

La unidad de corta estancia (UCE) ofrece una alternativa a la hospitalización convencional a determinados pacientes con hemorragia digestiva baja (HDB) y logra, con dos días de estancia media, una resolución diagnóstica del 90% de casos

Los factores asociados con mayor probabilidad de ingreso final en planta (28,8% casos) son: dolor abdominal, fiebre y hematoquecia

En la actualidad, la HDB que afecta a 3 de cada 7 personas a lo largo de la vida tiene un manejo diagnóstico-clínico muy variable, y la UCE se postula como la mejor alternativa para los pacientes sin inestabilidad hemodinámica ni sangrado activo masivo. Con objeto de conocer el perfil del paciente con HDB que ingresa en la UCE y descubrir los factores asociados a una mayor probabilidad de traslado a una planta médica o quirúrgica tras el ingreso en dicha unidad, se realizó en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid un estudio con 177 pacientes (50,8% mujeres y con edad media de 70,48 años) que ingresaron en su UCE por HDB del 1-1-2008 hasta el 31-12-2008. Los motivos de consulta fueron: rectorragia (77,7%), hematoquecia (14,9%) y melenas (7,4%). Además de la analítica urgente se realizó colonoscopia en el 90% de los pacientes y TAC abdominal en el 7,6%. Los diagnósticos definitivos fueron: hemorroides internas (35%), diverticulosis (13,6%), colitis isquémica (10%), cáncer colon (9%) y otros. Los autores concluyen su trabajo confirmando que la UCE ofrece una alta resolución diagnóstica (90%), consigue un 71,2% de altas domiciliarias y es un complemento magnífico para otras unidades de hospitalización convencional para pacientes con HDB, no obstante señalan la necesidad de conseguir validar alguna escala pronóstica específica que facilite la decisión de ubicación inicial del paciente con HDB por parte del *urgenciólogo*.

C. Fernández et al. *Emergencias 2010;22:269-274*

Opinión del experto sobre las mejoras en el diagnóstico del síndrome coronario agudo (SCA) en los servicios de urgencias (SU)

Excelente revisión de uno de los permanentes retos en Urgencias

En la última década los métodos diagnósticos y la estratificación del riesgo de los pacientes que presentan sintomatología compatible con SCA han evolucionado considerablemente. Distinguir con certeza entre el SCA y el dolor torácico no traumático de otras etiologías (incluso con riesgo vital) representa un reto diario para el *urgenciólogo*. Este trabajo del Dr. Hamilton y del Dr. Hollander (Hospital of the University of Pennsylvania) valora conienzudamente las innovaciones en la detección precoz del SCA y su utilidad en el SU a través de las distintas herramientas diagnósticas: historia clínica y examen físico, electrocardiograma, biomarcadores cardiacos (CPK-MB, troponinas T o I, troponina ultrasensible, copeptina, combinaciones entre ellos, etc.), técnicas de imagen (ecocardiografía convencional, de estrés o con contraste; de imagen nuclear o perfusión miocárdica; gammagrafía miocárdica; angio-TAC coronario; de imagen metabólica con el ácido beta-metil-p-[123 I]-iodofenil-pentadecanoico). Una vez leído, este trabajo se convierte en una actualización imprescindible para el *urgenciólogo*.

B.H. Hamilton et al. *Emergencias 2010;22:293-300*

El número de órganos extraídos y trasplantados por donante a corazón parado extrahospitalario (DCPE) es menor cuando se utiliza la cardiocompresión mecánica en comparación con los trasladados al hospital con cardiocompresión manual

Interesantes resultados de un estudio realizado por el Servicio de Urgencias Médicas de Madrid (SUMMA 112) que analiza la utilidad de los cardiocompresores mecánicos (CCM) para el programa DCPE

En los últimos años se han desarrollado unos dispositivos, los CCM, que sustituyen el masaje cardiaco manual en caso de parada cardiorrespiratoria (PCR). Para el programa de DCPE del SUMMA 112 la incorporación de los CCM desde comienzo del año 2009, de forma generalizada, supuso una mejora en la atención al paciente, en la calidad de la RCP y en el traslado de potenciales donantes al liberar a un miembro del equipo de realizar masaje en un vehículo en movimiento. Se utilizan dos modelos de CCM conocidos como "LUCAS" (sistema de pistón con una ventosa que se adhiere al tórax del paciente y que, mediante el uso de oxígeno o aire comprimido, ejerce fuerza hacia arriba y abajo) y "Autopulse" (ejerce la compresión mediante una banda que "abrazo al tórax"). El estudio compara dos periodos: el primero durante el año 2008 que incluyó 46 casos con cardiocompresión manual y el segundo, año 2009, con 62 casos en los que se utilizó un CCM. De los 108 pacientes el 87% eran varones con una mediana de edad de 40 años (las características de los pacientes fueron similares en ambos grupos). Resultados comparando los dos grupos: el número de donantes válidos fue 78% vs 74%; número de órganos (riñones, hígados, córneas, pulmones y tejido óseo) por donante válido fue 2,9 vs 3,4 ($p < 0,05$). El tiempo de llegada al hospital fue de 14 minutos menos de media para el grupo con CCM. Por otra parte al comparar los modelos de CCM ("Lucas" vs "Autopulse") no se encontraron diferencias significativas; media de órganos por paciente 2,9 vs 3,4. Los autores señalan la necesidad de otros estudios que confirmen la utilidad de los CCM y la viabilidad y "calidad" de los órganos obtenidos.

A.A. Mateos et al.

Emergencias 2010;22:264-268

La implementación de medidas de gestión de camas por parte de la dirección del centro hospitalario disminuye la saturación del servicio de urgencias (SU) al reducir (o eliminar) el número de pacientes en espera de cama de hospitalización en el propio SU

Estudio novedoso que demuestra cómo la voluntad decidida de la dirección del hospital resuelve un problema "de drenaje de pacientes" que sufre el SU sin ser su responsable

La saturación del SU depende de: factores de "entrada" o de demanda aumentada (visitas no urgentes, picos invernales, incidentes, etc.), de eficiencia o capacidad de respuesta del propio SU (dimensionamiento de plantilla y recursos estructurales, demora de pruebas diagnósticas e interconsultas, capacidad resolutoria propia) y de los factores "de salida" (adecuación de los ingresos, competencia con ingresos programados, ausencia de camas disponibles de hospitalización). Este estudio del Hospital General de San Boi de Llobregat analiza el impacto de las medidas tomadas por la dirección del hospital para reducir el número de pacientes en espera de cama en el SU. Los datos generales y resultados conseguidos del mismo se aprecian en la Tabla 1. Las medidas implementadas fueron: disminución de la estancia prequirúrgica, incremento de la cirugía mayor ambulatoria y potenciación de la unidad de corta estancia dependiente del SU. Comparando periodo 1 (nov 06-oct 07) con periodo 2 (nov 07-oct 08) la estancia media de hospitalización fue 5,2 vs 4,5 días ($p < 0,001$) y los pacientes en espera de cama fueron 307 vs 26 ($p < 0,001$). La saturación del SU y sus consecuencias son responsabilidad directa de la dirección asistencial del hospital, que debe y puede, como se ha demostrado, solucionar.

A. Juan et al. *Emergencias 2010;22:249-253*

Tabla 1. Resumen de los datos generales del estudio

	Periodo 1	Periodo 2
Total admisiones SUH	57.140	71.280
Total admisiones SUH adultos	57.410	55.181
Total ingresos procedentes del SUH	4.834	5.385
% ingresos urgentes/nº urgencias	8,4	7,5
% ingresos urgentes/nº urgencias adultos	8,4	9,75
Total ingresos programados	3.607	3.847
Ingresos CMA	1.367	1.894
% CMA/ingresos programados	37,89	49,23
Total días/año con 1 o más pacientes pendientes de cama en el SUH a las 8:00	86	11
Total pacientes pendientes de cama en el SUH a las 8:00	307	26
% pacientes pendientes de cama/nº total de ingresos procedentes del SUH	6,3	0,5

SUH: Servicio de urgencias Hospitalario. CMA: Cirugía mayor ambulatoria.

El paciente con infección por el VIH que acude a urgencias es un varón español de 40 años, fumador, usuario de drogas por vía parenteral con hábito étlico

En este número de EMERGENCIAS se publica un artículo que describe el perfil, características clínico-epidemiológicas, frecuentación, diagnósticos y manejo del paciente VIH en urgencias comparándolo con un grupo control

La fiebre ($p < 0,01$) es el motivo de consulta más frecuente y la infección (la mayoría respiratorias) no definitiva de SIDA el diagnóstico más habitual al alta. Con 8 años de media desde el diagnóstico de la enfermedad, la mayoría (76%) presentan un recuento de linfocitos CD4 $> 500/\mu\text{L}$ y una carga viral indetectable a pesar de cumplir tratamiento con TARGA de forma irregular en la mitad de los casos. Los pacientes VIH ingresan en el 30% de los casos frente a 14% de los controles ($p < 0,01$), siendo factores asociados al mismo el tener CD4 $< 200/\mu\text{L}$ o carga viral detectable ($p < 0,001$).

S. Callejas

Emergencias 2010;22:259-263