Novedoso sistema de triaje telefónico con reglas deterministas y preguntas dicotómicas para el dolor torácico no traumático, orientado a reducir el infratriaje y la brecha diagnóstica por sexo

Este sistema redujo el infratriaje por debajo del 5%, disminuyó los falsos negativos y atenuó la brecha de sensibilidad entre sexos.

Estudio observacional retrospectivo, en el Centro de Emergencias Sanitarias 061 de Andalucía, que incluyó 66.384 demandas con triaje estructurado mediante la guía vigente (GTTA23) y diagnóstico clínico extrahospitalario como referencia. Sus preguntas de opción múltiple se recodificaron en 36 variables dicotómicas. Mediante técnica de gradiente reforzado *(gradient boosting)* se derivaron 15 reglas de emergencia (P1, soporte vital avanzado inmediato) y 8 de no emergencia (NO-P1, demorables); el resto quedó como escucha del coordinador (ESC). Se utilizaron 53.323 episodios para el desarrollo (2020-2023) y 13.061 (año 2024) para la validación donde la sensibilidad del sistema (P1 y ESC frente a NO-P1) fue del 97,8% (IC 95%: 96,96-98,42) frente al 74,0% del vigente (Δ = +23,82 puntos porcentuales; $p < 0,0001$). El infratriaje bajó del 6,7% al 4,0% y los falsos negativos de 415 a 35. La brecha entre sexos disminuyó de 16,09 a 6,24 puntos porcentuales ($\Delta\ \Delta = -9,85$; $p = 0,0005$). El sistema redujo el despacho inmediato de soporte vital avanzado del 52,8% al 28,5%; el 35,2% se resolvió deterministamente y el 64,8% pasó al coordinador. Su impacto sobre carga asistencial, tiempos de coordinación y uso de recursos requiere una validación prospectiva.

C. Romero-Olóriz, et al. *Emergencias 2026;38:405-415*

Los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) son áreas de alta sensibilidad jurídica que concentran una gran parte de la litigiosidad sanitaria en Cataluña

Aunque la tasa de reclamaciones por actividad asistencial es baja y presenta una evolución favorable, el impacto económico de las condenas y acuerdos es elevado, superior a la mediana de otras especialidades.

Una alta complejidad y la sobrecarga incrementan el riesgo de reclamaciones por presunto defecto de praxis en los SUH. Con el objetivo de analizar las reclamaciones en la atención urgente hospitalaria en Cataluña (2000-2019) e identificar factores asociados a la responsabilidad profesional médica (RPM) se realizó un estudio observacional retrospectivo de base documental/aseguradora de reclamaciones registradas por el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. Se definió RPM como acuerdo indemnizatorio o sentencia condenatoria. De 6.289 reclamaciones, 654 (10,4%) correspondieron a atención urgente y de ellas 554 (84,7%) a atención urgente hospitalaria. La tasa de reclamaciones descendió significativamente durante el periodo ($p < 0,05$). En el análisis multivariable, la asistencia privada (OR = 2,10, $p < 0,05$) se asoció de forma independiente con la RPM. Predominó la vía penal (60%), especialmente en centros públicos. Se confirmó RPM en el 18,0%, más frecuente en la vía civil (37,6%). La mediana indemnizatoria fue de 43.937 €. El principal motivo fue el error o retraso diagnóstico (56,5%), destacando la patología traumatológica, dolor torácico y dolor abdominal.

M. Castellà-Rovira, et al. *Emergencias 2026;38:447-454*

El empleo del vehículo de intervención rápida (VIR) puede representar una alternativa viable a la unidad de vigilancia intensiva móvil (UVI-m) en la atención al código ictus extrahospitalario

La necesidad de movilizar un soporte vital básico (SVB) adicional no parece retrasar significativamente la atención o modificar sustancialmente el acceso a los tratamientos de reperfusión.

Los VIR son recursos de soporte vital avanzado (SVA) similares a la UVI-m, pero sin capacidad de transporte de pacientes, por lo que requieren el apoyo de una ambulancia de SVB para un traslado al hospital. Este estudio retrospectivo de códigos ictus con hora de inicio conocida atendidos por SUMMA-112, durante 2022, pretende evaluar si el modelo de atención mediante VIR retrasa los tiempos asistenciales del código ictus en comparación con las UVI-m, y compara su precisión diagnóstica. Se incluyeron 1.263 pacientes: 953 (75%) atendidos por UVI-m y 310 (25%) por VIR. No se encontraron diferencias en los tiempos llamada-evaluación (mediana 27 minutos en ambos grupos) ni evaluación-puerta (mediana 44 frente a 46 minutos). Tampoco hubo diferencias en la proporción de diagnóstico de ictus al alta (79% frente a 80%) ni en la proporción de tratamientos de reperfusión administrados (trombólisis y trombectomía). La sensibilidad de la escala M-DIRECT para el tratamiento con trombectomía fue 76% para UVI-m y 67% para VIR ($p = 0,161$). La atención mediante VIR mostró tiempos asistenciales similares a los observados con UVI-m, sin diferencias significativas en su precisión diagnóstica, lo que apoya su viabilidad como recurso de atención al paciente con ictus agudo. Aunque, estos hallazgos deben interpretarse con cautela, ya que se debe tener en cuenta la naturaleza observacional del estudio, así como que se trata de un análisis exploratorio y la posible influencia de factores de confusión intrínsecos al diseño del estudio.

A. Higuera-Ruiz de la Hermosa, et al. *Emergencias 2026;38:416-422*

La incorporación sistemática de la tomografía computarizada (TC) torácica a la radiografía de tórax mejora la clasificación diagnóstica del edema agudo de pulmón (EAP) y las infecciones de las vías respiratorias en pacientes de 65 años o más atendidos en urgencias por disnea aguda

Además, se plantea la hipótesis de que el beneficio podría ser mayor cuando el diagnóstico sigue siendo incierto tras la valoración inicial, lo cual requiere una evaluación prospectiva.

Interesante estudio diagnóstico prospectivo e intervencionista realizado en tres servicios de urgencias de París (Francia). De los 244 pacientes incluidos, se analizaron 239. Los pacientes elegibles fueron sometidos a una TC torácica sin contraste después de una radiografía de tórax inicial. El médico de urgencias evaluó la presencia de cada diagnóstico (EAP e infección de las vías respiratorias) primero tras la radiografía y posteriormente tras la TC. Dos expertos, enmascarados respecto a las evaluaciones diagnósticas, establecieron el diagnóstico de referencia a partir de toda la evolución hospitalaria. El valor añadido de la TC se evaluó mediante la mejora diagnóstica neta (diferencia absoluta en la proporción de pacientes correctamente clasificados antes y después de la TC) y el índice de reclasificación neta (IRN). De forma que el diagnóstico de referencia fue EAP en 80 pacientes (33,5%) e infección de las vías respiratorias en 151 (63,2%). La proporción de pacientes correctamente clasificados aumentó del 79,9% al 89,1% para el EAP, con una mejora diagnóstica neta del 9,2% (IC 95%: 3,9-14,5) y un IRN del 14,5% (IC 95%: 3,5-25,5). Para las infecciones de las vías respiratorias, la proporción de pacientes correctamente clasificados aumentó del 70,3% al 86,2%, con una mejora diagnóstica neta del 15,9% (IC 95%: 9,8-22,0) y un IRN del 36,5% (IC 95%: 22,4-50,7).

A. Vromant, et al. *Emergencias 2026;38:423-431*

En este número, EMERGENCIAS publica un inédito estudio transversal de mapeo nacional de la docencia de urgencias en el grado en medicina frente al Programa Oficial de la Especialidad (POE) de Medicina Urgencias y Emergencias (MUYE) en España

La asignatura de urgencias del grado de medicina, según la cobertura declarada en sus guías docentes, cubre solo una cuarta parte del marco competencial del POE de MUYE y desatiende de forma sistemática las competencias transversales y los componentes diferenciales de la especialidad.

Tras el reconocimiento de la especialidad de MUYE en 2024 y la publicación de su POE en 2026 se ha elaborado este estudio sobre el universo de universidades españolas con grado en medicina (n = 54) referente al curso 2025-2026. Dos investigadores codificaron de forma independiente las 146 competencias del POE-MUYE en cada guía docente mediante una escala ordinal (0/1/2) y se calculó un índice de cobertura ponderado (ICP, 0-100%) por dominio competencial y por asignatura. Se recogieron variables estructurales de las asignaturas como posibles predictoras del ICP. Cuarenta y cuatro universidades (81,5%) impartían asignatura específica de urgencias, con marcada heterogeneidad estructural y sin diferencias por titularidad pública/privada. El ICP global mediano fue del 25,7% (RIC 16,1-33,0; rango 5,4-66,2), sin asociación significativa con ninguna variable docente. De los seis dominios específicos de MUYE, únicamente soporte vital (59,4%) y valoración y orientación sindrómica del paciente urgente (50,0%) superaron el 50% de cobertura mediana. Doce de los trece dominios transversales del RD 589/2022 presentaron una mediana del 0%, entre los que se encuentran equidad, investigación y docencia. Estos hallazgos reflejan una discrepancia sustancial entre la cobertura documental declarada en las guías docentes y el marco competencial del POE-MUYE.

B. Ruiz-Antorán, et al. *Emergencias 2026;38:439-446*