

La pérdida de oportunidad en la prescripción de antivirales frente a la COVID-19 en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) españoles es un problema prevalente que afecta más a aquellos pacientes que más lo necesitan

La obesidad y la existencia de una vía clínica automatizada se asocian con una mayor prescripción de antivirales.

Importante estudio transversal retrospectivo elaborado en 16 SUH españoles donde se recogieron pacientes adultos con COVID-19 leve-moderado sintomático confirmado en los primeros 7 días de síntomas, con factores de riesgo de progresión, decisión de manejo ambulatorio y que fueron atendidos durante los primeros 8 meses de 2022. Se estimó la incidencia de pérdida de oportunidad y factores asociados mediante metodología bayesiana asumiendo distribuciones de probabilidad *a priori* no informativas. Así, la incidencia global de pérdida de oportunidad fue del 33,5% (intervalo de probabilidad al 95% -IP 95%- :31,7-35,3), la cual osciló entre centros desde el 17,8% hasta el 50,6%. La edad (*odds ratio* ajustado -ORa-1,021, IP 95%: 1,013-1,029), una indicación más amplia respecto al primer periodo de referencia (ORa tercero 2,641, IP 95%: 1,844-3,783; ORa cuarto 7,440, IP 95%: 5,352-10,343; ORa quinto 17,743, IP 95%: 10,821-29,105), la inmunosupresión (ORa 2,698, IP 95%: 2,115-3,443) y un menor número de dosis de vacunas (no vacunado referencia; ORa 3 dosis 0,287, IP 95%: 0,197-0,417; ORa 4 dosis 0,115, IP 95%: 0,074-0,179) se asociaron con una mayor pérdida de oportunidad. Por otro lado, la obesidad (ORa 0,735, IP 95%: 0,567-0,952) y la existencia de una vía clínica automatizada (ORa 0,287, IP 95%: 0,114-0,721) con una mayor prescripción.

CM. Rodríguez-Leal, et al. *Emergencias* 2025;37:95-102

El estreñimiento crónico (EC) en los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda (ICA) se asocia con su pronóstico a corto plazo (30 días)

El riesgo de muerte o reingreso por ICA a 30 días es mayor en los pacientes con EC.

Novedoso estudio que analizar si el EC de pacientes ingresados por ICA se asocia con el pronóstico. Se recogieron prospectivamente los datos de 492 pacientes hospitalizados por ICA, de los cuales 116 (23,6%) tenían EC al ingreso. Se estableció el diagnóstico de EC cuando se confirmó la presencia de dos de los siguientes síntomas durante al menos 3 meses en el último año: a) esfuerzo excesivo en la defecación, b) heces duras o grumosas, c) sensación de evacuación incompleta, d) sensación de obstrucción o bloqueo anorrectal, y e) menos de tres deposiciones espontáneas por semana. La edad media de los pacientes fue de 64 (DE 11) y 65 (DE 10) años, sin y con EC, respectivamente. Los pacientes con EC tenían mayor prevalencia de insuficiencia renal crónica, valvulopatía, fibrilación auricular y necesidad de ventilación mecánica al ingreso. El análisis de Kaplan-Meier antes y después del emparejamiento por puntuación de propensión demostró que el riesgo de muerte o reingreso por ICA a 30 días era mayor en los pacientes con EC (antes: *log-rank* $p < 0,001$; después: *log-rank* $p = 0,046$).

A. Domínguez-Rodríguez, et al. *Emergencias* 2025;37:103-110

La producción científica de los profesionales de urgencias y emergencias de España creció de forma mantenida durante el quinquenio 2015-2019, con cambios significativos positivos en muchos de los aspectos cualitativos de dicha producción respecto al quinquenio previo

Asimismo, se detectan algunos cambios significativos en cuanto al peso relativo que tienen en esta producción algunos centros y algunas CC.AA.

En este estudio se incluyeron los documentos firmados por profesionales con filiación relacionada con la práctica de la medicina de urgencias y emergencias en un centro español incluidos en *Science Citation Index (SCI)-Expanded*. Entre los resultados más relevantes cabría mencionar que durante el quinquenio 2015-2019 se publicaron de 1.906 documentos (64% artículos originales, un 33% más que en 2010-2014), con una presencia superior de artículos publicados en español (55%) que en inglés (45%), pero con un incremento significativo de estos últimos respecto al quinquenio previo (32%, $p < 0,001$). En la figura se muestra la evolución anual de la producción científica de los profesionales de urgencias y emergencias de España desde 1975 a 2019. La actividad del investigador es mayoritariamente en servicios de urgencias hospitalarios (SUH, 85%), si bien aumentó la producción de profesionales de sistemas médicos de emergencias (SEM, de 8,7% a 11,5%, $p < 0,001$). La primera autoría ha descendido (de 67% a 50%, $p < 0,001$), la filiación universitaria ha aumentado (de 16% a 33%, $p < 0,001$) y los artículos colaborativos con otros servicios del hospital, SUH y otros hospitales, han aumentado ($p < 0,001$ en todos los casos). Las tres áreas de investigación con más documentos fueron cardiovascular (17,6%), enfermedades infecciosas (11,9%) y pediatría (10,7%). Cataluña fue la comunidad que más documentos produjo (510; 26,9%), seguida de Madrid (419, 22,1%) y Andalucía (281,14,8%). Las CC.AA con mayor aumento de su peso relativo en la producción respecto al quinquenio previo fueron Región de Murcia (+71%), Illes Balears (+60%), Comunidad de Madrid (+40%), Castilla-León (+37%), País Vasco (+28%) y Asturias (+27%). El Hospital Clínic lideró la producción hospitalaria (199 de 1.612 documentos, 12%) y los SEM de Andalucía la extrahospitalaria (41 de 219, 19%).

IM. Fernández-Guerrero, et al.

Emergencias 2025;37:117-130

Este número de EMERGENCIAS publica un interesante artículo especial que intenta dar respuesta a la pregunta: ¿a qué pacientes adultos con sospecha de infección grave o sepsis se les debería extraer hemocultivos (HC) en el servicio de urgencias (SU)?

Aunque existe aún controversia, se recomienda extraer HC en el SUH siempre que se confirme el diagnóstico de sepsis o shock séptico, cuando la concentración de procalcitonina (PCT) sea mayor de 0,5 ng/ml y si se obtienen 5 o más puntos al aplicar los modelos de predicción de bacteriemia SMPB-Toledo o el MPB-INFURG-SEMS.

En la actualidad, entre las distintas guías nacionales e internacionales continúan existiendo demasiadas controversias en relación a la obtención adecuada de HC en los SUH. Y la pregunta ¿a qué pacientes adultos debemos extraer HC en el SUH?, no está resuelta ni consensuada. En este escenario, la identificación desde los SUH de los pacientes con riesgo de bacteriemia verdadera es crucial: una bacteriemia no tratada puede evolucionar a estadíos más graves como el shock séptico y aumentar la mortalidad del enfermo. El objetivo principal de este artículo especial es revisar la evidencia científica disponible entre la población adulta atendida en los SUH con sospecha de sepsis o infección grave para definir a qué pacientes se les debería extraer HC, por el impacto que un aislamiento microbiológico representaría para su pronóstico, evolución y mortalidad. Y, tras ello, elaborar distintas recomendaciones consensuadas sobre la indicación de obtener HC en pacientes con infección grave y sepsis.

JJ. Gamazo del Río, et al.

Emergencias 2025;37:131-140

El 7,8% de los intoxicados por drogas de abuso atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) de la red REDUrHE recibieron algún antídoto, fundamentalmente naloxona y flumazenilo

Este uso se relacionó con los casos en que existía un deterioro del nivel de consciencia, y se consideró inadecuado en la mayor parte de los episodios analizados, principalmente el uso de flumazenilo.

Durante 24 meses se registraron pacientes intoxicados por drogas de abuso en 11 SUH, con la exclusión de los casos donde el alcohol fue tóxico único. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, asistenciales y de gravedad que se compararon según la administración, o no, de antídotos, ámbito de administración y grado de adecuación en su empleo según las recomendaciones propuestas por las guías de la *American Heart Association* y en Calitox 2006. Se incluyeron 4.481 pacientes, de los que 351 (7,8%) recibieron antídoto. Naloxona a 243 y flumazenilo a 225 pacientes. El 34,5% recibieron ambos antídotos. La administración inadecuada de flumazenilo fue del 81,3% y del 70,7% para la naloxona. El flumazenilo se administró incorrectamente en pacientes con puntuación > 12 de la escala de coma de Glasgow en el 49,7% y en 5 casos (1,6%) se registraron complicaciones neurológicas graves. La administración inadecuada de antídotos se relacionó con necesidad de intubación y soporte respiratorio con ingreso en unidades de críticos para el flumazenilo ($p < 0,001$) o con precisar sedación para la naloxona ($p = 0,02$).

MC. Rodríguez-Ocejo, et al.

Emergencias 2025;37:87-94