

La estancia prolongada en el servicio de urgencias (SU) es un fenómeno habitual, motivado en gran medida por causas no clínicas

Dicha demora podría estar relacionada con una mayor mortalidad durante la hospitalización.

Con el objetivo de analizar los tiempos de permanencia en un SU entre el triaje y la llegada a la planta de hospitalización, sus causas y las repercusiones sobre la salud de los pacientes, se elaboró este estudio observacional retrospectivo de los tiempos de permanencia en el SU de los pacientes que precisaron hospitalización en especialidades médicas (en los años 2022 y 2023). Se atendieron un total de 257.814 pacientes adultos en dicho periodo en el SU. De ellos, 21.984 (8,5%) ingresaron en los diferentes servicios médicos. El 55,1% varones. Las mujeres mostraron mayor edad [75 (DE 20) frente a 72 (DE 15) años]. La estancia media en el SU fue de 22,8 (DE 14,3) horas y el 61,4% de este tiempo se destinó a procesos administrativos y ubicación en planta. Un 48% permaneció más de 12 horas y un 6% menos de 4 horas. En el análisis *log-rank* se apreció una mayor mortalidad durante el ingreso en los pacientes que permanecieron más tiempo en el SU ($p = 0,002$). Sin embargo, esta asociación no se confirmó en el análisis multivariante, que sí evidenció una relación significativa entre la mortalidad hospitalaria, la edad y el ingreso en una cama "ectópica" (es decir, fuera de la unidad específica del servicio de destino). Por ello, en opinión de los autores, existe la necesidad de optimizar los procesos administrativos y logísticos en el SU para reducir tiempos de espera y mejorar la seguridad del paciente. Así como, es preciso la realización de nuevas investigaciones, llevadas a cabo en distintos hospitales y con la inclusión de variables clínicas, para determinar las causas precisas de estos retrasos y así mitigar sus consecuencias.

I. Fernández Castro, et al. *Emergencias* 2025;37:353-359

Más del 60% de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias hospitalario (SUH) coinciden con los grupos de intensidad de cuidados intermedios, preintensivos e intensivos, lo que equivale a unas ratios enfermero-pacientes requeridas de 1:4, 1:3 y 1:2, respectivamente

Los grupos de mayor intensidad de cuidados fueron los que se asociaron con el traslado a la unidad de cuidados intensivos (UCI), hospitalización o fallecieron.

Interesante estudio con 49.344 pacientes clasificados según el sistema ATIC (*Acute to Intensive Care*) de intensidad de cuidados: 11,6% en agudos, correspondiente a una ratio enfermero-paciente (Ratio EP) de 1:8; 26,4% en intensificación (Ratio EP 1:6); 46,5% en intermedios (correspondiente a una Ratio EP 1:4); 14,8% en preintensivos (Ratio EP 1:3); y 0,7% intensivos (Ratio EP 1:2). El grupo de mayor intensidad de cuidados (preintensivos/intensivos) mostró una mayor incidencia de peores destinos (hospitalización, traslado a UCI y defunción). El grupo intermedios se asoció con hospitalización [OR:1,78 (IC 95%:1,64-1,94)], traslado a UCI [OR:2,07 (IC 95%:1,66-2,58)] y defunción [OR:1,9 (IC 95%:1,14-3,19)]. El grupo preintensivos/intensivos se asoció como factor de riesgo de hospitalización [OR:3,67 (IC 95%:3,34-4,04)], traslado a UCI [OR:3,6 (IC 95%:2,82-4,61)] y defunción [OR:6,19 (IC 95%:3,69-10,39)].

A. Urbina, et al.

Emergencias 2025;37:335-342

Este número de EMERGENCIAS publica un relevante estudio que analiza la probabilidad de eventos adversos en función del tiempo de estancia en el servicio de urgencias (SU) previo a la hospitalización en pacientes de 65 o más años

Los pacientes con limitación funcional e hipotensión tuvieron mayor asociación entre el tiempo de estancia y la mortalidad, y los de edad < 80 años y sin caídas previas mayor asociación entre tiempo de estancia y la hospitalización prolongada.

Este estudio incluyó a 6.333 pacientes, todos aquellos de ≥ 65 años atendidos en 52 SU españoles durante 1 semana incluidos en el Registro EDEN (*Emergency Department and Elder Needs*) que fueron hospitalizados y de los que se dispondría del tiempo de permanencia en urgencias. Los eventos adversos considerados fueron mortalidad intrahospitalaria y hospitalización prolongada (> 7 días) en pacientes dados de alta vivos. Los pacientes permanecieron en el SU entre 0 y 240 horas previamente a ser trasladados a una cama de hospitalización (mediana: 6 horas; y un 12,6%, 3,5%, 1,5% y 0,2% de pacientes permanecieron más de 1, 2, 3 y 7 días en el SU, respectivamente). Fallecieron 683 pacientes durante la hospitalización (10,8%) y, entre los no fallecidos, 2.734 tuvieron una hospitalización prolongada (46,9%). En relación con los pacientes con estancia en urgencias de 12 horas (referencia), los que estuvieron 6 y 3 horas tuvieron una OR ajustada de 1,11 (1,01-1,22) y 1,22 (1,03-1,44) para mortalidad intrahospitalaria, y de 0,89 (0,84-0,95) y 0,83 (0,75-0,93) para hospitalización prolongada, respectivamente. Para estancias de 1, 2, 3 y 7 días en urgencias, las OR ajustadas para mortalidad intrahospitalaria fueron de 1,00 (0,94-1,06), 1,18 (0,97-1,43), 1,39 (0,98-1,97) y 2,70 (1,02-7,13), y para hospitalización prolongada de 1,14 (1,09-1,19), 1,39 (1,17-1,62), 1,66 (1,25-2,21) y 3,53 (1,60-7,76). En resumen, tanto la estancia corta como la estancia larga en el SU en pacientes que posteriormente son hospitalizados se asociaron a más probabilidades de mortalidad intrahospitalaria. Sin embargo, la estancia corta se asoció a menos probabilidades de hospitalización prolongada posterior, mientras que la estancia larga se asoció a más probabilidades de hospitalización prolongada. Estas asociaciones podrían producirse de forma significativamente mayor en ciertos subgrupos de pacientes.

O. Miró, et al.

Emergencias 2025;37:343-352

La profilaxis con nirsevimab en España durante la temporada 2024-2025 ha conseguido proteger a los lactantes menores de 6 meses de la infección por virus respiratorio sincitial (VRS) con una efectividad aún mayor que otras estrategias

Aunque existen diferencias entre las CCAA en probable relación con la estrategia de inmunización implementada en cada una de ellas.

Novedoso estudio retrospectivo en 15 servicios de urgencias pediátricos de 9 CCAA diseñado para evaluar el impacto de la profilaxis del VRS con nirsevimab durante su segundo año de administración y analizar las diferencias entre las diferentes estrategias desplegadas por las CCAA durante esta temporada epidémica. Se incluyeron todos los lactantes < 6 meses atendidos en los meses de noviembre, diciembre y enero durante 5 temporadas epidémicas (2018-2019, 2019-2020, 2022-2023, 2023-2024 y 2024-2025). En comparación con el promedio de las temporadas epidémicas previas a la introducción del nirsevimab, en 2024-2025 hubo una disminución de los episodios de bronquiolitis aguda del 65,5% (IC 95%: 64,3-63,7). Los ingresos por bronquiolitis disminuyeron un 74,7% (IC 95%: 72,7-76,6) y los ingresos en las unidades de cuidados intensivos pediátricos se redujeron en un 72,9% (IC 95%: 68,1-77,2). Las reducciones conseguidas en la temporada 2024-2025 fueron mayores a las obtenidas en la temporada 2023-2024. El hospital perteneciente a la CCAA que decidió no inmunizar a los lactantes nacidos antes del inicio de la epidemia obtuvo los peores resultados. En las CCAA que aplicaron la misma estrategia, obtuvo peores resultados aquella que inmunizó a los nacidos fuera de temporada a través de hospitales seleccionados en lugar de en los centros de Atención Primaria.

D. Andina, et al.

Emergencias 2025;37:360-366

La aplicación de una metodología estandarizada de registro en los servicios de urgencias (SU) de España y Portugal evidencia el valor de la farmacia clínica para optimizar la farmacoterapia, apoyar al equipo asistencial y reducir costes sanitarios

La formación de los profesionales sanitarios en el uso correcto de medicamentos es esencial para reducir errores y prevenir eventos adversos, especialmente en el ámbito de los SU.

Estudio multicéntrico, observacional y prospectivo sobre las intervenciones farmacéuticas (IF) durante 2 meses (12/4/2021 a 11/6/2021). Se identificaron 36 tipos de IF, clasificados en cinco categorías: prevención de eventos adversos relacionados con medicamentos, utilización de recursos, individualización de la atención, atención directa al paciente y tareas administrativas o de soporte. Participaron 46 farmacéuticos hospitalarios de 38 hospitales de España y Portugal, realizando un total de 5.667 IF. De ellas, el 86,6% (4.907) fueron aceptadas por el equipo médico y el 95,3% (5.402) proactivas. El 36,5% (2.068) correspondieron a tareas administrativas, el 35,9% (2.035) a individualización de la atención, el 22,4% (1.269) a prevención de eventos adversos, el 2,4% (135) a atención directa y el 1,3% (75) a optimización de recursos; el 1,5% (85) no se pudo clasificar. El 94,5% de las IF presentaron (según sistema GRADE) un nivel de evidencia III, el 4,2% nivel IV, el 1,2% nivel Ib y el 0,1% nivel IIa. El coste potencial evitado fue de 1.984.474,90 €.

J. Ramos Rodríguez, et al.

Emergencias 2025;37:367-372