

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. 2024;14:527-533

Desarrollo de la política sanitaria de medicina urgencias y emergencias en Kenia: un marco para el desarrollo de políticas

Siegel Z, Swanson T, Nyagaki E, Aluisio AR, Wachira BW

Introducción y objetivos: La política sanitaria de la Medicina de Urgencias y Emergencias (MUE) de Kenia 2020-2030 se creó para guiar el avance de la atención de la MUE en todo el país. Este informe describe y mapea el proceso de desarrollo de la política sanitaria de MUE en curso en los 47 condados de Kenia, sirviendo como un ejemplo real de desarrollo de la política sanitaria de MUE dentro de un sistema sanitario descentralizado en un país de ingresos bajos o medios (PIBM).

Métodos: Este informe evalúa el desarrollo de políticas sanitarias de MUE específicas de cada condado utilizando las seis etapas de desarrollo de políticas del Instituto de Investigación y Análisis de Políticas Públicas de Kenia (*Kenya Institute for Public Policy Research and Analysis*, KIPPR): 1) identificación del problema, 2) establecimiento de la agenda, 3) diseño de la política, 4) aprobación, 5) aplicación, y 6) seguimiento y evaluación. Se utilizaron las actas de las reuniones, las actas de los talleres y los documentos preliminares y finales de las políticas sanitarias de MUE para analizar el proceso de desarrollo de las políticas y proporcionar una instantánea de la situación actual de las políticas sanitarias de MUE por condado.

Resultados: En agosto de 2024, 23 condados han participado en el desarrollo de políticas sanitarias de MUE. Trece han finalizado y

están aplicando sus políticas sanitarias de MUE, mientras que 10 esperan su aprobación. Los 24 condados restantes aún se encuentran en fase de planificación. Este proceso incluyó la recopilación de estándares de atención de la MUE para identificar áreas de mejora en cada condado. Se establecieron una visión, una misión y un objetivo básicos en consonancia con la política nacional y se adaptaron a las necesidades del condado. Se desarrollaron estrategias específicas para cada condado con el fin de abordar las lagunas existentes entre el sistema actual y los objetivos nacionales. Se redactaron las políticas sanitarias de MUE, que se revisaron, modificaron y ultimaron en colaboración antes de su aprobación oficial. Los próximos pasos serán la aplicación, el seguimiento y la evaluación. El crecimiento y la mejora se medirán tras la implementación en función de los parámetros de referencia de atención de la MUE.

Conclusiones: La estrategia de Kenia para el desarrollo de políticas sanitarias de MUE en los 47 condados, utilizando las directrices de KIPPR para la formulación de políticas públicas, estableció un enfoque estructurado que incluía la participación de las partes interesadas, la realización de análisis de situación y la alineación de los objetivos políticos con las metas nacionales. Se trata de un ejemplo exhaustivo de desarrollo de políticas sanitarias de MUE para PIBM dentro de sistemas sanitarios descentralizados. ■

Afr J Emerg Med. 2025;15:565-570

Aplicación de un modelo de formación en cascada para mejorar la capacidad de atención urgente del personal sanitario durante el brote de COVID-19 en Uganda

Wasukira SB, Kambu CT, Nanyondo SJ, Candia E, Aporu SE, Ikwaru P, et al.

Introducción: La pandemia de COVID-19 puso de manifiesto las carencias y la necesidad de reforzar el sistema de atención de urgencias y emergencias en Uganda. El Ministerio de Sanidad ugandés puso en marcha un programa de capacitación en la atención de urgencias durante la respuesta a la pandemia de COVID-19 para mejorar la gestión de los casos de COVID-19 en Uganda. Se describe el desarrollo y la puesta en marcha del plan de estudios utilizando un modelo en cascada.

Métodos: En junio de 2021, se utilizó la herramienta de evaluación de unidades de urgencias hospitalarias (*Hospital Emergency Unit Assessment Tool*, HEAT) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para evaluar las unidades de urgencias y documentar las deficiencias de capacidad existentes en los hospitales regionales de referencia y los hospitales generales. Se modificó el currículo de atención de urgencias básico (*Basic Emergency Care*, BEC) de la OMS en un currículo de formación sobre los principios de atención de urgencias para el manejo del COVID-19. La formación de formadores se llevó a cabo en 14 regiones sanitarias en julio y agosto de 2021. Los formadores capacitados impartieron la formación en cascada a través de la formación

basada en las instalaciones durante las sesiones de desarrollo profesional continuo.

Resultados: Utilizando el HEAT, se evaluaron 115 centros sanitarios (14 regionales y 101 hospitales generales). Sólo un 31,3% (36/115) de los centros sanitarios disponían de un sistema formal de triaje. Un 53,5% (54/101) de los hospitales generales carecían de personal no rotatorio en la unidad de urgencias. Unos 511 profesionales sanitarios de 205 centros recibieron formación como formadores, de los cuales un 51,8% eran enfermeros. Los formadores capacitados impartieron la formación en cascada a 3.550 trabajadores sanitarios. Hubo una diferencia significativa entre las puntuaciones medias globales de los formadores formados antes (71%) y después (86,8%) ($p < 0,001$).

Conclusiones: Existía una falta generalizada de protocolos en las unidades de urgencias y una escasez de personal fijo en las mismas. El modelo en cascada facilitó la difusión de conocimientos sobre atención de urgencias a un número de profesionales sanitarios siete veces superior al de los formadores formados. Esto muestra la eficacia de este enfoque en la difusión de conocimientos y su capacidad para ser replicado en otros entornos de bajos recursos. ■



Annals of Emergency Medicine

Revista oficial del American College of Emergency Physicians de Estados Unidos

Ann Emerg Med. 2025;85:205-13

Coste-efectividad de facilitar la implementación del inicio de buprenorfina en el servicio de urgencias para el trastorno por consumo de opiáceos

Lu T, Ryan D, Cadet T, Chawarski MC, Coupet E, Edelman J, *et al.*

Objetivo del estudio: Evaluar el coste-efectividad de facilitar la implementación en comparación con una estrategia de formación estándar para promover el inicio de tratamiento con buprenorfina en el servicio de urgencias (SU) con vinculación a la atención continua del trastorno por consumo de opiáceos en la comunidad, desde la perspectiva del sistema sanitario.

Métodos: Se realizó un análisis prospectivo de coste-efectividad en el marco del Project ED Health (CTN-0069), un estudio híbrido de tipo 3 sobre implementación y efectividad realizado en 4 SU universitarios. Se recopilaron y valoraron los recursos según la perspectiva del sistema sanitario. Se evaluaron tres medidas de efectividad: años de vida ajustados por calidad, años libres de opiáceos y participación del paciente en la atención comunitaria del trastorno por consumo de opiáceos a los 30 días de la visita al SU. Se calculó la razón de coste-efectividad incremental para cada medida de efectividad y la probabilidad de coste-efectividad se evaluó mediante curvas de aceptabilidad de costo-efectividad, considerando una amplia gama de umbrales de valor.

Resultados: El coste medio por persona en el sistema sanitario asociado a la administración de buprenorfina en urgencias tras

facilitar la implementación no mostró diferencias significativas en comparación con la formación estándar (3.239 \$ frente a 4.904 \$), mientras que la efectividad media de las 3 medidas favoreció significativamente la estrategia de facilitación de la implementación. La facilitación de la implementación tiene una probabilidad del 74% al 75% de ser considerada coste-efectiva desde la perspectiva del sistema sanitario, dentro del rango de valor recomendado de 100.000 a 200.000 dólares por año de vida ajustado por calidad. Las relaciones coste-efectividad incrementales estimadas utilizando medidas secundarias de efectividad indicaron una probabilidad del 75% de ser consideradas coste-efectivas a 25.000 dólares por año libre de opiáceos y a 38.000 dólares por compromiso con la atención.

Conclusiones: En comparación con una estrategia de formación estándar, la facilitación de la implementación presenta una probabilidad de moderada a alta de ser considerada coste-efectiva desde la perspectiva del sistema sanitario, dependiendo de la disposición de los responsables de la toma de decisiones a pagar por cada unidad de efectividad. ■

Ann Emerg Med. 2025;17:S0196-0644(24)01250-2

Patrones electrocardiográficos del infarto de miocardio por oclusión: una revisión narrativa

Martini C, Scordo DM, Rossi D, Gallina S, Fedorowski A, Sciarra L, *et al.*

El tratamiento tradicional del síndrome coronario agudo se ha basado en la identificación del infarto de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) como indicador indirecto de oclusión coronaria aguda. Esta confusión entre el IAMCEST y la oclusión coronaria aguda ha llevado históricamente a una menor atención hacia el infarto de miocardio sin elevación del segmento ST (IAMSEST), a pesar de que los estudios indican que entre el 25% y el 34% de los casos de IAMCEST también están asociados con una oclusión coronaria aguda. Las limitaciones actuales del enfoque binario IAMCEST/IAMSEST subrayan la necesidad de revisar la manera en que se evalúa y trata el dolor torácico y el síndrome coronario agudo. Un nuevo paradigma está surgiendo, diferenciando entre el infarto de miocardio con oclusión y el infarto de miocardio sin oclusión, con el objetivo de mejorar la precisión diagnóstica y el impacto pronóstico en la atención del síndrome coronario agudo. Este enfoque no solo subraya la urgencia de la terapia de reperfusión para patrones de ECG de alto riesgo que no cumplen con

los criterios actuales de IAMCEST, sino que también enfatiza una transformación más amplia: dejar de considerar el síndrome coronario agudo únicamente como una enfermedad definida por el ECG, para abordarlo según su patología subyacente. En este contexto, el ECG sigue siendo una herramienta clave, pero no suficiente para una evaluación integral. Este informe presenta el paradigma emergente del infarto de miocardio por oclusión, describe patrones específicos del ECG asociados con oclusión coronaria aguda y propone un nuevo marco para mejorar la precisión del triaje y las estrategias terapéuticas en el síndrome coronario agudo. Aunque se requiere una mayor validación, la adopción de este enfoque podría facilitar la detección más temprana de la oclusión coronaria aguda, optimizar la activación del laboratorio de cateterismo y mejorar la recuperación miocárdica, con implicaciones potencialmente significativas tanto para la práctica clínica como para la investigación en el tratamiento del síndrome coronario agudo. ■



Emergency Medicine Journal

Revista oficial del Royal College of Emergency Medical del Reino Unido

Emerg Med J. 2025;42:91-97

Corticosteroides nebulizados en dosis altas como tratamiento complementario para adultos con exacerbación asmática: un ensayo controlado aleatorio

Kornthatchapong K, Chatchairatanavej N, Chormai N, Srivilaithon W, Limjindaporn C, Saiphoklang, *et al.*

Introducción: La evidencia sobre el uso de dosis altas de corticosteroides inhalados (DACI) en las exacerbaciones de asma en adultos es limitada. Este estudio compara los resultados del tratamiento con DACI como terapia añadida frente al tratamiento estándar en pacientes adultos con exacerbación aguda de asma atendidos en el servicio de urgencias (SU).

Métodos: Se realizó un ensayo clínico aleatorizado, triple ciego y unicéntrico en un SU de Tailandia entre marzo de 2022 y abril de 2023. Los pacientes adultos con exacerbación asmática fueron asignados aleatoriamente a recibir placebo (solución salina normal) o DACI (budesonida 9000 µg) mediante nebulización, en combinación con un betaagonista e ipratropio, dentro de la primera hora. Las principales variables de resultado fueron la duración de la estancia en el SU, el porcentaje de ingreso hospitalario y la frecuencia de nuevas visitas al SU. Como variables secundarias se evaluaron la escala

de disnea, la función pulmonar, la duración de la estancia hospitalaria y la aparición de nuevas exacerbaciones tras el alta.

Resultados: Un total de 88 pacientes fueron asignados aleatoriamente a uno de dos grupos: 44 pacientes recibieron un DACI y 44 pacientes fueron asignados en el grupo de control. El grupo tratado con DACI presentó una estancia significativamente más corta en el SU (diferencia de medias ajustada -133,6 min; IC del 95%: -242,4 a -24,8 min; $p = 0,016$), y una mayor proporción de pacientes dados de alta del SU dentro de las 8 y 16 horas en comparación con el grupo control. Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a los porcentajes de ingreso hospitalario, la revisita al SU, la escala de disnea, la función pulmonar, la duración de la estancia hospitalaria o la incidencia de exacerbaciones en el domicilio tras el alta del SU.

Conclusiones: El uso de la DACI, como terapia añadida al tratamiento estándar de la exacerbación del asma en adultos, puede ser útil para reducir la estancia en el SU. ■



Emerg Med J. 2025;42:171-178

Epidemiología y resultados de los pacientes con parada cardiaca en el servicio de urgencias de un país de renta media-baja

Edmond MC, Fang AP, Poola N, Normil M, Payant SJM, Luc PR, *et al.*

Introducción: El soporte vital cardiovascular avanzado (SVCA) para el paro cardiaco es un pilar fundamental de la atención de urgencias y emergencias; sin embargo, sigue estando poco estudiado en países de renta media-baja. En este estudio, caracterizamos la epidemiología clínica y los resultados del paro cardiaco y el SVCA en un servicio de urgencias (SU) en el centro de Haití, un país de renta media-baja con un sistema sanitario de urgencias y emergencias en desarrollo.

Métodos: Se realizó un estudio observacional prospectivo en pacientes adultos y pediátricos que sufrieron paro cardiaco en el SU de un hospital universitario en el centro de Haití, desde enero de 2019 hasta agosto de 2020. Los pacientes fueron identificados de manera prospectiva en el momento de la atención clínica. Se recopilaban datos sobre demografía, comorbilidades, presentación clínica, manejo con o sin SVCA y resultados a partir de los registros médicos, utilizando un formulario estandarizado. El análisis de los datos se realizó con SAS V.9.4. La variable de resultado principal fue la supervivencia a las 24 horas posteriores al paro cardiaco.

Resultados: Se identificaron 161 pacientes que sufrieron un paro cardiaco en el SU. La edad media fue de 45 años; el 55,9% eran

mujeres y el 82,6% tenía más de 18 años. Los diagnósticos más frecuentes al ingreso fueron neumonía (16,1%), sepsis (14,9%), insuficiencia cardiaca congestiva/shock cardiogénico (11,2%) y accidente cerebrovascular (10,6%). Antes del paro, pocos pacientes estaban monitorizados con telemetría o saturación de oxígeno (23,1% y 63,5%, respectivamente). Un total de 43 pacientes (27%) recibieron SVCA (con datos faltantes en dos pacientes). De estos, el 58,1% tuvo una evaluación inicial del ritmo, y 2 de 25 (8%) presentaron ritmos desfibrilables. El tiempo medio hasta el paro fue de 23,6 horas. Se logró el retorno sostenido de la circulación espontánea en solo dos pacientes (4,7%). Entre los pacientes que no recibieron SVCA, la principal razón fue un pronóstico desfavorable (66,4%) o una causa irreversible (22,4%), dentro del contexto de los recursos disponibles. Solo un paciente sobrevivió a las 24 horas y ninguno fue dado de alta del hospital.

Conclusión: En este entorno de renta media-baja, el paro cardiaco en el SU se asoció con una baja supervivencia a pesar del uso de SVCA. La supervivencia podría estar influida por la disponibilidad limitada de recursos tanto para la monitorización previa al paro como para la atención crítica continua. ■

Canadian Journal of Emergency Medicine

Revista oficial de la Canadian Association of Emergency Physicians

CJEM. 2025;27:43-52

El aprendizaje automático supera a la Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) en la predicción de la necesidad de los cuidados críticos tempranos

Grant L, Diagne M, Aroutiunian R, Hopkins D, Bai T, Kondrup F, et al.

Objetivo del estudio: Este estudio investiga el potencial para mejorar el triaje del servicio de urgencias (SU) utilizando modelos de aprendizaje automático mediante la comparación de su rendimiento predictivo con la *Canadian Triage Acuity Scale* (CTAS) en la identificación de la necesidad de cuidados críticos dentro de las 12 horas de la llegada al SU.

Métodos: Se desarrollaron tres modelos de aprendizaje automático (regresión LASSO, árboles potenciados por gradiente y un modelo de aprendizaje profundo con incrustaciones) utilizando datos retrospectivos de 670.841 visitas al SU del Hospital General Judío desde junio de 2012 hasta enero de 2021. El resultado del modelo fue predecir la necesidad de cuidados críticos en las primeras 12 horas desde la llegada al SU. Para evaluar el rendimiento de los modelos, se emplearon métricas como el área bajo la curva característica operativa del receptor (COR) y el área bajo la curva de precisión y sensibilidad (CPS). Además, se utilizaron puntuaciones de explicación aditiva de Shapley para analizar y comparar la importancia de los predictores.

Resultados: Los tres modelos de aprendizaje automático (aprendizaje profundo, árboles potenciados por gradiente y regresión LASSO) tuvieron áreas bajo la curva COR de $0,926 \pm 0,003$, $0,912 \pm 0,003$ y $0,892 \pm 0,004$ respectivamente, y áreas bajo la CPS de $0,27 \pm 0,01$, $0,24 \pm 0,01$ y $0,23 \pm 0,01$ respectivamente. En comparación, la puntuación CTAS tuvo un área bajo la COR de $0,804 \pm 0,006$ y bajo la CPS de $0,11 \pm 0,01$. Los predictores de mayor importancia fueron similares entre los modelos.

Conclusiones: Los modelos de aprendizaje automático superaron al CTAS en la identificación, en el punto de triaje del SU, de pacientes que probablemente necesiten cuidados críticos tempranos. Si se validan en futuros estudios, los modelos de aprendizaje automático como los desarrollados aquí pueden ser considerados para su incorporación en futuras revisiones del algoritmo de triaje CTAS, mejorando potencialmente la discriminación y la fiabilidad. ■



CJEM. (2025). <https://doi.org/10.1007/s43678-024-00828-8>

De «La vía aérea me asusta» a «Diría que estoy bastante cómodo»: mejora de la calidad para reducir el tiempo de obtención de equipos para el manejo avanzado de la vía aérea en adultos en un servicio de urgencias rural

Butler A, Chen M, Kaushik S, Lee T, Raudaschl L, Giles A

Antecedentes: El manejo de la vía aérea en adultos es uno de los procedimientos más estresantes y críticos en términos de tiempo dentro de la medicina de urgencias y emergencia. En el Hospital del Distrito de Cowichan, un hospital rural en Columbia Británica, el personal del servicio de urgencias (SU) se sentía incómodo al adquirir el equipo necesario para el manejo avanzado de la vía aérea en adultos, con un tiempo promedio de adquisición de 319 segundos. El objetivo de este proyecto de mejora de la calidad fue reducir el tiempo requerido para obtener el equipo necesario para el manejo avanzado de la vía aérea en adultos por parte de enfermeros y médicos del SU del Hospital del Distrito de Cowichan a menos de 90 segundos para mayo de 2023.

Métodos: Se utilizó el modelo de mejora del *Institute for Healthcare Improvement* para reducir el tiempo necesario para obtener el equipo requerido en el manejo de la vía aérea difícil en adultos en el SU. Este tiempo se midió mediante una simulación estandarizada en mesa cada dos semanas. Las estrategias de cambio incluyeron el uso de un carro de vía aérea con código de colores y la implementación de simulación traslacional.

Además, se realizaron entrevistas cualitativas con el personal del SU después de la intubación de pacientes para evaluar medidas del proceso y analizar el nivel de comodidad de los proveedores.

Resultados: Entre diciembre de 2022 y mayo de 2023, el tiempo promedio para obtener el equipo necesario para el manejo avanzado de la vía aérea en adultos se redujo de 319 segundos iniciales a 76 segundos, lo que representa una mejora del 76% respecto al valor de referencia. Las entrevistas cualitativas realizadas antes, durante y después de la intervención reflejaron una evolución en la percepción del personal, pasando de una sensación inicial de incomodidad a una transición hacia la comodidad y, finalmente, a un estado de confianza en el procedimiento.

Conclusión: La implementación de un carro de vía aérea con código de colores y la simulación traslacional se asociaron con una reducción significativa en el tiempo necesario para obtener el equipo de manejo avanzado de la vía aérea en adultos, así como con una mejora en la confianza y comodidad del personal con el procedimiento en un entorno rural. ■

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. 2024;32:e12078

Anestesia regional para fracturas de clavícula en medicina de urgencias: una revisión sistemática

Su EH, Chen CC, Chen KC, Chau SW, Lee YK, Tsai TY

Introducción: La anestesia regional (AR) ha surgido como una técnica alternativa para el tratamiento del dolor de las fracturas de clavícula en la medicina de urgencias y emergencias (MUE). Sin embargo, faltan datos exhaustivos sobre cómo han evolucionado las prácticas de AR en MUE.

Objetivos: En este estudio, se propuso revisar sistemáticamente las características de las investigaciones publicadas y no publicadas sobre el uso de AR para las fracturas de clavícula en MUE.

Métodos: Se recuperaron publicaciones relevantes de ClinicalTrials.gov, Cochrane Library, Embase, PubMed, Web of Science y Google Scholar hasta septiembre de 2024. Se incluyeron los estudios centrados en la AR para las fracturas de clavícula en MUE. Los resultados del estudio incluyeron la distribución geográfica, la publicación en revistas de MUE, el tipo de artículo, el lugar del estudio, las especialidades de los proveedores de AR, las características de los pacientes y las técnicas de AR utilizadas en las fracturas de clavícula.

Resultados: Se incluyeron ocho publicaciones elegibles, que comprendían tres revisiones, tres informes de casos y dos ar-

tículos de investigación. En general, se documentaron cuatro técnicas de AR en la literatura de MUE: el bloqueo superficial del plexo cervical, el bloqueo interescalénico, el bloqueo del nervio supraclavicular y el bloqueo del plano clavipectoral. Todos los artículos de investigación e informes de casos informaron de una reducción de las puntuaciones de dolor tras la AR. Los médicos de urgencias fueron los principales proveedores de AR. La mayoría de las publicaciones se centraron en el uso de técnicas de un solo intento guiadas por ecografía con regímenes de acción prolongada.

Conclusiones: Esta revisión de sistemática de revisiones, artículos de investigación e informes de casos destaca la eficacia de la AR para el tratamiento de las fracturas de clavícula en la MUE, aunque la bibliografía sigue siendo limitada. Con la limitación de la revisión sistemática, los hallazgos deben interpretarse como preliminares y generadores de hipótesis más que como pruebas definitivas de la efectividad de la AR para el tratamiento de las fracturas de clavícula. Se necesitan más estudios prospectivos de alta calidad para apoyar estos hallazgos. ■



Hong Kong J Emerg Med. 2024;32: e12068

Asociación de la hipertensión y la bradicardia prehospitalarias con el ictus: estudio observacional de un solo centro

Ohno H, Takahashi J, Goto D, Omae N, Yasuda A, Funakoshi H

Objetivo: Se investigó la relación entre la presión arterial sistólica (PAS) y la frecuencia cardíaca (FC) prehospitalaria con el ictus en pacientes con alteración de la conciencia.

Método: Se incluyeron pacientes adultos con alteración del nivel de conciencia ingresados en el servicio de urgencias, clasificándolos en nueve grupos en función de la PAS (≤ 99 , 100-139 y ≥ 140 mmHg) y la FC (≤ 59 , 60-99 y ≥ 100 /min). Se analizó la asociación entre estos grupos y el ictus y se comparó con el grupo de referencia (PAS 100-139 mmHg y PR 60-99/min) mediante modelos de regresión logística.

Resultados: 837 pacientes fueron elegibles [132 (16%) pacientes tuvieron un ictus]. Los grupos con PAS ≥ 140 mmHg tuvieron un riesgo significativamente mayor de ictus independientemente de la FC (la *odds ratio* ajustada y el intervalo de confianza del 95% en el grupo con FC ≤ 59 /min, FC 60-99/min y FC ≥ 100 /min fueron

4,64 [1,63-13,20], 5,61 [3,24-9,70] y 2,84 [1,45-5,58], respectivamente). Del mismo modo, entre los pacientes con deterioro grave de la conciencia (≥ 100 escala de coma de Japón III), los que tenían PAS ≥ 140 mmHg tenían un riesgo significativamente mayor de ictus; dentro de estos grupos, el grupo con PAS ≥ 140 mmHg y FC ≤ 59 /min tenía el mayor riesgo de ictus (la *odds ratio* y el intervalo de confianza del 95% en el grupo con FC ≤ 59 /min, FC 60-99/min y FC ≥ 100 /min fueron 11,00 [1,70-72,90], 9,29 [3,34-26,00] y 4,83 [1,62-14,40], respectivamente).

Conclusiones: La hipertensión prehospitalaria en pacientes con deterioro de conciencia se asoció con un riesgo significativamente mayor de accidente cerebrovascular. En pacientes con deterioro grave del nivel de conciencia, la hipertensión con bradicardia prehospitalaria se asoció significativamente con el mayor riesgo de ictus. ■