

La carga de trabajo de los pacientes en el servicio de urgencias (SU) se relaciona con la edad, el nivel de triaje, el nivel de dependencia, el circuito de atención y entrar en el área de reanimación

Estas variables permiten calcular las ratios enfermero-paciente adecuadas según la carga asistencial.

OPTIRATIO es un interesante estudio observacional transversal analítico realizado con 409 pacientes entre octubre 2024 y enero 2025. Se diseñó para medir la puntuación de las cargas de trabajo con la escala de Valoración de las Cargas de Trabajo y Tiempos de Enfermería (VACTE®) de los enfermeros del SU en función del área de atención, nivel de triaje y nivel de dependencia de los pacientes para establecer una ratio enfermero-paciente óptima. El VACTE®/paciente fue superior a medida que aumentaba la edad ($p < 0,01$). Los pacientes del área de alta complejidad tenían una puntuación mediana mayor ($p < 0,01$), así como los del área de reanimación ($p < 0,01$). Los pacientes de nivel 1 de triaje tenían puntuaciones superiores al resto ($p < 0,01$). También, se observaron diferencias en las puntuaciones VACTE®/paciente en función del nivel de dependencia ($p < 0,01$). El 46% de la variabilidad del VACTE®/paciente se explicó a partir del nivel de triaje y la edad. Con estos datos se calcularon el número de enfermeros necesarios para cada nivel de triaje a partir de la muestra y la afluencia diaria. Las cargas de enfermería fueron muy elevadas y la carga de trabajo se consideró desproporcionada según la escala de medida.

A. Fontova-Almató, et al.

Emergencias 2026;38:13-19

Las temperaturas extremas generan un aumento de la actividad en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH), especialmente de los casos más graves

Estos hallazgos confirman la necesidad de consolidar planes asistenciales específicos de verano e integrar indicadores de urgencias en los sistemas de vigilancia para afrontar los efectos del cambio climático.

Novedoso estudio observacional, multicéntrico, ecológico y de series temporales retrospectivo que analiza la relación entre las temperaturas extremas y las consultas a los SUH de Cataluña. Además, evalúa su impacto en la presión asistencial y en la gravedad de los casos atendidos. Se incluyeron 8 hospitales públicos, que atienden a una población de 4,7 millones de personas. Se analizaron las consultas a urgencias entre enero de 2020 y agosto de 2025, clasificadas según su triaje. Las temperaturas diarias (media, mínima y máxima) se obtuvieron de 198 estaciones meteorológicas del Servei Meteorològic de Catalunya, asignadas a cada hospital por proximidad. La asociación entre temperatura y hospitalizaciones se evaluó mediante modelos no lineales de retraso distribuido (DLNM) con regresión cuasi-Poisson. Así, durante el periodo de estudio se registraron más de 4,55 millones de consultas, con una media de 275 consultas diarias por hospital; el 47,2% correspondieron a pacientes con niveles de triaje I, II y III. Se identificaron dos picos de presión asistencial: en invierno (octubre-diciembre) y en verano (mayo-agosto). La temperatura máxima mostró la asociación más significativa con las hospitalizaciones: un incremento del 42,8% en el total de consultas y del 37,7% en pacientes de nivel 1 en los percentiles más extremos respecto a valores de referencia.

O. Yuguero, et al.

Emergencias 2026;38:5-12

Este primer número de EMERGENCIAS de 2026 publica un Documento de Consenso (DC) relevante y esperado: Recomendaciones para la identificación y atención inicial del paciente con infección grave y sepsis en los servicios de urgencias (SU) del GT-LATINFURG (grupo de trabajo latinoamericano para la mejora de la atención del paciente con infección en urgencias)

El objetivo principal de este DC es analizar, desde la base de la práctica clínica habitual, experiencia, evidencia y perspectiva de los médicos de los SU, algunos de los puntos clave y distintas controversias para establecer una serie de recomendaciones en la infección grave y la sepsis mediante un consenso de expertos basadas en la evidencia científica actual.

Hace varios años, en el marco del CIMU 2022 (33 Congreso Mundial de Medicina de Urgencias) se revisó y analizó desde la perspectiva del médico de urgencias y emergencias (MUYE) la Guía Surviving Sepsis Campaign de 2021. Los expertos que realizaron esa tarea también identificaron distintas propuestas para su mejora desde el punto de vista del GT-LATINFURG. La primera de ellas era, precisamente, elaborar este DC. Desde entonces y gracias a múltiples artículos originales de investigación y de revisión publicados por GT-LATINFURG e INFURG-SEMS (grupo de estudio de infecciones de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias), hoy en día existe evidencia científica generada en los propios SU. El proyecto estuvo dirigido por un comité científico (CC) compuesto por 9 expertos en MUYE de hospitales de España y Latinoamérica que eligieron 20 preguntas PICO que consideraron como las más relevantes para la atención inicial de los pacientes en los SU. A través de FLAME (Federación Latinoamericana de Medicina de Emergencias) y SEMES se convocó a un grupo de trabajo de 70 expertos que representan a más de 50 hospitales de 19 países (<https://revistaemergencias.org/extra/5189.pdf>). Estos, formaron grupos de trabajo para cada pregunta PICO y realizaron las revisiones sistemáticas según la lista de la declaración PRISMA. En este escenario, los MUYE representan un eslabón clave en la atención del paciente con infección grave, ya que es donde se realiza la sospecha clínica, la toma de muestras microbiológicas y el inicio del tratamiento individualizado, inmediato y adecuado a cada paciente, lo que determinará en gran medida la evolución clínica del enfermo. Así, la "cadena de la supervivencia de la sepsis" en los SU se transforma en la "Cadena de la detección, prevención de la progresión y atención del paciente con sepsis en urgencias" (ver figura) que se pone en marcha en el triaje en el "momento cero" con el paquete de medidas (*bundle*) a aplicar de forma individualizada lo antes posible.



A. Julián-Jiménez, et al.

Emergencias 2026;38:27-63

Existen diferencias estructurales significativas en el manejo hospitalario de la parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria (PCREH) en España por enfermedad cardíaca subyacente

Los pacientes atendidos en centros con disponibilidad de laboratorio de hemodinámica (LabH) y mayor volumen de actividad presentan mejor pronóstico, especialmente aquellos con patología cardíaca aguda.

Importante estudio que analiza el impacto del tipo de hospital y los traslados entre hospitales en el manejo y pronóstico de pacientes con PCREH. Para ello, se elaboró un estudio poblacional retrospectivo (2016-2022) de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de PCREH debida a causa cardíaca subyacente. Los episodios se distribuyeron en tres grupos: 1. pacientes ingresados y dados de alta en hospitales sin LabH; 2. pacientes trasladados desde hospitales sin LabH a hospitales con LabH; y 3. pacientes ingresados y dados de alta en hospitales con LabH. Las variables de resultado incluyeron mortalidad intrahospitalaria y la anoxia cerebral. Se utilizaron modelos de regresión logística multinivel para el ajuste de riesgo. Se analizaron 6.379 episodios que tuvieron una mortalidad global del 42,7%. Los principales predictores de mortalidad fueron la anoxia cerebral con OR:5,8 (IC 95%:4,97-6,88) y la hepatopatía crónica con OR:2,61 (IC 95%: 1,88-3,61). Por otro lado, la pertenencia al grupo 2 con OR:0,27 (IC 95%: 0,17-0,41) o al grupo 3 con OR:0,81 (IC 95%: 0,68-0,96) tuvo un efecto protector. Además, los centros con mayor número de altas de enfermedades del aparato circulatorio mostraron menor mortalidad. Optimizar la derivación precoz a centros especializados y avanzar hacia un modelo coordinado basado en redes o centros de parada cardíaca podría mejorar los resultados en este perfil de pacientes.

P. Jorge-Pérez, et al.

Emergencias 2026;38:20-26