

### Las discrepancias entre la historia farmacoterapéutica realizada por el urgenciólogo y la obtenida por un farmacéutico clínico afectan al 95,1% de los pacientes con más de 65 años

Estudio novedoso y muy interesante que señala que la omisión del medicamento (28,9%) o de su pauta, dosis o vía de administración (70%) representan las discrepancias más frecuentes

Los errores de medicación son una de las principales causas de morbilidad en los pacientes hospitalizados. El servicio de urgencias hospitalario (SUH), por sus características y por ser el principal lugar de transición de la mayoría de los ingresos, puede estar involucrado en muchos de ellos (omisión, comisión o sustitución del fármaco o de sus dosis, pautas o vías de administración). Se realizó un estudio descriptivo en el Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia con 324 pacientes  $\geq 65$  años (53,4% mujeres, edad media 78,3 años) que ingresaron en el hospital desde el SUH. Se comparó la anamnesis farmacoterapéutica del urgenciólogo con la realizada a las 24-48 horas por un farmacéutico clínico para descubrir las discrepancias (cualquier diferencia entre la información recogida por uno y otro). Se identificaron 2.928 discrepancias (media de  $9 \pm 6$ ) que afectaron al 95,1% de los enfermos. La polimedición por paciente ( $\geq 5$  fármacos) fue la única variable independiente asociada a una mayor prevalencia de discrepancias [OR: 8,02 (IC 95%: 2,79-23,02)]. Los grupos terapéuticos con mayor número de discrepancias fueron los antiulcerosos (10,8%), antitrombóticos (9,5%) y psiclépticos (7,2%).

C. Iniesta et al.

Emergencias 2011;23:365-371

### En comparación con los sistemas de emergencias médicos (SEM) europeos la mayor parte de la asistencia prehospitalaria en América del Norte es proporcionada por los profesionales paramédicos

Interesante punto de vista que nos acerca al lugar que ocupa la paramedicina en Canadá

El paramédico, como profesional sanitario diferenciado, tiene sus raíces hace cuatro décadas en la medicina militar (inmovilización, evacuación rápida, resucitación traumatológica, atención inicial quirúrgica *in situ*, triaje, etc.). Posteriormente fueron añadiéndose otras habilidades y capacidades de la urgencia hospitalaria y de las unidades coronarias y de cuidados críticos. Hoy en día el "paramédico de atención primaria" en Canadá recibe dos años de formación reglada y está capacitado para realizar desfibrilación semi-automática, proporcionar cinco medicaciones (adrenalina, glucagón, salbutamol, nitroglicerina y ácido acetilsalicílico) y colocar una vía aérea avanzada simple. Los "paramédicos de atención avanzada" incluso pueden realizar algunas técnicas y administrar medicaciones que en Europa se incluyen en las maniobras de soporte vital avanzado. En los modernos SEM trabaja en consenso con sus médicos hospitalarios para adoptar las prácticas y directrices médicas que les permitan proporcionar la mayor parte de la asistencia clínica. Los médicos del SEM raramente prestan asistencia directa al paciente en el ámbito prehospitalario. En su lugar, son responsables de la supervisión y de garantizar la calidad de la asistencia proporcionada por los paramédicos. En el futuro, los paramédicos que participan en investigación guiarán el futuro de la profesión.

M.J. Feldman et al.

Emergencias 2011;23:000-000

### La derivación sin visita médica llevada a cabo por el personal acreditado de enfermería desde el triaje del servicio de urgencias hospitalario (SUH) es efectiva y segura

Únicamente el 3,4% de los pacientes derivados desde el SUH a otro dispositivo de urgencias extrahospitalario (DUEX) tuvo que retornar al hospital para ser atendido y de estos sólo el 10% (0,01% del total) requirió ingreso hospitalario

La saturación de los SUH es un fenómeno casi universal (en torno al 50% de los pacientes podrían resolver sus consultas o problemas en otros DUEX). Por ello, muchas son las estrategias que se han llevado a cabo para reducir sus efectos negativos, entre otros el retrasar la atención urgente a quien realmente lo precisa o tiene un compromiso vital. Pero los SUH tienen un sistema magnífico para aplicar el principio bioético de justicia que es el triaje o clasificación estructurada de los pacientes a su llegada, para identificar aquéllos con necesidad de atención urgente. Tanto el designar al profesional sanitario que debe realizar dicha clasificación que prioriza la atención (enfermera o médico), como el tomar la decisión de derivar al paciente sin ser visitado por el médico tras asignar a éste un nivel no urgente, son aspectos controvertidos. Así resulta muy pertinente este estudio realizado en el Hospital Clinic de Barcelona que pone de manifiesto que tras la valoración de enfermería acreditada y formada, con la utilización del Programa de Ayuda al Triage (PAT), de los 64.425 pacientes que acudieron al SUH fueron asignados al DUEX 3.589 (3,5%), al que acudieron finalmente 3.384 (94,3%). De los enfermos atendidos en el DUEX, 3.270 fueron resueltos y dados de alta (96,6%) y 114 (3,4%) necesitaron traslado a otros centros (SUH), ingresando en el hospital sólo 11 pacientes (10%) que posteriormente fueron dados de alta (sin ningún fallecimiento) tras su estancia hospitalaria. Resulta interesante conocer los perfiles de los pacientes de cara a mejorar el sistema. En los pacientes derivados desde el SUH que no acudieron al DUE el nivel V de triaje, la residencia ajena a la ciudad de Barcelona y los periodos vacacionales tuvieron un valor predictivo independiente para no consumir la visita. Por otro lado, los antecedentes de consulta previa en el SUH, edad más avanzada, día laborable y el nivel V de triaje fueron las variables relacionadas con la no resolución en el DUEX y la necesidad de nueva valoración en el SUH. No se encontraron variables predictivas de ingreso hospitalario. El manuscrito finaliza afirmando que la seguridad y la eficacia demostradas por el PAT junto con la actual coyuntura socio-sanitaria ponen de relieve la necesidad de extender y adaptar esta política a los diferentes SUH que cuenten con el PAT.

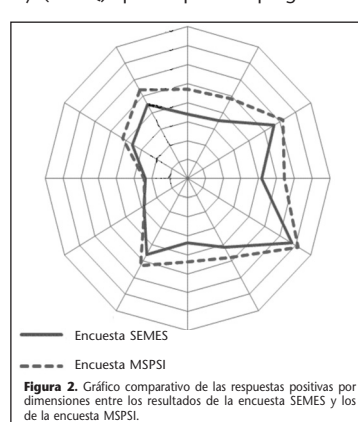
J.M. Salmerón et al.

Emergencias 2011;23:346-355

### La cultura de seguridad del paciente (CSP) es clave para evitar en lo posible la aparición de efectos adversos, fomentar su notificación, aprender de los errores cometidos e implantar estrategias para evitar su repetición

Excelente estudio sobre la CSP que además de analizar su situación actual en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) propone acciones de mejora para incrementar la seguridad del paciente en ellos

Los coordinadores del programa SEMES-Seguridad del paciente han realizado un estudio descriptivo para valorar la CSP de los SUH españoles utilizando una adaptación de la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) que emplea 42 preguntas englobadas en un total de 12 dimensiones sobre CSP



(ver figura). Se recogieron 1.388 respuestas válidas de 30 SUH de 13 comunidades (40% enfermeros, 34% médicos, 12% MIR, 10% auxiliar de enfermería). La nota media sobre el nivel de seguridad es de 6,1 puntos sobre 10. La variable "el personal se apoya mutuamente en esta unidad" recibió el mayor número (73%) de respuesta positivas. Las dos dimensiones mejor valoradas fueron: "el trabajo en equipo en la unidad" y "expectativas/acciones de los responsables de la unidad con la CSP". Por su parte las dos peor valoradas son: "apoyo de la gerencia/dirección del hospital" y "dotación de recursos humanos". Los autores afirman que la valoración periódica de los resultados de la encuesta y de las acciones de mejora implantadas es beneficiosa para el paciente y el profesional.

F. Roqueta et al.

Emergencias 2011;23:356-364

### En este número de EMERGENCIAS se publica el modelo del plan de estudios de la International Federation for Emergency Medicine (IFEM)

Documento imprescindible que se va a convertir en una de las referencias básicas para elaborar cualquier programa de formación de medicina de urgencias y emergencias (MUE)

Este documento de consenso se centra en determinar el mínimo contenido formativo imprescindible que cualquier médico especialista en MUE debe haber adquirido al finalizar su programa de formación, independientemente del país donde se forme. Entre otros aspectos se revisa el desarrollo profesional del especialista en MUE y su estado actual, el entorno educativo, la estructura de la formación, la supervisión necesaria, el modelo de evaluación, los objetivos, los contenidos formativos y las capacitaciones necesarias a adquirir en cada año de residencia. Además a través de varios apéndices nos muestra distintos planes de formación actuales de distintos países.

C. Hobgood et al.

Emergencias 2011;23:394-409