

El rendimiento del centro coordinador de urgencias y emergencias (CCUE) en el triaje del dolor torácico no traumático presenta una sensibilidad adecuada y baja especificidad, con un infratriaje apropiado y sobretriaje elevado

El triaje estructurado mejora el equilibrio entre seguridad y eficiencia, aunque persisten diferencias según sexo, edad y escenario asistencial.

Interesante estudio observacional retrospectivo, de base poblacional, de rendimiento diagnóstico del CCUE, que analizó 248.116 demandas asistenciales por dolor torácico no traumático gestionadas en Andalucía entre el 1-1-2020 y el 31-12-2024, siguiendo metodología para la evaluación de sistemas de triaje telefónico. Se comparó la prioridad asignada con el diagnóstico clínico del equipo extrahospitalario como patrón de referencia. Así como, métricas de rendimiento diagnóstico según variables sociodemográficas, territoriales y metodológicas. El infratriaje se situó en 7,1% y el sobretriaje en 77,4%. Por su parte, la exactitud fue 48,1%, con sensibilidad del 84,7% y especificidad del 40,6%. El valor predictivo positivo fue 22,6% y el negativo 92,9%. El triaje estructurado (GTAT23) mostró menor sensibilidad (78,9% vs 91,0%, $p < 0,001$) pero mayor especificidad (44,2% vs 31,6%, $p < 0,001$), tendencia a un menor infratriaje (6,6% vs 10,7%, $p = 0,180$) y mayor sobretriaje (82,6% vs 61,8%, $p < 0,001$), respecto a la asignación directa. Las diferencias interprovinciales fueron bajas-moderadas. En el análisis multivariable, la subpriorización se asoció a edad avanzada, atención domiciliar y horario nocturno, mientras que el sexo femenino resultó protector. La sobrepriorización fue más probable en mujeres, en vía pública, y cuando disminuía el tiempo de coordinación.

C. Romero-Oloriz, et al. *Emergencias 2025;37:433-441*

En los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid sin programa de trasplante existe la necesidad de implementar estrategias para mejorar la detección precoz de donantes, tales como la formación del personal de urgencias, la colaboración entre hospitales y el uso de herramientas tecnológicas

Una intervención estructurada podría reducir significativamente la pérdida de donantes en centros sin trasplante.

Novedoso análisis retrospectivo durante el año 2022 para evaluar la pérdida de posibles donantes con daño cerebral catastrófico. Se utilizaron bases de datos clínicas y administrativas (CMBD, CORE-ONT y HORUS) y se incluyeron pacientes fallecidos con diagnóstico compatible según la CIE-10, excluyendo aquellos con patología tumoral activa. Se analizaron variables clínicas relevantes y se clasificó a los pacientes en tres grupos: valorados como donantes, no posibles donantes y posibles donantes no evaluados. De 1.429 fallecidos, se identificaron 12 donantes valorados, 39 no aptos por criterios médicos y 33 posibles donantes que no fueron evaluados. Este grupo representa una pérdida significativa del potencial de donación. La mayoría de los donantes efectivos fueron pacientes con edad < 70 años, ingresados en hospitales con neurocirugía, en unidades de cuidados intensivos, con ventilación mecánica prolongada y sin fallo orgánico grave. En contraste, los no donantes presentaban mayores tasas de comorbilidades como shock séptico o insuficiencia renal. El análisis multivariante mediante CATPCA identificó tres patrones de pacientes y evidenció un grupo relevante de posibles donantes omitidos.

T. Grau, et al. *Emergencias 2025;37:427-432*

Los sistemas de inteligencia artificial (IA) ChestView para radiografías de tórax (RxT) y BoneView para radiografías óseas (RxO) demuestran un rendimiento clínicamente relevante en el entorno del servicio de urgencias hospitalario (SUH) y mejoran la capacidad diagnóstica de los urgenciólogos

Su elevada sensibilidad (Se) para la detección de fracturas y su elevado valor predictivo negativo (VPN) para los nódulos pulmonares, neumotórax y fracturas hacen que se consoliden como un sistema de seguridad de alto impacto.

Estudio de evaluación de pruebas diagnósticas en una selección aleatoria de 346 RxT y 261 RxO solicitadas en el SUH. Las exploraciones fueron analizadas de forma independiente por los sistemas de IA y los diferentes observadores. El diagnóstico de referencia (gold standard) fue establecido mediante consenso por tres radiólogos, recurriendo a otras pruebas de imagen disponibles o información clínica cuando era necesario. Se calcularon y compararon la Se, especificidad, y los VPP y VPN. Para la RxT "ChestView" mostró una Se global (64,4%) significativamente superior a la de los médicos de urgencias (49,2%; $p = 0,018$), aunque inferior a la del radiólogo experto (83,9%; $p < 0,001$). El rendimiento fue notable para la detección de nódulos/masas (Se: 80,0%) y neumotórax (VPN: 99,7%), pero inferior para consolidaciones (Se: 40,4%). Para RxO "BoneView" alcanzó una Se para la detección de fracturas (87,5%) superior a la del radiólogo experto (77,1%), con un VPN del 96,9%. Sin embargo, su rendimiento fue menor para la detección de luxaciones (Se: 60,0%) y derrames articulares (Se: 25,0%).

R. de F. Silva, et al.

Emergencias 2025;37:420-426

Este número de EMERGENCIAS publica un artículo especial histórico que detalla los puntos clave del proyecto de Programa Oficial de la Especialidad (POE) de Medicina de Urgencias y Emergencias (MUYE) en España

Lectura obligada del primer itinerario formativo de la especialidad de MUYE y los criterios de acreditación de las unidades docentes (UD) para los profesionales de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) y los servicios de emergencias médicas (SEM).

El 2 de julio de 2024 se publicó en España el Real Decreto 610/2024, por el que se establece el título de Médica/o Especialista en Medicina de Urgencias y Emergencias (MUYE). En este escenario, la especialidad de MUYE está en puertas de la publicación de una "Orden SND" (norma emitida por el Ministerio de Sanidad) que certifique el itinerario definitivo del POE de MUYE, los criterios de evaluación de los especialistas en formación y los requisitos de acreditación de las UD de MUYE. La Comisión Nacional de la Especialidad (CNE) de MUYE ha elaborado en el año 2025 el POE que deberá ser ratificado por el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud (CNECS). Se trata, sin duda, de un POE novedoso, relevante y con aspectos muy diferenciales del resto de POEs de las otras especialidades del CNECS. Este debe ser la herramienta fundamental para formar a buenos especialistas conjugando el profesionalismo, el humanismo y la capacitación de excelencia a través de la adquisición de las competencias, habilidades, conocimientos y experiencia necesarios para superar los 4 años de formación especializada. En este artículo el lector podrá conocer los aspectos más destacados, diferenciales y novedosos del POE de MUYE, entre los que destacan sus áreas competenciales ("transversales" que son compartidas con el resto de especialidades en Ciencias de la Salud, "comunes" que han sido elaboradas por la Comisión Delegada de Atención Inmediata para la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y la de MUYE, y las "específicas" propias de MUYE), así como los requisitos de acreditación de las UD que van a integrar a tres dispositivos docentes que representan los distintos escenarios que son imprescindibles en el aprendizaje y capacitación del especialista en MUYE (el SUH del hospital de referencia docente, el SEM y el SUH del hospital docente).

A. Julián-Jiménez, et al.

Emergencias 2025;37:442-461

La necesidad de escalada asistencial en pacientes con insuficiencia cardiaca aguda (ICA) ingresados en hospitalización a domicilio (HAD) directamente desde urgencias ocurre en un porcentaje moderado de casos y se asocia con insuficiencia renal e hiponatremia al ingreso

La participación de los profesionales de HAD juntamente con los del servicio de urgencias (SU) en la decisión de ingreso en HAD disminuye el riesgo de fracaso en estos pacientes.

Estudio elaborado en dos hospitales que revisaron los pacientes con ICA que ingresaron en HAD durante 3 años que analiza los factores asociados a la necesidad de escalada asistencial en pacientes con ICA, entendida como el traslado desde HAD al centro hospitalario para completar hospitalización. Se analizaron 367 pacientes ingresados en HAD desde urgencias por ICA (edad mediana: 86 años; 53% mujeres). Hubo escalada asistencial en 52 casos (14%). La única variable basal asociada de forma independiente e inversa a la necesidad de escalada asistencial fue el ingreso en una unidad de HAD en la que existía valoración previa conjunta entre los profesionales de HAD y los de urgencias en cuanto a la pertinencia del ingreso en HAD, y entre las variables del episodio de descompensación, se asociaron de forma directa la hiponatremia y una creatinina $> 1,3$ mg/dL. Estas tres variables mantuvieron asociaciones significativas en el modelo global final, con OR ajustadas de 0,373 (IC 95%: 0,193-0,731), 2,634 (IC 95%: 1,196-5,798), y 3,507 (IC 95%: 1,80-6,835), respectivamente.

C. Sánchez, et al.

Emergencias 2025;37:411-419