

La reducción de la espera prolongada para ingreso desde los servicios de urgencias (SU) podría evitar un número significativo de muertes intrahospitalarias en pacientes de edad avanzada

Este novedoso estudio desarrolla una calculadora que estima la mortalidad atribuible al retraso para ingresar en pacientes de 75 años o más.

La espera prolongada para el ingreso hospitalario desde los SU o "boarding" se ha asociado con un aumento de la mortalidad intrahospitalaria, especialmente en pacientes de edad avanzada. Sin embargo, su impacto clínico poblacional se desconoce. Se desarrolla una calculadora de impacto clínico destinada a estimar el número de muertes intrahospitalarias potencialmente evitables asociadas a la reducción de estancias en el SU superiores a 24 horas en pacientes ≥ 75 años. A través de un modelo conceptual basado en datos estructurales y asistenciales del hospital y en estimaciones de riesgo procedentes de la literatura científica. La exposición se definió como la espera para ingreso hospitalario superior a 24 horas. La calculadora permite transformar riesgos relativos (RR) procedentes de estudios observacionales y metanálisis en estimaciones absolutas de muertes potencialmente evitables, expresadas en períodos mensuales o anuales. Esta estimación se situó en torno a 124 casos anuales en el escenario base (RR 1,3) y a 239 casos en escenarios de mayor vulnerabilidad (RR 1,8). Estas cifras, basadas en datos reales agregados, deben interpretarse como estimaciones poblacionales derivadas de un modelo y no constituyen una validación clínica causal. La herramienta desarrollada facilita considerar el límite de 24 horas como un estándar de seguridad del paciente y apoya la adopción de estrategias organizativas orientadas a minimizar el boarding.

C. Carballo, et al.

Emergencias 2026;38:325-329

En pacientes mayores con ingreso hospitalario a través de urgencias en un hospital con baja frecuencia de pernoctación en urgencias, no se demostró asociación entre pernoctar en urgencias y la mortalidad intrahospitalaria

Sin embargo, la escasez de eventos y el sesgo de selección impiden descartar completamente un efecto perjudicial de la pernoctación en urgencias en los pacientes que precisan hospitalización.

Interesante estudio de cohortes retrospectivo (MIMIC-IV, 2011-2019) en pacientes de ≥ 65 años ingresados desde urgencias en un hospital de Boston (EE.UU.) poco saturado, excluidos los cuidados intensivos. Se definió pernoctación como permanecer en urgencias hasta las 08:00 y control como salir de urgencias antes de la medianoche. Se incluyeron 2.806 pacientes (2.471 control; 335 pernoctación). El tiempo hasta la decisión no difirió, pero la espera de cama fue mucho mayor en el grupo pernoctación (1,2 frente a 20,1 horas). La mortalidad intrahospitalaria fue 2,0% (49/2.471) frente a 2,4% (8/335) con OR ajustada de 1,21 (IC 95%: 0,56-2,60) y la duración total del episodio similar (+0,21 días; IC 95%: -0,14 a 0,57). Los análisis de sensibilidad fueron concordantes para la mortalidad (OR de 1,31, 1,27 y 1,64) y mostraron mayor duración del episodio solo en la cohorte médica (+0,61 días). En el análisis de sensibilidad que no exigía orden de ingreso, la OR fue 0,68 (IC 95%: 0,48-0,97). La edad no modificó los resultados.

A. Fernández-Cisnal, et al. Emergencias 2026;38:330-338

En este número, EMERGENCIAS publica una revisión sistemática y metanálisis (RS-M) que evalúa la asociación entre el tiempo de estancia en urgencias (TEU) y la mortalidad intrahospitalaria

La evidencia disponible no confirma una asociación entre un TEU prolongado y la mortalidad intrahospitalaria en pacientes que resultan hospitalizados.

Se realizó una RS-M según las recomendaciones PRISMA 2020 entre enero de 2022 y diciembre de 2025. Los estudios identificados se combinaron con los de una RS previa que abarcaba hasta 15 enero de 2022. La búsqueda se realizó en PubMed, MEDLINE, Web of Science, EMBASE y Cochrane utilizando la misma estrategia bibliográfica. Se realizaron metanálisis independientes para cada punto de corte utilizado para definir un TEU prolongado y un metanálisis global que incluyó todos los estudios con un punto de corte ≥ 6 horas, considerando únicamente el punto de corte más prolongado cuando un mismo estudio aportaba varios. Se identificaron 6.982 registros y se incluyeron 16 estudios nuevos (9 aptos para metanálisis). Junto con los 20 estudios de la RS previa (13 incluidos en el metanálisis), se analizaron 36 estudios, de los cuales 22 (9,3 millones de pacientes) se incorporaron a la síntesis cuantitativa. No se observó una asociación estadísticamente significativa entre un TEU prolongado y la mortalidad intrahospitalaria para ninguno de los puntos de corte analizados: < 4 horas (OR = 0,83; IC 95%: 0,29-2,35), ≥ 4 horas (OR = 0,82; IC 95%: 0,46-1,46), ≥ 5 horas (OR = 0,60; IC 95%: 0,21-1,70), ≥ 6 horas (OR = 0,95; IC 95%: 0,75-1,21), ≥ 8 horas (OR = 1,10; IC 95%: 0,73-1,65) y ≥ 24 horas (OR = 0,78; IC 95%: 0,56-1,08). El metanálisis global tampoco mostró asociación (OR = 1,02; IC 95%: 0,85-1,23). La heterogeneidad fue elevada ($I^2 = 80-98\%$; $I^2 = 97\%$ en el análisis global) y no se detectó sesgo de publicación relevante. Los estudios que analizaron el TEU como variable continua sugirieron un incremento de la mortalidad con estancias progresivamente más prolongadas. Algunos estudios detectaron asociación entre TEU prolongado y mayor duración de la hospitalización, consumo de recursos, costes hospitalarios y complicaciones específicas, así como mayor necesidad de ingreso (UCI). Así, la evidencia disponible no confirma una asociación entre un TEU prolongado y la mortalidad intrahospitalaria en pacientes hospitalizados. La elevada heterogeneidad limita la interpretación de los resultados y pone de manifiesto la necesidad de estudios con metodologías y definiciones del TEU más homogéneas. Además, la interpretación está limitada por la imposibilidad de diferenciar de forma homogénea el tiempo asistencial del boarding time en los estudios primarios.

C. L. di Paolo, et al.

Emergencias 2026;38:359-375

Relevante estudio multicéntrico prospectivo de 13 años en Francia que analiza la atención obstétrica urgente de los partos extrahospitalarios no planificados

La difusión periódica de guías clínicas se ha asociado con cambios relevantes en las prácticas prehospitalarias y con un mayor cumplimiento de las recomendaciones.

Con el objetivo de describir la evolución temporal en la atención obstétrica prehospitalaria de los partos extrahospitalarios no planificados (PENP). Así como, de evaluar el cumplimiento de las guías clínicas e identificar áreas de mejora en la formación y en la organización asistencial, se realizó un análisis del registro francés de PENP. Se incluyeron 3.473 partos atendidos entre octubre de 2011 y junio de 2024 por 79 Servicios de Emergencias Médicas. Se observaron incrementos significativos en el intervalo desde la llamada al centro coordinador hasta la llegada del equipo asistencial ($p = 0,01$) y en el tiempo desde el parto hasta la expulsión de la placenta ($p < 0,01$). El uso de oxitocina profiláctica para el manejo activo de la expulsión de la placenta aumentó ($p = 0,01$). Por el contrario, disminuyeron la medición de la glucemia neonatal ($p = 0,01$) y la aspiración nasofaríngea rutinaria ($p < 0,01$). En el ámbito neonatal, la medición de la temperatura *in situ* se redujo ($p < 0,01$). El uso de gorros, bolsas de polietileno y mantas disminuyó, mientras que aumentaron el contacto piel con piel y el uso de incubadora en el traslado. La proporción de recién nacidos que no recibieron ninguna medida de protección térmica aumentó ($p = 0,045$). Aunque, persisten retos importantes: el incremento de los tiempos de respuesta, la necesidad de consolidar el uso de oxitocina profiláctica y la prevención de la hipotermia neonatal.

C. Duchanois, et al.

Emergencias 2026;38:347-358

Tanto el Índice de Gravedad de Emergencias (ESI) como el Sistema de Triage Manchester (MTS) demostraron una alta sensibilidad en la asignación de pacientes sépticos a las categorías de mayor urgencia, con un mejor rendimiento de ESI

Sin embargo, el MTS mostró una discriminación superior entre los niveles de urgencia y, por tanto, puede ser más compatible con las limitaciones de recursos que suelen darse en urgencias.

Para cumplir el requisito de la guía Sepsis-3 de iniciar rápidamente el tratamiento, los sistemas de triaje deben asignar a los pacientes con sospecha de sepsis a las categorías de mayor prioridad. Se realizó un análisis secundario de un estudio multicéntrico (LIFE-POC), que incluye a pacientes que se presentaron con sospecha de disfunción orgánica en tres servicios de urgencias (SU). El resultado principal fue el diagnóstico de sepsis en las 24 horas siguientes a la presentación en el SU. Los pacientes diagnosticados de sepsis que fueron asignados a las categorías de triaje urgente 1, 2 o 3 se clasificaron como triaje preciso. De los 1.424 pacientes incluidos, 388 fueron diagnosticados de sepsis en las primeras 24 horas. El MTS demostró una sensibilidad del 88,2% (infratriaje: 11,8%), mientras que el ESI alcanzó el 99,0% (Infratriaje 1,0%). Ambos sistemas mostraron una baja especificidad: 17,5% (MTS) y 2,7% (ESI). El análisis de regresión logística binaria indicó que la probabilidad de sepsis aumentaba con las categorías de triaje de mayor urgencia y disminuía en las inferiores.

P. Schondelmaier, et al.

Emergencias 2026;38:339-346