

El ser atendido en el servicio de urgencias hospitalario (SUH) es un factor predictor de colonización por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM)

La prevalencia de SAMR entre los residentes de centros de larga estancia (CLE) es del 26%.

Estudio descriptivo transversal, llevado a cabo entre los residentes de los CLE del área norte de la isla de Tenerife. Junto al resto de variables clínico-epidemiológicas se recogieron muestras nasales que se sembraron en agar chromID@MRSA, que es capaz de discriminar entre colonizados por SAMR o no. Se incluyeron 624 residentes en los que se encontró una tasa de colonizados del 26%. De ellos un total de 64 residentes fueron atendidos en el SUH durante los tres meses previos al estudio. En el análisis multivariante se comprobó que la existencia de lesiones en la piel con OR 1,6 (IC 95%: 1,11-2,44) y el haber sido atendido en el SUH en los tres meses previos con OR 2,05 (IC 95%: 1,29-3,26) fueron los factores relacionados con la existencia de colonización por SAMR. El clon predominante fue ST-5 SAMR-IVa (75,8%) que es conocido por su estrecha relación con la asistencia sanitaria. Los autores concluyen su estudio reclamando la implantación de un sistema de vigilancia activa de SAMR en los SUH, así como extremar las medidas preventivas frente a la transmisión cruzada de microorganismos multiresistentes.

B. Gómez-Alonso et al. *Emergencias 2016;28:381-386*

Novedoso e importante documento para el urólogo: "Recomendaciones de manejo de la diabetes, de sus complicaciones metabólicas agudas y de la hiperglucemia relacionada con corticoides en los servicios de urgencias (SU)"

Primer consenso orientado exclusivamente para los SUH que ha sido elaborado por el grupo de trabajo en diabetes de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES-Diabetes).

Un significativo porcentaje de los pacientes atendidos en los SUH (20-40%) son diabéticos. Además, la hiperglucemia es un hallazgo muy frecuente, bien como motivo inicial de consulta o como situación concomitante con otros problemas y enfermedades agudas. La diabetes mellitus (DM) aumenta el riesgo de enfermedades que predisponen a la hospitalización (enfermedades cardiovasculares, nefropatías, cáncer e infecciones, entre otras), así como las complicaciones producidas por el propio desorden metabólico. En este escenario resulta fundamental que los pacientes con DM reciban un tratamiento correcto y protocolizado en los SUH, que evite los episodios de hiper e hipoglucemia, ya que ambas situaciones empeoran el pronóstico. Por todo ello, la lectura de este documento resulta muy relevante e importante para los urólogos. En él se encuentran las recomendaciones e indicaciones para que el urólogo pueda prevenir, diagnosticar y tratar de una manera correcta y eficiente las complicaciones agudas de la DM como son la hiperglucemia simple, la cetoacidosis diabética, la situación hiperosmolar y la hipoglucemia, así como las indicaciones y la forma de administración de insulina intravenosa en los pacientes críticos. Sin duda, este gran trabajo del grupo SEMES-Diabetes será durante los próximos años la referencia para el manejo de la DM en los SUH.

E. Álvarez-Rodríguez et al. *Emergencias 2016;28:400-417*

La escala CAT (*COPD Assessment Test*) podría ser una herramienta de utilidad a la hora de predecir el ingreso hospitalario y la visita en los dos primeros meses, especialmente en la población ingresada por exacerbación de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EAEPOC)

Las puntuaciones más altas obtenidas en la escala CAT se relacionan con una más lenta recuperación de las hospitalizaciones recurrentes.

Novedoso estudio prospectivo desarrollado durante un año sobre 191 pacientes con EAEPOC, atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Galdakao-Usansolo, que estudia la influencia de la calidad de vida en la toma de decisión de ingreso y los resultados adversos a 2 meses.

E. Pulido et al.

Emergencias 2016;28:387-395

Junto con la lectura del artículo de Pulido et al., se hace imprescindible reflexionar sobre el contenido del editorial incluido en este número de EMERGENCIAS.

"Agudizaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en el departamento de urgencias: más allá de los leucocitos, la PCR y la radiografía", en donde, entre otras demandas, se reclama la investigación colaborativa sobre la historia natural de la EPOC entre neumólogos, médicos de atención primaria y urólogos.

A. Huerta y J.R. Hurst

Emergencias 2016;28:361-362

Las acciones emprendidas por un equipo de mejora (EM) son eficaces para incrementar la sedación farmacológica (SDF) durante la reparación quirúrgica de heridas en menores de 5 años en el servicio de urgencias pediátricas (SUP)

El 95% de las familias de los niños en los que se utilizó SDF volvería a escoger esta opción en un procedimiento similar.

Estudio cuasiexperimental que incluyó a los niños menores de 5 años que consultaron en el SUP del Hospital de Cruces por heridas que precisaron reparación quirúrgica con sutura. A los 2 y 9 meses tras las acciones implementadas se analizaron los porcentajes de menores de 2 años y pacientes de 2-5 años a los que se administró SDF en la reparación de sus heridas, y se compararon con los existentes antes de la intervención. Previo a esta, el 10% de los menores de 2 años recibieron SDF que aumentó al 22% a los 2 meses y al 31,4% a los 9 meses ($p < 0,01$). Y en los niños de 2 a 5 años los porcentajes fueron 4,4, 10 y 25%, respectivamente ($p < 0,01$).

M. González et al.

Emergencias 2016;28:375-380

La existencia de una unidad de corta estancia (UCE) es el factor más destacado de entre los asociados (clínicos y organizativos) a un tiempo de estancia hospitalaria (TDEH) corto en los pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca aguda (ICA)

La existencia de ICA hipotensiva, de hipoxemia en urgencias y el ingresar en miércoles, jueves o viernes se asociaron a TDEH mayor de 4 días.

Interesante estudio multicéntrico que incluyó a 1.359 pacientes llevado a cabo por el grupo ICA-SEMES con seguimiento prospectivo de pacientes con ICA ingresados en 10 hospitales españoles con UCE. Tras el análisis de regresión logística, los factores independientes relacionados con un TDEH corto en el modelo simple fueron 9: el ingresar en una UCE, la crisis hipertensiva y la no adherencia terapéutica se asociaron de forma directa, mientras que la infección como factor precipitante (FP), otros FP, el tipo de ICA, la hipoxemia y la anemia detectadas en urgencias, y el ingreso en miércoles, jueves o viernes se asociaron de forma inversa. Por su parte, en el modelo de regresión mixta ajustado al centro los factores independientemente asociados a TDEH corto fueron el ingresar en una UCE (OR 16,6, IC95%: 10-33,3; $p < 0,001$) y la crisis hipertensiva (OR 1,79, IC95%: 1,17-2,73; $p = 0,007$) como FP del episodio agudo. Mientras que la ICA hipotensiva (OR 0,49, IC95%: 0,26-0,91; $p = 0,025$), la hipoxemia en urgencias (OR 0,68, IC95%: 0,53-0,88; $p = 0,004$), y el ingresar en miércoles, jueves o viernes (OR 0,62, IC95%: 0,49-0,77; $p < 0,001$) se asociaron a TDEH mayores de 4 días. El ABC-COR predictiva de un TDEH corto (≤ 4 días) del modelo simple fue de 0,80 y del modelo mixto ajustado al centro de 0,83 (ver figura).

V. Carbajosa et al.

Emergencias 2016;28:366-374

En relación con el anterior artículo, este número de EMERGENCIAS publica un excelente editorial del profesor W. Frank Peacock (Baylor College of Medicine, Houston, Texas): ¿Cuándo y durante cuánto tiempo tienen que estar ingresados los pacientes con ICA?

El Dr. Peacock señala que lo más importante del artículo de Carbajosa et al. es demostrar que los pacientes ingresados en la UCE tienen 2 días menos de TDEH que los que lo hacen en la planta, manteniendo un porcentaje de visitas a los 30 días similar. Lo que confirmaría el evidente beneficio de la atención de estos pacientes con ICA en las UCE.

W. Frank Peacock

Emergencias 2016;28:363-365

