

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. 2025;15:577-583

Consumo de sustancias psicoactivas en pacientes psiquiátricos hospitalizados que acuden al servicio de urgencias de un hospital de distrito en Ciudad del Cabo (Sudáfrica): estudio descriptivo retrospectivo

Droomer N, Xafis P, Cloete P

Antecedentes: La enfermedad mental y el consumo de sustancias plantean importantes desafíos a nivel global, con un impacto cada vez más evidente en los servicios de urgencias, especialmente en Sudáfrica. Los pacientes con estos problemas requieren un número considerable de recursos hospitalarios y comunitarios. No obstante, son pocos los datos que hay a nivel local sobre la prevalencia de trastornos concurrentes de salud mental y consumo de sustancias. El objetivo de este estudio fue evaluar la magnitud del consumo de sustancias psicoactivas en la población psiquiátrica de un hospital de distrito de Ciudad del Cabo (Sudáfrica).

Métodos: Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo y unicéntrico. Se incluyó a todos aquellos pacientes derivados al servicio de psiquiatría de hospitalización durante un periodo de 6 meses, registrados en una base de datos electrónica. Los datos fueron analizados estadísticamente considerando las siguientes variables: resultados de las pruebas de detección de drogas en orina para identificar sustancias específicas consumidas, sexo, edad, diagnóstico y visitas repetidas.

Resultados: Se analizaron un total de 597 visitas de pacientes. El

59% con resultado positivo para, como mínimo, una sustancia. La media de edad de los pacientes fue de 34 años. Los varones fueron los que más visitas hicieron (58%) y quienes mostraron una tasa más alta de resultados positivos (64%) con respecto a las mujeres (51%). Entre las 146 visitas repetidas, se halló una asociación significativa entre el número de visitas y los resultados positivos: el 73% de los pacientes con ≥ 2 visitas repetidas dio positivo para consumo de sustancias ($p < 0,001$). Las sustancias más detectadas fueron cannabis (60%), metanfetaminas (47%), benzodiacepinas (26%), opioides (7%) y cocaína (1%).

Conclusiones: Los servicios de urgencias en Sudáfrica se ven afectados por la demanda de recursos de salud mental. Por su parte, el consumo de sustancias agrava significativamente estos desafíos. El consumo de sustancias tiene importantes repercusiones en los pacientes a nivel físico, mental y social. Como profesionales de la medicina de urgencias y miembros del sistema de salud en general, desempeñamos un papel fundamental en el abordaje de estos problemas. Este estudio aporta valiosa información sobre la complejidad de la situación y sugiere posibles abordajes de intervención. ■

Afr J Emerg Med. 2025;15:613-620

Retrasos en el manejo de urgencias de accidentes cerebrovasculares en un hospital de referencia con recursos limitados en Ghana

Yakubu HA, Marfo RO, Boakye-Yiadom J, Aidoo FM, Sarfo FS, Oteng RA

Antecedentes: Los pacientes del África subsahariana sufren importantes retrasos a la hora de recibir un manejo adecuado de los accidentes cerebrovasculares (ACV), lo cual influye negativamente en los desenlaces. El objetivo de este estudio fue cuantificar los retrasos en la atención aguda del ACV en el *Komfo Anokye Teaching Hospital* (KATH) y determinar su efecto sobre la mortalidad.

Métodos: Se realizó un análisis secundario de datos prospectivos de pacientes ≥ 18 años con diagnóstico de ACV confirmado mediante tomografía computarizada (TC) tratados en la unidad de urgencias de adultos del KATH entre noviembre de 2021 y marzo de 2022. Los pacientes fueron inicialmente inscritos en un registro piloto de ACV por asistentes de investigación preparados que documentaron los puntos temporales relevantes en el manejo de los pacientes. El desenlace de estos (fallecido o vivo) se determinó al alta hospitalaria y, luego, a los 3 meses. Los datos fueron analizados con STATA™ versión 16. Se midieron los tiempos medianos desde el inicio del ACV hasta la llegada a urgencias, la evaluación médica, la realización de la TC, así como el tratamiento. Por si esto fuera poco, también, se analizó su relación con la mortalidad.

Resultados: Se estudiaron un total de 86 pacientes con ACV confirmado, 40 varones y 46 mujeres. Las edades oscilaron entre los 29 y 86 años, con una media de 57,4 años (DE = 14,3). La mediana de tiempo desde el inicio del ACV hasta la llegada a urgencias del KATH fue de 35,3 h (RIC = 12,3-79,5). La mediana de tiempo desde la llegada a urgencias hasta la primera evaluación médica fue de 1,3 h (RIC = 0,5-2,6); hasta la realización de la TC, de 14,1 h (RIC = 4,3-40,8) y hasta el inicio del tratamiento antiagregante plaquetario (en el ACV isquémico), de 31,1 h (RIC = 16,1-42,5). Las tasas acumuladas de mortalidad 3 meses después del alta fueron del 8,7% en aquellos pacientes que llegaron a urgencias del KATH dentro de las 4 h posteriores a cursar síntomas, del 43,5% en los que llegaron entre 4 y 24 h y del 47,8% en aquellos que llegaron transcurridas 24 h ($p = 0,036$).

Conclusión: Se observaron importantes retrasos en todas las etapas del manejo del ACV en el servicio de urgencias del KATH. Mejorar la formación sobre ACV e implementar *stroke codes* adaptados al contexto local podría favorecer un manejo más temprano, mejorar los tiempos de intervención y reducir las tasas de mortalidad. ■



Annals of Emergency Medicine

Revista oficial del American College of Emergency Physicians de Estados Unidos

Ann Emerg Med. (2025) <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2025.04.005>

Evaluación formativa para guiar en la implementación de paquetes de tratamiento de sepsis en los servicios de urgencias

Frank HE, Sarani N, Hayes JH, Martinez RG, Goldstein J, Evans L, et al.



Objetivo: Los paquetes de tratamiento de sepsis han demostrado ser eficaces para reducir la mortalidad por sepsis, la principal causa de ingresos en las unidades de cuidados intensivos. No obstante, se sabe poco de los factores que dificultan o facilitan la aplicación de los paquetes de tratamiento de sepsis en los servicios de urgencias. Guiado por el marco *Exploration, Preparation, Implementation, and Sustainment* (EPIS), el objetivo de este estudio fue caracterizar los determinantes de la implementación de los paquetes de tratamiento de sepsis en los servicios de urgencias de Estados Unidos.

Métodos: Se realizó una evaluación formativa guiada por el marco EPIS con enfermeros, médicos y farmacéuticos a través de entrevistas cualitativas (N = 66) y encuestas cuantitativas (N = 86). Las entrevistas cualitativas se analizaron mediante un abordaje rápido de análisis guiado por matrices. Las encuestas cuantitativas se analizaron de forma descriptiva.

Resultados: Las puntuaciones de las medidas cuantitativas indicaron que los participantes percibieron positivamente las intervenciones basadas en la evidencia y tuvieron percepciones moderadamente positivas del clima de implementación y de la preparación

organizativa para el cambio. Los resultados cualitativos señalaron barreras alineadas con los constructos del EPIS: contexto externo (p. ej., rigidez percibida relacionada con los requisitos de los paquetes de tratamiento de *Centers for Medicare and Medicaid Services*), contexto interno (p. ej., fatiga por alertas), factores de enlace (p. ej., escasez de personal) y factores de innovación (p. ej., preocupaciones por sobrecarga de líquidos). Entre los facilitadores se identificaron los protocolos dirigidos por enfermería (contexto interno) y la sencillez de los paquetes de tratamiento (factores de innovación).

Conclusiones: Los hallazgos destacan áreas que requieren atención durante los intentos de implementación de paquetes de tratamiento de sepsis en urgencias, incluidas la rotación de personal, la reticencia a iniciar los paquetes de tratamiento, las prioridades en competencia o desalineadas en relación con la implementación, y el desarrollo de culturas hospitalarias que fomenten el cumplimiento. Estos resultados se emplearán para adaptar estrategias de implementación que avalen la adherencia a los paquetes de tratamiento en un ensayo híbrido tipo II de eficacia-implementación. ■

Ann Emerg Med. (2025) <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2025.02.023>

Implementación de la puntuación Dynamic Appraisal of Situational Aggression (DASA) en el triaje del servicio de urgencias

Costigan AM, O'Connor LC, Slocum C, Barry K, Canellas MM, Sanseverino AM, et al.

Objetivo: La violencia en el ámbito sanitario representa una amenaza creciente para pacientes y profesionales. El objetivo de este estudio fue describir la distribución demográfica de la puntuación Dynamic Appraisal of Situational Aggression (DASA) en el triaje de urgencias, identificar patrones de variabilidad en la puntuación según distintos grupos de pacientes y explorar posibles asociaciones con factores demográficos.

Métodos: Entre el 11 de enero y el 31 de diciembre de 2023, a pacientes de ≥ 18 años se les asignó una puntuación DASA durante el triaje en 5 servicios de urgencias, como parte de una estrategia a nivel del sistema para reducir el aumento de la violencia en el lugar de trabajo. Las puntuaciones se utilizaron para estratificar a los pacientes en categorías de riesgo establecidas de conducta agresiva (bajo, moderado, alto o inminente). Tanto las puntuaciones DASA como las características demográficas se obtuvieron de la historia clínica electrónica de los pacientes. Los hallazgos se participaron de manera descriptiva con intervalos de confianza del 95% para recuentos y proporciones.

Resultados: Se registraron un total de 192.947 intervenciones en urgencias durante el periodo del estudio, a 159.154 (80,3%) de las cuales se les asignó una puntuación DASA en el triaje (media de edad: 51,5 años; 53,5%, mujeres). Los datos incluyeron a un total 98.751 pacientes únicos. El sexo masculino, la menor edad, un índice de gravedad en urgencias (Emergency Severity Index) elevado y la llegada acompañados por la policía, en ambulancia o en aeronave se asociaron a mayor frecuencia de asignación de puntuaciones DASA de alto riesgo.

Conclusión: El uso de la herramienta DASA en el triaje de urgencias mostró una alta aceptación por parte del personal. La distribución demográfica de los pacientes con puntuaciones DASA de alto riesgo coincidió con la literatura previa sobre pacientes con mayor riesgo de ejercer violencia contra el personal sanitario. Futuros estudios deberían investigar el valor predictivo de la evaluación DASA en el triaje para la identificación de conductas agresivas en pacientes. ■

Emergency Medicine Journal

Revista oficial del Royal College of Emergency Medical del Reino Unido

Emerg Med J. 2025;42:488-495

Análisis sistemático de los abordajes empleados en ensayos clínicos sobre paradas cardíacas para informar a los familiares sobre la posible inclusión en estudios de pacientes no supervivientes

Pocock H, Dove A, Pointeer L, Couper K, Perkins GD

Antecedentes: La inclusión de pacientes en estudios de investigación en emergencias sin el requisito de un consentimiento informado previo ha favorecido la realización de ensayos aleatorizados sobre paradas cardíacas. El marco legal que hace esto posible en todo el mundo varía según la legislación de cada país. Cuando un paciente incluido en un estudio no sobrevive, los investigadores pueden emplear 3 abordajes para informar a los familiares sobre su participación: un abordaje directo (activo), dando la información de manera indirecta (pasiva) e invitando a los familiares a solicitar más datos si lo desean, o no dando ninguna información sobre el estudio (sin intento). Aunque estudios previos ya han descrito la experiencia de investigadores estadounidenses con el abordaje activo, se sabe poco sobre los abordajes empleados en otros lugares. El objetivo del presente estudio fue realizar una investigación estructurada de los métodos empleados en estudios clínicos sobre paradas cardíacas para participar a los familiares de pacientes no supervivientes la inclusión de estos en el estudio.

Métodos: Se realizó una búsqueda sistemática en registros de estudios clínicos para identificar ensayos aleatorizados que hubieran reclutado pacientes con parada cardíaca. Se incluyeron estudios

con adultos durante la parada (o dentro de la primera hora tras el retorno de la circulación espontánea) entre 2010 y 2022 (década previa al diseño del estudio). Se obtuvieron datos de registros de ensayos y, cuando fue pertinente, de artículos y protocolos publicados. Se contactó con los investigadores y se les solicitó que describieran el estilo, la justificación y el momento de la comunicación con los familiares de los pacientes no supervivientes. Se presentan estadísticas descriptivas.

Resultados: La búsqueda en los registros identificó un total de 710 ensayos únicos, 108 de los cuales fueron elegibles. Se obtuvo información de investigadores en 64 ensayos (62%). Aproximadamente un número similar de estudios intentó participar, activamente, a los familiares de pacientes no supervivientes [$n = 28$; 44% (IC 95%: 31–57)] o no hizo ningún intento [$n = 25$; 39% (IC 95%: 27–52)]. El resto de los ensayos proporcionó información general sobre el estudio a los familiares pero sin darles información de forma activa [$n = 11$; 17% (IC 95%: 8–29)].

Conclusiones: Se emplean muchos abordajes para participar a los familiares de pacientes no supervivientes de ensayos clínicos aleatorizados las paradas cardíacas sufridas por estos. ■



Emerg Med J. 2025;42:572-578

Comparativa de abordajes en las conversaciones sobre reanimación entre urgenciólogos tailandeses y estadounidenses: un estudio de encuesta

Prachanukool T, Atiksawedparit P, Senasu S, Mitsungnern T, Trinarongsakul T, Wongjittaporn S, et al.

Objetivos: Los médicos de urgencias llevan a cabo conversaciones sobre el estado de reanimación como parte de la toma de decisiones compartida en el manejo de pacientes con enfermedades graves y limitantes para la vida. Como las normas socioculturales y los sistemas de salud influyen en la comunicación, planteamos la hipótesis de que los médicos de urgencias estadounidenses y tailandeses participan abordajes distintos en estas conversaciones.

Métodos: Se realizó un estudio transversal a través de una encuesta en 1 hospital estadounidense y 4 hospitales tailandeses entre diciembre de 2021 y noviembre de 2022. Usando una escala Likert de 5 puntos, las preguntas se centraron en la práctica clínica de los componentes basados en procedimientos y valores de las conversaciones sobre el estado de reanimación. La encuesta fue desarrollada por un equipo de expertos en comunicación médica y, posteriormente, revisada, refinada y validada. Se aplicó análisis de regresión logística múltiple para comparar las prácticas descritas entre los médicos de urgencias de ambos países, controlando posibles variables de confusión.

Resultados: Se recibieron respuestas de 84 médicos de urgencias estadounidenses y 81 tailandeses (74 y 70% de tasa de respuesta, respectivamente). La mayoría de los participantes tenía entre 6 y 10 años de experiencia clínica ($n = 71$; 43%), llevaba a cabo con-

versaciones sobre estado de reanimación > 2 veces/mes ($n = 63$; 38%) y contaba con formación previa en cuidados paliativos ($n = 141$; 86%). Más del 50% de todos los encuestados dijo estar “muy probablemente” o “probablemente algo” dispuesto a incorporar los 6 componentes basados en procedimientos, pero solo 1 de los 6 componentes basados en valores. Comparados con los médicos tailandeses, los estadounidenses fueron mucho más propensos a preguntar sobre un componente basado en procedimientos [reiniciar el corazón del paciente; OR ajustada (ORa) = 9,3; IC 95%: 3,2–26,8] aunque menos propensos a preguntar sobre otro componente basado en procedimientos (preferencia del paciente respecto al uso de vasopresores; ORa = 0,3; IC 95%: 0,1–0,7) y sobre 2 componentes basados en valores (dar una recomendación; ORa = 0,2; IC 95%: 0,1–0,5 y valorar la actividad basal del paciente; ORa = 0,2; IC 95%: 0,1–0,4).

Conclusiones: En los abordajes encaminados a conversaciones sobre el estado de reanimación, tanto los médicos de urgencias estadounidenses como los tailandeses dijeron centrarse más en los procedimientos que en los valores personales. No obstante, existen diferencias específicas que probablemente reflejan distintas aproximaciones culturales. ■

Canadian Journal of Emergency Medicine

Revista oficial de la Canadian Association of Emergency Physicians

CJEM. 2025;27:629-637

Validación de la regla de decisión en caídas: optimización del uso de la tomografía computarizada craneal en adultos mayores con caídas desde su propia altura

Kudu E, Altun M, Danis F, Karacabey S, Sanri E, Denizbasi A

Objetivo: Las caídas son una de las principales causas de traumatismo craneoencefálico en adultos mayores, siendo las caídas desde su propia altura el mecanismo más frecuente. A pesar del uso creciente de la tomografía computarizada (TC) craneal en adultos mayores con caídas de este tipo, se sigue debatiendo sobre la necesidad de realizar neuroimágenes de forma rutinaria en todos los casos. La regla de decisión en caídas se desarrolló para excluir de forma segura la hemorragia intracraneal relevante a nivel clínico sin necesidad de TC craneal en adultos mayores. Este estudio tiene como objetivo validar externamente dicha regla y evaluar su precisión para la identificación de pacientes de bajo riesgo y reducir la realización innecesaria de estudios de imagen.

Métodos: Se realizó un estudio de cohorte prospectivo en un centro de trauma de Nivel 1 que incluyó de manera consecutiva a pacientes ≥ 65 años que consultaron dentro de las 48 horas posteriores a una caída desde su propia altura. El manejo clínico, incluida la decisión de realizar TC craneal, se determinó de manera independiente por el médico de urgencias tratante. Se hizo seguimiento de los pacientes durante 42 días para identificar casos de hemorragia intracraneal relevantes a nivel clínico. El rendimiento diagnóstico de la regla fue evaluado empleando

sensibilidad, especificidad y valores predictivos, con intervalos de confianza (IC) del 95%.

Resultados: Se incluyó a un total de 800 pacientes, con una mediana de edad de 78 años (RIC = 72-85); el 59,9% eran mujeres. Se identificó hemorragia intracraneal clínicamente importante en el 6,1% ($n = 49$) de los pacientes. Se realizaron TC craneales en el 67,6% de los casos, detectándose 43 hemorragias iniciales y otros 6 casos fueron diagnosticados durante el seguimiento. La regla de decisión en caídas demostró una sensibilidad del 97,9% (IC 95%, 89,1-99,9), una especificidad del 31,9% (IC 95%, 28,6-35,4) y un valor predictivo negativo del 99,5% (IC 95%, 97,1-99,9), lo cual potencialmente permitiría reducir en un tercio la realización de TC.

Conclusión: Esta validación confirma la elevada sensibilidad y alto valor predictivo negativo de la regla de decisión en caídas para identificar a adultos mayores de bajo riesgo tras sufrir una caída desde su propia altura, con la posibilidad de reducir en aproximadamente un tercio el número de TC innecesarias. Esta estrategia podría aliviar la sobrecarga y presión de recursos en los servicios de urgencias, garantizando al mismo tiempo la seguridad diagnóstica. ■

CJEM. (2025). <https://doi.org/10.1007/s43678-025-00932-3>

Más allá del servicio de urgencias: revisión exploratoria del uso de intervenciones de alta mediante salud móvil

Price C, Anjum O, Ben-Yakov M, Orchanian-Cheff A, Thiruganasambandamoorthy V

Objetivos: Las intervenciones de salud móvil pueden mejorar el manejo médico tras el alta de urgencias al facilitar las transiciones asistenciales y optimizar el seguimiento de los pacientes; no obstante, su utilidad se ha estudiado poco. El objetivo de este trabajo fue revisar las intervenciones de alta mediante salud móvil desde los servicios de urgencias y clasificarlas según el tipo de tecnología, las poblaciones de pacientes y clínicas estudiadas y los desenlaces evaluados.

Métodos: Se realizó una revisión exploratoria de intervenciones de salud móvil que avalan la atención posturgencias siguiendo las guías del Joanna Briggs Institute y la extensión PRISMA para revisiones exploratorias. Se buscaron estudios en inglés publicados entre 2007 y 2024 en 4 bases de datos (Medline, Embase, Cochrane Central y Systematic Reviews). Se incluyeron estudios sobre intervenciones de salud móvil administradas en el ámbito de urgencias y centradas en el encuentro clínico. Dos revisores independientes realizaron la selección de resúmenes y textos completos. Los datos se organizaron por tipo de tecnología, uso clínico previsto y desenlaces.

Resultados: De 4.313 registros identificados, se incluyeron 43 estudios. La mayoría de los artículos se publicaron entre 2021 y

2024 (28; 65%), fueron estudios piloto (18; 42%) y se llevaron a cabo en un único centro académico con pacientes adultos. Las tecnologías empleadas incluyeron mensajes de texto (18; 42%), monitorización remota de pacientes (16; 37%) y aplicaciones móviles (9; 21%). Las patologías más frecuentes fueron las enfermedades respiratorias (12; 28%), la atención general posturgencias en todos los motivos de consulta (8; 19%) y las patologías infecciosas (6; 14%). Entre los desenlaces más importantes, los más evaluados fueron los relacionados con los sistemas sanitarios (18; 42%), seguidos de la viabilidad (13; 30%) y los desenlaces clínicos (10; 23%). En líneas generales, la mayoría de los estudios informaron de una mejor adherencia al seguimiento ambulatorio (78%, 7/9), así como de mejoría en el estado clínico de la enfermedad (54%, 6/11). Las tasas de reconsulta a urgencias variaron entre los 17 estudios que las participaron [41% (7) sin cambios, 29% (5) reducidas, 29% (5) sin grupo comparador].

Conclusiones: Las intervenciones de salud móvil se han introducido como apoyo a la atención posturgencias, con evidencia emergente pero aún limitada sobre su impacto en las tasas de reconsulta, el seguimiento y la mejora de desenlaces clínicos. ■



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. (2025) <https://doi.org/10.1002/hkj2.70020>

iCEBc: un nuevo predictor de la necesidad de hemodiálisis en pacientes con síndrome de aplastamiento (experiencia del terremoto de Turquía del 6 de febrero de 2023)

Güngörer B, Demirtas B, Kundi H, Özgürlük I, Ocak M

Objetivo: El diagnóstico y tratamiento precoz de la lesión renal aguda (LRA) son fundamentales para reducir la morbilidad de pacientes con síndrome de aplastamiento (SA), que precisan hemodiálisis (HD) en hasta el 75% de los casos. El objetivo del presente estudio fue valorar si el índice corregido de balance cardioelectrofisiológico (iCEBc) y otros parámetros electrocardiográficos pueden predecir la necesidad de HD en pacientes con SA tras los terremotos de Kahramanmaraş (Turquía) del pasado 6 de febrero de 2023.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo unicéntrico de casos y controles que incluyó a 130 pacientes diagnosticados de SA, divididos en 2 grupos: grupo con (n = 56) y sin HD (n = 74).

Resultados: La media de edad de la cohorte fue de 40,6 ± 16,1 años; 71 (54,6%) eran varones. Los valores del iCEBc fueron mucho más altos en el grupo con HD que en el grupo sin HD

(p < 0,001). El análisis multivariado reveló que un iCEBc alto (p = 0,029; OR = 2,286; IC 95%: 1,086-4,811), la creatinina cinasa (p < 0,001; OR = 1,037; IC 95%: 1,016-1,058) y el recuento de leucocitos (p = 0,002; OR = 1,112; IC 95%: 1,038-1,191) fueron predictores independientes de la necesidad de HD. Un iCEBc > 4,67 predijo la necesidad de HD con una sensibilidad del 75,0% y una especificidad del 56,8%. Se diseñó un nuevo sistema de puntuación de 0 a 10 puntos; en aquellos pacientes con puntuaciones ≥ 5, la necesidad de diálisis fue aproximadamente 7 veces mayor (p < 0,001; OR = 6,623; IC 95%: 3,002-14,612). El área bajo la curva (AUC) del nuevo sistema para predecir la necesidad de diálisis fue de 0,803 (IC 95%: 0,729-0,876; p < 0,001).

Conclusión: El iCEBc y el nuevo sistema de puntuación son herramientas simples, rápidas, reproducibles y económicas capaces de predecir eficazmente la necesidad de HD en pacientes con SA. ■

Hong Kong J Emerg Med. (2025) <https://doi.org/10.1002/hkj2.70018>

Servicios de oxigenoterapia hiperbárica en el Centro de Oxigenoterapia Hiperbárica del Pamela Youde Nethersole Eastern Hospital: un estudio epidemiológico retrospectivo

Tang KB, Suen HK, Yan WW

Introducción: El objetivo del presente estudio epidemiológico retrospectivo fue analizar las características y carga de casos de pacientes tratados en el Centro de Oxigenoterapia Hiperbárica (HBOT) del Pamela Youde Nethersole Eastern Hospital (PYNEH) de Hong Kong (China) entre 2018 y 2023, con el fin de obtener una visión integral de la provisión y el desarrollo de los servicios de HBOT en Hong Kong.

Métodos: Los datos se obtuvieron de los registros de tratamiento de pacientes, registros de derivación e informes de alta del HBOT del PYNEH. El estudio se centró en analizar el crecimiento en la provisión del servicio, los patrones de demanda, las tasas de utilización y los eventos adversos asociados al HBOT.

Resultados: Los hallazgos mostraron un incremento significativo en la provisión de servicios en el HBOT del PYNEH durante el periodo de estudio. La demanda del HBOT en Hong Kong también aumentó de forma sostenida, sobre todo, para indicaciones electivas y semiurgentes. No obstante, la utilización del HBOT

para heridas complejas, tales como úlceras del pie diabético, fue baja comparado con los estándares internacionales. Los casos urgentes, incluida la intoxicación por monóxido de carbono, la oclusión de la arteria central de la retina y la enfermedad por descompresión, son una parte sustancial de la carga asistencial del centro. El barotrauma del oído medio se identificó como una complicación importante que requiere mayor atención e intervención.

Conclusión: Este estudio aporta información valiosa sobre el crecimiento, los retos y los resultados de la prestación del servicio HBOT del HBOT del PYNEH. Los hallazgos ponen de manifiesto la necesidad de una planificación estratégica que permita responder a la creciente demanda de servicios de HBOT en Hong Kong, mejorar la utilización en heridas complejas y reforzar la seguridad del paciente. Estos resultados contribuyen tanto a una planificación basada en la evidencia como a la mejora de la calidad en la provisión de servicios HBOT. ■

