

La indicación de terapia de reemplazo renal (TRR) en la intoxicación por litio se asoció con la gravedad clínica y la litemia

La adherencia a las recomendaciones EXTRIP (Extra-corporeal Treatments In Poisoning), aunque cercana al 80%, no se tradujo en mejores desenlaces clínicos.

Estudio observacional multicéntrico internacional que incluyó todos los episodios de intoxicación por litio atendidos entre 2015 y 2022 en los servicios de urgencias (SU) y unidades de toxicología clínica (UTC) de 23 hospitales de tercer nivel de España, Irlanda y Suiza. Los episodios se clasificaron según los criterios EXTRIP en TRR recomendada, sugerida o no recomendada. Se analizó la adherencia a dichas recomendaciones y su asociación con los desenlaces clínicos mediante análisis univariable y multivariable. Se analizaron 548 episodios, 119 (21,7%) recibieron TRR. Según los criterios EXTRIP, la TRR estaba recomendada en 161 episodios (29,4%), sugerida en 137 (25%) y no recomendada en 250 (45,6%). La adherencia global a EXTRIP fue del 77,2%, y del 69,6% al considerar únicamente las indicaciones estrictas. No se observaron diferencias significativas entre adherentes y no adherentes en la incidencia de síndrome de monotoxicidad irreversible por litio (SILENT) a los 60 días (7,1% vs. 5,6%), necesidad de ingreso en unidades de críticos (16,8% vs. 16,1%) ni mortalidad hospitalaria (3,3% vs. 5,6%). La concentración pico de litio [3,45 (DE 1,53) vs. 2,05 (DE 0,71) mEq/L, $p < 0,001$], la disminución del nivel de consciencia [49 (41,2%) vs. 92 (21,4%), $p < 0,001$] y la presencia de bloqueo aurículoventricular [6 (DE 5,0%) vs. 5 (DE 1,2%), $p = 0,008$], fueron predictores independientes para la realización de TRR.

A. Pineda-Torcuato, et al.

Emergencias 2026;38:186-194

La ventilación sincronizada con la compresión torácica (CCSV) se asocia a mejor PaO_2/FiO_2 a las 24 horas que otras estrategias

No existe una mayor incidencia de neumotórax con CCSV ni se encuentran diferencias significativas en la aparición de infiltrados radiológicos.

Estudio cuasiexperimental pragmático que incluye pacientes en parada cardíaca extrahospitalaria no traumática con persistencia de estos 3 minutos después de intubación precoz que fueron trasladados al hospital. Se analiza la evolución y aparición de complicaciones respiratorias en las primeras 24 horas en función de la estrategia ventilatoria empleada en la reanimación cardiopulmonar extrahospitalaria. Los pacientes se agruparon según estrategia ventilatoria: CCSV, ventilación con presión positiva intermitente (IPPV) o balón de resucitación. Se analizaron datos radiológicos (neumotórax, signos de barotrauma e infiltrados pulmonares según la escala Modified Chest X-ray Scoring System) y parámetros gasométricos arteriales de las primeras 24 horas. Se incluyeron 278 pacientes y se excluyeron 68 sin estudio radiológico por certificación inmediata de fallecimiento (22,7% mujeres, edad media 61,9 (DE 16,5) años, 44,3% con ritmo desfibrilable): 41 en CCSV, 65 en IPPV y 104 con balón. La PaO_2/FiO_2 fue, respectivamente, 247 (DE 162), 200 (DE 117) y 202 (DE 118) mmHg ($p < 0,05$ entre CCSV y otros grupos). Se encontró neumotórax o enfisema subcutáneo el 2,4% de los ventilados en CCSV, 10,8% en IPPV y 6,7% con balón ($p = 0,26$). El Modified Chest X-ray Score fue, respectivamente, 4,6 (DE 3,1), 5,7 (DE 3,3) y 5,1 (DE 3,1) ($p = 0,23$).

A. Hernández-Tejedor, et al. Emergencias 2026;38:195-199

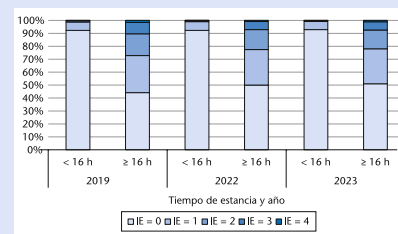
El análisis de comorbilidad a través de índices como el de Elixhauser (IE) permite conocer la heterogeneidad de la población atendida en el servicio de urgencias (SU)

Los pacientes con mayor comorbilidad fueron derivados a dispositivos de menor complejidad o a hospitalización a domicilio.

Novedoso estudio observacional retrospectivo basado en el Conjunto Mínimo Básico de Datos de Urgencias de los años 2019, 2022 y 2023 (se excluyeron los años de pandemia). Dicha codificación de los diagnósticos se realizó con la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 Modificación Clínica (CIE-10-MC) y se aplicó el IE para evaluar la comorbilidad de los pacientes. El objetivo del estudio fue, además de analizar la comorbilidad de los pacientes atendidos en un SU mediante el IE, observar su relación con el tiempo de estancia y el destino al alta. Para ello, se analizaron las asociaciones entre comorbilidad, tiempo de estancia (< 16 horas y ≥ 16 horas) y destino al alta. De esta forma se comprobó que más del 12% de los pacientes presentaron alguna comorbilidad ($IE \geq 1$). En los episodios con estancias < 16 horas, el 92% no mostraron comorbilidad, mientras que en los ≥ 16 horas, cerca del 50% tuvieron $IE \geq 1$ ($p < 0,001$). En la figura se aprecian las diferencias de la comorbilidad medida con el IE en función del tiempo de estancia en el SU. Entre los pacientes ingresados en el hospital terciario, menos del 7% presentaron comorbilidad moderada o grave ($IE \geq 2$). Los pacientes con mayor comorbilidad fueron derivados a dispositivos de menor complejidad o a hospitalización a domicilio.

A. Calvet-Pujol, et al.

Emergencias 2026;38:173-178



La complejidad del tratamiento de mantenimiento actúa como un marcador pronóstico de deterioro a 30 días tras una exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (AEPOC) atendida en el servicio de urgencias hospitalario (SUH)
Esta información, fácilmente accesible en la historia clínica electrónica (HCE), podría complementar herramientas de estratificación de riesgo para identificar pacientes vulnerables que requieren seguimiento estrecho tras el alta y, probablemente, es el reflejo de la gravedad subyacente no capturada por marcadores tradicionales.

Interesante análisis del registro PREURG CyL (Pacientes con Reagudización EPOC en URGENCIAS de Castilla y León) con 1.179 pacientes de ≥ 40 años con AEPOC confirmada mediante espirometría ($FEV1/FVC < 0,7$ posbroncodilatador) o clínicamente sospechada (sEPOC: ≥ 10 paquetes-año con síntomas respiratorios crónicos) atendidos en 14 SUH de CyL. El objetivo de este estudio es evaluar si la complejidad del tratamiento predice deterioro clínico a 30 días. La intensidad del tratamiento se categorizó como ninguno, mono, doble, triple o múltiple terapia (≥ 4 fármacos). La variable principal fue el evento combinado a 30 días (intensificación terapéutica, reconsulta, hospitalización o muerte). Se realizó una regresión logística multivariable con efectos mixtos ajustada por edad, sexo, comorbilidad (Índice de Charlson), capacidad funcional (Índice de Barthel) y gravedad, con intercepto aleatorio por hospital. La mediana de edad de los pacientes fue 75 años (RIC 67-81). El evento combinado ocurrió en 381 de los pacientes incluidos (32,3%). Tras ajustar por edad, sexo, comorbilidad, capacidad funcional, gravedad de la exacerbación y centro hospitalario, la triple terapia (ORa 2,20; IC 95% 1,24-4,08; $p = 0,009$) y la terapia múltiple (ORa 2,34; IC 95% 1,32-4,34; $p = 0,005$) se asociaron con mayor riesgo de deterioro. El modelo multivariable presentó adecuada capacidad discriminativa (estadístico C = 0,71; IC 95% 0,67-0,75).

R. Alonso Avilés, et al.

Emergencias 2026;38:179-185

Viabilidad, efectividad y seguridad de un modelo asistencial basado en una valoración multidimensional de la fragilidad (3D/3D+) implementado en un servicio de urgencias hospitalario (SUH)

La transformación del SUH mediante el modelo 3D/3D+ demuestra que es posible revertir la tendencia al ingreso hospitalario sistemático en el paciente mayor, priorizando alternativas basadas en el valor y la funcionalidad.

Revelador estudio híbrido de efectividad e implementación tipo 1. Se incluyeron 66.422 episodios de pacientes de ≥ 75 años atendidos entre el 01-01-2018 y el 31-12-2023, con una mediana de edad de 83,9 años (RIC 79,4-88,3), 58,1% mujeres y 61,5% con niveles de triaje I-III del Model Andorrà de Triatge-Sistema Español de Triaje (MAT-SET). Se emplearon modelos de series temporales multivariantes autorregresivos y de media móvil (ARMA) para estimar el impacto en el índice de conversión a ingreso hospitalario, estancia hospitalaria, destino al alta del SUH y reconsulta a 72 horas y 30 días. El modelo mostró una reducción de 5 puntos porcentuales en la proporción de ingreso hospitalario en el año 2023 en los episodios de alto nivel de prioridad. Asimismo, se observó una reducción de las estancias hospitalarias superiores 2 días, un incremento de la derivación a hospitalización de atención intermedia y una disminución de las reconsultas a 30 días, tanto en los episodios de bajo como alto nivel de prioridad.

D. García-Pérez, et al.

Emergencias 2026;38:163-172