

No se observan diferencias destacables al comparar las unidades de corta estancia (UCE) en función de su dependencia funcional

Las UCE dependientes de los servicios de urgencias (UCEU) consiguen una estancia media inferior que las dependientes de medicina interna (UCEMI) (2,65 días vs 3,73) sin una mayor tasa de reingresos a los 30 días o de mortalidad no esperada

Novedoso estudio descriptivo de análisis transversal de 37 hospitales españoles con UCE elaborado desde el 1 junio hasta el 31 de diciembre de 2012. La distribución de las mismas según su dependencia funcional fue 23 UCEU (62%), 9 UCEMI (24%) y 5 independientes (UCEI) (14%). La disponibilidad de recursos al alta como hospitalización domiciliaria o centros de convalecencia fue asimismo similar: 11 de 23 en las UCEU (48%), 5 de 9 en las UCEMI (56%) y 3 de 5 en las UCEI (60%). Los diagnósticos más frecuentes fueron la exacerbación de la patología crónica cardiaca y respiratoria y las infecciones urinarias y respiratorias. La edad media intergrupos mostró diferencias (UCEI 75,6 años vs UCEU 67,2 vs UCEMI 57,8; $p = 0,02$). Las UCEU reducen, respecto a las UCEMI, en un 30% la estancia media ($p = 0,047$) y ofrecen una mayor proporción de altas en fin de semana (18,7% vs 10%, $p = 0,084$) y un mayor índice de rotación cama/mes (10,1 vs 5,64). Por el contrario, la mortalidad intrahospitalaria fue menor en el grupo de las UCEMI respecto a las UCEU (0,64% vs 3%; $p = 0,033$) aunque, en este último caso, si se excluyen del análisis los pacientes paliativos o en situación de últimas horas no se aprecian diferencias significativas en la mortalidad (UCEMI 0,18% vs UCEU 0,59%; $p > 0,05$).

F. Llopis et al.

Emergencias 2015;27:109-112

La saturación de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH): causas, consecuencias y nuevas propuestas para un viejo problema

Excelente y completo artículo de revisión que analiza paralelamente la evolución de los SUH y, paradójicamente, la permanencia de las situaciones de saturación en los mismos

Durante las dos últimas décadas hemos asistido al desarrollo de los SUH a través de su reforma estructural, la dotación de personal sanitario propio, el despliegue de planes de soporte estacional, el diseño de vías clínicas y protocolos o la implantación de circuitos de resolución asistencial alternativos, entre otras medidas. A pesar de todo ello, las situaciones y episodios de saturación de los SUH, cuando la demanda asistencial supera la capacidad de proporcionar un servicio de atención urgente de calidad, continúan sucediéndose y el debate en cuanto a sus causas y posibles soluciones sigue abierto. Las causas de la saturación son diversas e implican aspectos intrínsecos del propio SUH y externos. Seguramente los más determinantes son los derivados de la propia dinámica hospitalaria, fundamentalmente la dificultad en la adjudicación de cama para el ingreso y su disponibilidad real. Los autores, Dr. Tudela y Dr. Mòdol, concluyen esta revisión considerando que las opciones de mejora pasan por planteamientos globales del sistema sanitario, en los que los SUH deberían tener un papel de liderazgo para poder ser eficaces y eficientes, equitativos y de calidad.

P. Tudela et al.

Emergencias 2015;27:113-120

Proyecto Infección en el Paciente Anciano (PIPA): consenso de recomendaciones y propuestas de mejora para el manejo del paciente anciano con sospecha de infección en los servicios de urgencias (SU) de la Comunidad Valenciana

El 40% de los urgenciólogos opina que los sistemas de triaje son poco o nada efectivos para detectar a ancianos con riesgo de infección grave y que así más del 50% de estos pacientes se ubica indebidamente tras su clasificación

Estudio y consenso realizado por un grupo de 21 expertos de medicina de urgencias y emergencias (MUE) de la Comunidad Valenciana que incluye once recomendaciones y propuestas concretas para mejorar la atención del paciente anciano con sospecha de infección en los SU. El estudio se dividió en tres fases: 1) diseño de un cuestionario consensado por el grupo de expertos; 2) realización del estudio tipo encuesta realizado desde el 1 de febrero y el 31 de marzo de 2014 a los urgenciólogos de la Comunidad Valenciana, y 3) elaboración de las recomendaciones y propuestas tras el análisis y discusión de las respuestas de la encuesta en relación con la clasificación, ubicación inicial, el diagnóstico y tratamiento. En opinión de los autores las diferencias clínicas y asistenciales de los pacientes ancianos con sospecha de infección respecto al resto de adultos requieren un abordaje específico y distinto de este subgrupo de enfermos en los SU y la implantación de las recomendaciones y medidas propuestas en el consenso que, en el futuro, deberán ser evaluadas.

A. Almela et al.

Emergencias 2015;27:87-94

Distintas intervenciones formativas en el servicio de urgencias (SU) logran implantar protocolos adaptados a las guías de práctica clínica de anticoagulación y disminuir las complicaciones e ingresos por insuficiencia cardiaca (IC) a corto y medio plazo en los pacientes con fibrilación auricular (FA)

En este número de EMERGENCIAS se publican dos interesantes estudios que se convertirán en referencia de cómo a través de una acción formativa se mejora la atención de los pacientes en nuestros SU

En el primero de ellos, Valle *et al.*, en un estudio cuasi-experimental seleccionan dos grupos de pacientes mayores de 18 años, pre/post intervención, que fueron atendidos en el SU con FA identificada en el ECG y que presentaban criterios de anticoagulación, según la estratificación de riesgo de la escala CHA₂DS₂-VASc ≥ 2 . Se incluyeron 184 pacientes (86 preintervención y 98 postintervención). Se consiguió aumentar de manera significativa el comienzo de la anticoagulación [preintervención 32 (37%) vs postintervención 95 (97%); $p < 0,001$] y el seguimiento al mes de comenzar el tratamiento [preintervención 26 (30%) vs postintervención 91 (93%); $p < 0,001$]. Por otro lado, en el estudio de Fuenzalida *et al.*, se incluyeron pacientes dados de alta del SU que fueron aleatorizados en dos grupos: 1) 116 pacientes con instrucción por parte de enfermería sobre la FA, su tratamiento, precauciones, síntomas de alarma y control del pulso y tríptico informativo individualizado, y 2) 124 control, sin intervención. A los 30 y 90 días se realizó un seguimiento telefónico. Los pacientes del grupo intervención conocían más los signos de alarma de la FA y su tratamiento ($p = 0,012$ y $p = 0,004$, respectivamente). En la Figura 1 se muestra como las complicaciones relevantes o muerte se presentaron en 16 pacientes (13,8%) del grupo intervención y en 30 pacientes (24,2%) del grupo control ($p = 0,040$). Además, ingresaron menos por insuficiencia cardiaca a los 30 días (0,8% vs 6,4%, $p = 0,023$) y menos por cualquier causa a los 90 días (11,2% vs 20,9%, $p = 0,041$).

J. Valle et al.

C.I. Fuenzalida et al.

Emergencias 2015;27:82-86

Emergencias 2015;27:75-81

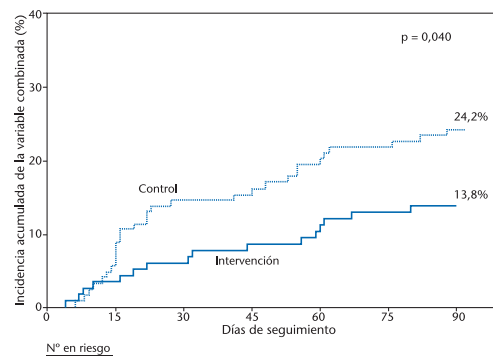


Figura 2. Variable principal (complicaciones o muerte) en los dos grupos de pacientes.

El triaje es realizado por enfermería en el 87% de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) españoles, en el 2,5% por el médico, en el 6,2% de forma conjunta y en el 4,3% en otros sistemas no convencionales

Casi la mitad de los encuestados en el estudio (400 profesionales, 48%) considera que la función del triaje debería ser realizada conjuntamente por enfermería y el urgenciólogo

El objetivo del estudio fue describir la opinión de los profesionales de enfermería españoles sobre distintos aspectos relacionados con el triaje hospitalario y comparar el grado de satisfacción profesional en relación con el sistema de triaje. Estudio descriptivo tipo encuesta sobre 833 profesionales de enfermería de 161 SUH. La edad media fue de 38 ± 8 años, el 78,3% mujeres. El 77,2% de profesionales ha realizado algún tipo de formación en relación con el triaje y el 85% considera que el sistema de triaje garantiza una mejor asistencia a los pacientes más urgentes.

R. Sánchez-Bermejo

Emergencias 2015;27:103-108