

La puesta en marcha de una unidad de corta estancia (UCE) puede contribuir a mejorar los indicadores de gestión clínica y de calidad del conjunto del hospital y de los servicios que compartan con ella los ingresos de patologías de alta prevalencia

La estancia media de un hospital de tercer nivel se redujo de 6,49 a 5,99 días y el índice de estancia media ajustado (IEMA) pasó de 0,99 a 0,90 tras la apertura de la UCE.

Estudio cuasiexperimental que comparó dos periodos antes y después de la puesta en marcha de la UCE en el Hospital Universitario de Burgos. Para el objetivo principal del estudio se registraron los episodios de pacientes ingresados en el hospital pertenecientes a los grupos relacionados con diagnóstico (GRD) que con más frecuencia ingresaron en la UCE: insuficiencia cardiaca aguda (ICA), exacerbación de la EPOC, neumonía y otras infecciones respiratorias, pielonefritis aguda y otras infecciones urinarias. En relación al objetivo principal del estudio se observó un descenso del tiempo de estancia media del conjunto del hospital en un 7%, con una razón de incidencia (IRR) de 0,93 (IC 95%: 0,91-0,95) y de las áreas médicas en un 6% con IRR de 0,94 (IC 95%: 0,92-0,96) en los diferentes periodos de estudio en los 5 GRD analizados. También fue destacable la mejora del IEMA, con un descenso del conjunto del centro de un 8%, con IRR 0,92 (IC 95%: 0,90-0,94), a pesar del incremento del peso medio, tanto del hospital como de las áreas médicas. Todo ello, sin un incremento de los efectos adversos recogidos en el hospital durante el periodo de estudio, ni de la mortalidad intrahospitalaria ni de los reingresos a los 30 días. Por otra parte, la estancia media de la UCE se mantuvo durante los tres años de funcionamiento por debajo de 3 días. Este interesante estudio insinúa por primera vez el impacto que pueden tener las UCE en el conjunto de indicadores de calidad del hospital.

F. Richard et al.

Emergencias 2017;29:147-153

La aplicación de cloruro de etilo en aerosol, previo a la punción arterial como anestésico local, no ha demostrado ser una intervención eficaz en la reducción del dolor que se origina en el procedimiento

La intensidad del dolor experimentado durante la técnica medido por la escala Numeric Pain Rating Scale (NRS-11) fue de 2 (mediana) con RIQ 1-5 en el grupo intervención y de 2 (RIQ 1-4,5) en el grupo placebo ($p = 0,72$).

Novedoso ensayo clínico aleatorizado, simple ciego realizado en el Hospital de Basurto. Se incluyeron 126 pacientes a los que se les había solicitado una gasometría arterial, asignándoles al azar a un grupo de tratamiento tópico experimental con cloruro de etilo en aerosol ($n = 66$) o a un grupo control con mezcla hidroalcohólica en aerosol ($n = 60$), administrado inmediatamente antes de la punción arterial. Las medias de edad (DE) de los pacientes fueron de 67,1 (14,4) años y 68,7 (12,1) años para los grupos intervención y control. No se encontraron diferencias significativas entre el porcentaje de éxitos logrados en el primer intento de punción o de la dificultad del procedimiento en ambos grupos. Tampoco en el tiempo de ejecución de la técnica de extracción de sangre. No se describieron complicaciones o efectos adversos imputables a la aplicación del cloruro de etilo o del placebo.

S. Ballesteros et al.

Emergencias 2017;29:161-166

La implantación del Código Sepsis (CS) en Aragón consigue una mejora en la aplicación de las medidas recomendadas por la Campaña Sobrevivir a la Sepsis (CSS) Tanto la mortalidad intrahospitalaria como a los 30 días disminuyeron en un 10% en el grupo de pacientes diagnosticados de sepsis tras la puesta en marcha del CS.

Relevante estudio cuasiexperimental que comparó dos cohortes antes (grupo pre-CS) y después (grupo pos-CS) de la implantación de un CS que consistió en la activación electrónica, a partir de parámetros clínicos alterados, de rutas de atención específica y la formación basada desde el triaje en la CSS. Las variables de resultado fueron los porcentajes de cumplimiento de las distintas medidas recomendadas por la CSS en las tres primeras horas desde la llegada al servicio de urgencias, mortalidad hospitalaria y a los 30 días. Se incluyeron 222 pacientes en cada grupo. El porcentaje de cumplimiento fue mayor tras la implantación del CS respecto a la administración del antibiótico en la primera hora, la extracción de hemocultivos, la determinación del ácido láctico y la aplicación de volumen aplicado/indicado (ver figura). La mortalidad intrahospitalaria fue del 31,1% en el grupo pre-CS y de 20,7% en el grupo pos-CS ($p = 0,016$) y la mortalidad a los 30 días fue de 30,1% en el grupo pre-CS y del 19,8% en el grupo pos-CS ($p = 0,016$).

J.M. Ferreras et al.

Emergencias 2017;29:154-160

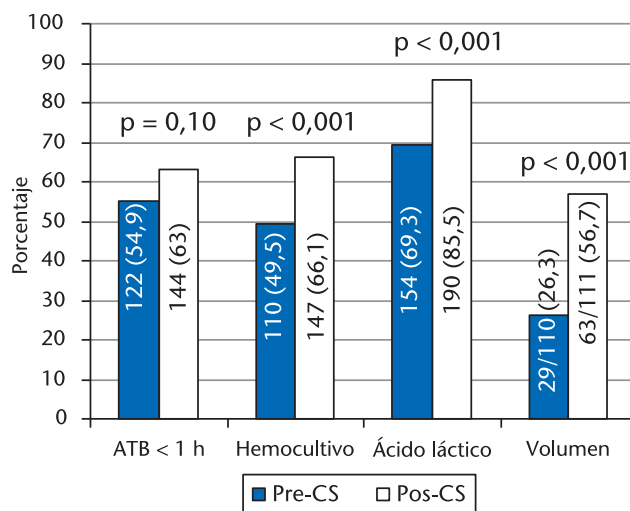


Figura 2. Porcentaje de cumplimiento del grupo de medidas pre y posimplantación del código sepsis (pre-CS y pos-CS, respectivamente) [n (%)] expresado en las columnas. ATB: antibioterapia; H: hora; Volumen: carga de 30 ml/kg si indicado por hipotensión o hiperlactacidemia, (aplicado/indicado).

En este número de EMERGENCIAS se publica una revisión sistemática cuyo objetivo es el análisis de la prevalencia de los factores precipitantes en la insuficiencia cardiaca aguda (ICA) y su papel pronóstico (reingreso y mortalidad)

Es posible identificar al menos un factor precipitante (FP) entre el 60-98% (en función de los diferentes ámbitos de los estudios) de los casos de ICA.

Útil e interesante manuscrito para el *urgenciólogo* debido a que la ICA se ha convertido en un problema de salud pública de primer orden, representando el principal motivo de consulta y de hospitalización en los servicios de urgencias (SU) de pacientes mayores de 65 años. En el SU se debe realizar el diagnóstico, la estabilización del paciente y la definición del perfil clínico del paciente con ICA. Aunque, un paso más sería la detección de los posibles FP del proceso agudo, con el fin de corregirlos y contribuir a un mejor manejo del mismo. Como FP se consideraron y revisaron la infección (el más prevalente en España), la hipertensión arterial (HTA) no controlada, la trasgresión dietética o la terapéutica, el síndrome coronario agudo (SCA), las arritmias, la anemia, la insuficiencia renal aguda y el tromboembolismo pulmonar. Además, se evalúan FP de la ICA en situaciones particulares (pacientes diabéticos, ancianos, con ICA *de novo*, con función sistólica preservada frente a función sistólica disminuida). Finalmente se analiza la relación entre los FP de ICA y el pronóstico (mortalidad, reconsultas en el SU y la estancia media).

Algunos FP se han asociado a menor riesgo de reconsulta y otros a una mayor mortalidad intrahospitalaria, pero hacen falta estudios de intervención sobre los FP para conocer hasta qué punto se puede modificar el pronóstico de la ICA.

A. Aguirre et al.

Emergencias 2017;29:185-193

La competencia profesional de enfermería en el triaje se relaciona con la formación previa y la experiencia en el servicio de urgencias hospitalario (SUH)

El 22,2% de los profesionales no tienen ninguna formación específica en triaje.

Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico realizado en los SUH de "Terres de l'Ebre" donde los enfermeros/as que realizan la labor del triaje utilizan el Modelo Andorrano de Triaje-Sistema Español de Triaje (SET-MAT). Se analizaron 54 cuestionarios evaluativos de competencias COM_VA® junto a otras variables sociodemográficas, la formación previa en triaje y en paciente crítico, así como la seguridad percibida en la realización del triaje y otras habilidades profesionales. El nivel competencial (COM_VA®) es mayor en enfermeros con formación en paciente crítico ($p = 0,001$) y triaje ($p = 0,002$) y con experiencia en el SUH ($p < 0,001$).

E. Martínez-Segura et al.

Emergencias 2017;29:173-177