos en entornos ambulatorios. Se investigó su capacidad para identificar a pacientes adultos de habla inglesa y española con bajos conocimientos en cuidados de la salud en el servicio de urgencias (SU).

**Métodos:** Los participantes fueron pacientes adultos de habla hispana o inglesa seleccionados al azar entre 4 SU, distribuidos geográficamente, americanos, urbanos y con redes de seguridad. Los participantes completaron los 3 ítems de evaluación de conocimientos en cuidados de la salud, así como la Short Assessment of Health Literacy–Spanish and English (SAHL-S&E). Se estimaron las características de rendimiento de la prueba, incluyendo el área bajo la curva COR (característica operativa del receptor), de los 3 elementos de despistaje de conocimientos en cuidados de la salud, en comparación con el SAHL-S & E.

**Resultados:** Según el SAHL-S & E, un 36% de los 1.165 angloparlantes y un 35% de los 1.605 hispanohablantes tenían un nivel más bajo en conocimientos para el cuidado de la salud. Las áreas bajo la curva COR para cada elemento de cribado de conocimientos en cuidados de la salud individualmente fueron: la necesidad de otros para ayudar a leer los documentos (inglés 0,59, intervalo de confianza del 95% [IC] 0,56 a 0,62; español 0,58, IC del 95% 0,56 a 0,61), los problemas de aprendizaje debido a la dificultad de lectura (inglés 0,63, IC 95% 0,60 a 0,66; español 0,59, IC 95% 0,56 a 0,62) y la confianza al completar formularios (inglés 0,62, IC 95% 0,59 a 0,65; español 0,60, IC 95% 0,57 a 0,63). Las áreas bajo la curva COR para los 3 ítems de detección combinados fueron: inglés 0,66 (IC 95% 0,63 a 0,70) y español 0,62 (IC 95% 0,59 a 0,64).

**Conclusiones:** Los 3 ítems de cribado para conocimientos en cuidados de la salud tuvieron un escaso rendimiento en la identificación de pacientes adultos con un menor conocimiento para el cuidado de la salud en el SU. Se necesitan medidas de detección de mayor validez para atender mejor las necesidades de atención médica de esta población vulnerable en el entorno de los SU. ■

# Canadian Journal of Emergency Medicine

Revista oficial de la Canadian Association of Emergency Physicians

CJEM. 2020;22:321-330

## Resultado de las visitas de salud mental a los servicios de urgencias pediátricas: incidencia y momento del suicidio

Lee J, Black T, Meckler G, Doan Q

**Objetivos:** Determinar la incidencia, el riesgo y el momento de la mortalidad (causas naturales y no naturales) entre los jóvenes atendidos en un servicio de urgencias pediátricas (SUP) por problemas de salud mental, en comparación con los controles emparejados del SUP sin problemas de salud mental.

**Método:** Se trata de un estudio de cohorte retrospectivo realizado en un SUP de nivel cuatro en la Columbia Británica. Todas las consultas relacionadas con salud mental se emparejaron, por edad, sexo, nivel de gravedad del triaje, situación socioeconómica y año de la visita, con las visitas controles sin problemas de salud mental entre el 1 de julio de 2005 y el 30 de junio de 2015. Los resultados de mortalidad se obtuvieron a partir de los datos de las estadísticas vitales hasta el 31 de diciembre de 2016 (seguimiento acumulado de 74.390 años-persona).

**Resultados:** De todos los casos en nuestro estudio, que incluye 6.210 jóvenes vistos por problemas de salud mental y 6.210 controles emparejados, un total de 13 fallecieron por suicidio (7,5/100.000 personas-año) y 33 fallecieron por suicidio o causas

indeterminadas (44/100.000 personas-años). La mortalidad por todas las causas fue significativamente menor en el grupo que consultaba por problemas de salud mental (121,3/100.000 v. 214,5/100.000 persona-año; hazard ratio [HR], 0,54; intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,37-0,78). La mediana del tiempo desde la visita a urgencias hasta el suicidio fue de 5,2 años (rango intercuartílico, 4,2-7,3). Entre las visitas relacionadas con la salud mental, el riesgo de muerte por suicidio o causa indeterminada fue tres veces mayor que el de los controles emparejados (HR 3,05, IC del 95%, 1,37-6,77).

**Conclusiones:** Si bien los jóvenes que buscan atención mental en urgencias tienen un mayor riesgo de muerte por causas no naturales, su riesgo general de mortalidad es menor que los controles sin causa mental. El tiempo prolongado desde la atención inicial hasta el suicidio destaca la necesidad de vigilancia a largo plazo y atención preventiva para los jóvenes atendidos en el servicio de urgencias para todas las consultas de salud mental. ■

CJEM. 2020;22:379-85

## Los indicadores de Twitter complementan las valoraciones de las conferencias tradicionales en la evaluación de la transmisión de conocimiento de un congreso nacional de Medicina de Urgencias y Emergencias

Yiu S, Dewhirst S, Jalali A, Lee AC, Frank JR

**Objetivos:** Los congresos están diseñados para difundir el conocimiento, pero las evaluaciones tradicionales de las conferencias son inadecuadas. Nos faltan estudios que exploren indicadores alternativos a los tradicionales. Se determinó cómo rendían las medidas de las evaluaciones tradicionales y de Twitter realizadas utilizando datos de un Congreso de la Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP).

**Métodos:** Se realizó un diseño retrospectivo para comparar las publicaciones en redes sociales y las evaluaciones tradicionales con el congreso anual de la especialidad. Se consideró una publicación ("tuit") en la plataforma de redes sociales Twitter si se asociaba a una sesión. Se diferenció entre los tuits originales y de discusión de los re-tuits. Se ponderaron los números de tuits y re-tuits para crear un nuevo índice de discusión de Twitter. Se extrajo la puntuación del ponente de la valoración de la conferencia. Se realizaron estadísticas descriptivas y un análisis de correlación.

**Resultados:** De un total de 3.804 tuits, 2.218 (58,3%) fueron específicos de la sesión. El 48% de todas las sesiones recibieron

tuits (media = 11,7 tuits; IC del 95% de 0 a 57,5; rango, 0-401), con una puntuación mediana en el índice de discusión de Twitter de 8 (rango intercuartílico, 0 a 27). En las 111 presentaciones estándar, 85 tenían medidas de evaluación tradicionales y 71 recibieron tuits ( $p > 0,05$ ), mientras que 57 recibieron ambas. Veinte (20 de 71; 28%) posters moderados y 44% (40 de 92) póster o comunicaciones orales recibieron tuits sin medidas de evaluación tradicionales. No encontramos una correlación significativa entre el índice de discusión de Twitter y las métricas de evaluación tradicionales ( $R = 0,087$ ).

**Conclusiones:** No se encontró correlación entre las medidas de evaluación tradicionales y las de Twitter. Sin embargo, en muchas sesiones con y sin medidas de evaluación tradicionales, la audiencia creó tuits a tiempo real para difundir la información. Los futuros organizadores de los congresos podrían usar las medidas de Twitter como complemento a las medidas de evaluación tradicional para valorar la transmisión y difusión del conocimiento. ■



# Emergency Medicine Journal

Revista oficial del Royal College of Emergency Medical del Reino Unido

*Emerg Med J.* 2020;37:232-9

## Metanálisis sobre el rendimiento de la escala de puntuación MEDS en la predicción de la mortalidad en los pacientes de urgencias con sospecha de infección

Zhang G, Zhang K, Zheng X, Cui W, Hong Y, Zhang Z

**Objetivos:** Realizar un metanálisis para evaluar el rendimiento pronóstico de la escala de puntuación Mortality in Emergency Department Sepsis (MEDS) en la predicción de la mortalidad en los pacientes con sospecha de infección en el servicio de urgencias.

**Métodos:** Se realizaron búsquedas en las bases de datos electrónicas (PubMed, Embase, Scopus, EBSCO y la Biblioteca Cochrane) para los respectivos artículos elegibles desde el inicio hasta febrero de 2019. Se calculó la sensibilidad, la especificidad, las razones de probabilidad y el área bajo la curva. Se realizaron análisis de subgrupos para explorar el rendimiento pronóstico del MEDS en poblaciones seleccionadas.

**Resultados:** Se identificaron 24 estudios con 21.246 participantes. La sensibilidad combinada del MEDS para predecir la mor-

talidad fue del 79% (IC del 95%: 72% a 84%); la especificidad fue del 74% (IC del 95%: 68% a 80%); la razón de probabilidad positiva 3,07 (IC 95% 2,47 a 3,82); la razón de probabilidad negativa 0,29 (IC 95% 0,22 a 0,37) y área bajo la curva 0,83 (IC 95% 0,80 a 0,86). Se observó heterogeneidad significativa entre los estudios incluidos. Los análisis de metarregresión mostraron que el momento en el que se midió la escala de puntuación MEDS y el valor del punto de corte utilizado fueron importantes fuentes de heterogeneidad.

**Conclusiones:** La escala de puntuación MEDS tiene una precisión moderada en la predicción de mortalidad en los pacientes de urgencias con sospecha de infección. Es necesario realizar un estudio de comparación entre el MEDS y qSOFA en la misma población. ■

*Emerg Med J.* 2020;37:363-9

## Capacidad pronóstico del criterio Quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA) con lactato para la mortalidad en adultos con sospecha de infección bacteriana en el servicio de urgencias de un hospital con recursos limitados

Sinto R, Suwanto S, Lie KC, Harimurti K, Widodo D, Pohan HT

**Introducción:** El uso rutinario de la escala de puntuación Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) para pronosticar a los pacientes con sepsis es un reto por la necesidad de realizar numerosas pruebas de laboratorio. La capacidad pronóstica del quick SOFA (qSOFA), con o sin valores de lactato, no se ha investigado en países con recursos económicos bajos y medios. Se evaluó el rendimiento de los criterios pronóstico simplificados utilizando qSOFA con lactato en el servicio de urgencias de un hospital con recursos limitados, en comparación con los criterios pronóstico del SOFA y los criterios de despistaje del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS).

**Métodos:** Se realizó un estudio de cohorte prospectivo en pacientes adultos con sospecha de infección bacteriana que acudieron al servicio de urgencias del Hospital Nacional de Referencia de Indonesia entre marzo y diciembre de 2017. Se recogieron las variables pronóstico de sepsis y los criterios de despistaje así como la concentración de lactato venoso en el momento de la inclusión. Se realizó un seguimiento de los pacientes

hasta el alta hospitalaria o la muerte. La capacidad pronóstico se midió utilizando el área bajo la curva (AUC) de la característica operativa del receptor (COR) de cada criterio en la predicción de mortalidad hospitalaria.

**Resultados:** Se evaluaron 3.026 pacientes de los cuales 1.213 cumplieron los criterios de inclusión. El AUC de la COR de los criterios de qSOFA con lactato fue de 0,74 (IC del 95%: 0,71 a 0,77). El AUC de la COR de qSOFA con lactato no fue significativamente diferente de la puntuación SOFA (0,75; IC del 95%: 0,72 a 0,78;  $p = 0,462$ ). El AUC de la COR del qSOFA con lactato fue significativamente mayor que qSOFA (0,70, IC del 95%: 0,67 a 0,74;  $p = 0,006$ ) y los criterios SIRS (0,57, IC del 95%: 0,54 a 0,60;  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** La capacidad pronóstico de los criterios de qSOFA con lactato es tan buena como la escala de puntuación SOFA en el servicio de urgencias de un hospital con recursos limitados. El rendimiento de los criterios qSOFA es significativamente menor que los criterios qSOFA con lactato y la escala de puntuación SOFA. ■



# 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;27:3-7*

## Expresión del antígeno leucocitario humano DR en sangre periférica y su importancia clínica en los pacientes con parada cardiaca

Zhang J, Wang Y, Gu W

**Introducción:** En la fase precoz del retorno a la circulación espontánea (siglas en inglés ROSC: *return of spontaneous circulation*), el organismo puede mostrar inmunosupresión grave, así como una activación excesiva de la respuesta inflamatoria. Esto es muy similar a la sepsis en muchos aspectos.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio fue observar los cambios en la expresión temprana del antígeno leucocitario humano DR en pacientes con parada cardiaca, para investigar la importancia clínica de la evaluación del sistema inmune relacionado, así como la predicción del pronóstico.

**Métodos:** Se seleccionaron un total de 43 pacientes con parada cardiaca que fueron tratados en el servicio de urgencias del Hospital Beijing Chaoyang desde enero de 2015 hasta febrero de 2018. Considerando la tasa de supervivencia en el día 28 de ingreso como el final de la observación, los pacientes se dividieron en grupo de supervivientes y grupo de fallecidos. Se analizaron los

cambios en las puntuaciones APACHE-II y los niveles de antígeno leucocitario humano DR en el primer, segundo y tercer día tras el ingreso.

**Resultados:** En el primer, segundo y tercer día después de la llegada, los pacientes con parada cardiaca muestran niveles significativamente menores de antígeno de leucocitos humanos DR, que son obviamente más bajos en el grupo de fallecidos que en el grupo de supervivientes. Además, los niveles del antígeno leucocitario humano DR se correlacionaron negativamente de forma significativa con las puntuaciones APACHE-II.

**Conclusión:** La expresión del antígeno de leucocitos humanos DR ha demostrado ser un indicador ideal para evaluar la función inmune y el pronóstico de los pacientes con parada cardiaca. Una expresión constantemente baja del antígeno leucocitario humano DR indica una función inmune deteriorada y un aumento de la mortalidad de los pacientes. ■

*Hong Kong J Emerg Med. 2020;27:30-8*

## Aplicación de la escala HEART pathway y la escala EDACS-ADP (Emergency Department Assessment of Chest Pain Score–Accelerated Diagnostic Protocol) en un servicio de urgencias local de Hong Kong: estudio prospectivo de validación externa

Yang SM, Chan CH, Chan TN

**Introducción:** El protocolo convencional de dolor torácico que utiliza las escalas de puntuación de trombolisis en el infarto de miocardio, como herramienta para la estratificación de riesgo, puede no ser útil en el servicio de urgencias donde existe una mezcla de pacientes de bajo y alto riesgo. Se ha encontrado que las escalas de puntuación de dolor torácico más recientes, como la HEART pathway y la Emergency Department Assessment of Chest Pain Score–Accelerated Diagnostic Protocol (EDACS-ADP) tienen alta sensibilidad con buena especificidad.

**Objetivo:** Este estudio tiene como objetivo validar y comparar dos escalas de puntuación para el dolor torácico: HEART pathway y EDACS-ADP en un servicio de urgencias de un hospital local en Hong Kong.

**Método:** Se realizó un estudio de cohorte prospectivo en el servicio de urgencias del Hospital Kwong Wah en Hong Kong del 1 de junio de 2016 al 31 de mayo de 2017. Se incluyeron pacientes de edad igual o mayor de 18 años con dolor torácico de 5 minutos o

más de duración que se mantuvieron en observación por protocolo de dolor torácico en la sala de observación.

**Resultados:** Se reclutaron un total de 238 pacientes; de los cuales 231 completaron el seguimiento. Cinco pacientes tuvieron eventos cardíacos adversos mayores a los 30 días de seguimiento. La sensibilidad, especificidad y valor predictivo negativo de la escala HEART pathway y EDACS-ADP fueron: 100%, 74,3%, 100% y 100%, 73,5% y 100%, respectivamente. Ambas escalas de puntuación tuvieron casi el mismo rendimiento en términos de eventos cardíacos adversos mayores a los 30 días (área bajo la curva = 0,87).

**Conclusión:** El estudio mostró que tanto la escala EDACS-ADP (modificada) como la HEART pathway tuvieron una alta sensibilidad (~ 100%) para detectar eventos cardíacos adversos mayores a los 30 días, permitiendo dar de alta a más de un 70% de los pacientes como bajo riesgo para alta precoz. ■

