

La descontaminación química (DQ) precoz en el servicio de urgencias (SU) es esencial para evitar la absorción del tóxico y reducir el riesgo de lesiones, secuelas y la mortalidad de los pacientes

Los productos implicados con mayor frecuencia en la exposición cutánea y/o ocular son los cáusticos (52,8%), disolventes o desengrasantes (19,4%), pegamentos (13,9%) y spray de defensa personal (8,3%)

Interesante estudio descriptivo y observacional realizado durante 18 meses por la sección de toxicología clínica en el SU del Hospital Clínic de Barcelona que evalúa las características epidemiológicas, toxicológicas, clínicas, terapéuticas y evolutivas de los casos atendidos en el área de DQ ubicada en el SU. Se incluyen 36 pacientes con una media de edad de 42 años de los cuales 24 (66,7%) son mujeres. Los accidentes domésticos (41,7%) y laborales (36,1%) son los motivos más habituales de exposición aunque también se registraron otros como las agresiones (8,3%) y una tentativa de suicidio (2,7%). La afectación fue ocular (75%), cutánea (19,4%) o mixta (5,4%). El 52,7% de los pacientes acudieron al hospital antes de 60 minutos tras la exposición. El tratamiento aplicado inicialmente fue agua, agua y jabón o diphotérine®. Tras este estudio y su experiencia en DQ los autores resaltan la necesidad de la atención protocolizada, la preparación específica del personal sanitario, un material adecuado e, idealmente, un área específica en el SU para la atención de estos pacientes contaminados que a su vez son contaminantes.

S. Nogué et al.

Emergencias 2012;24:203-207

Excelente balance de los cuatro años de recorrido del programa Seguridad del Paciente (SP) de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)

Artículo especial elaborado por los coordinadores del programa SEMES-SP que revisa, desde su inicio, la estrategia y métodos enfocados a la mejora de la atención sanitaria en la medicina de urgencias y emergencias

Hace cuatro años que la SEMES inició una importantísima línea de trabajo bautizada como "Programa SEMES-Seguridad del Paciente" que ha ido desarrollándose e implantándose como una red por los servicios de urgencias (SU) españoles. Desde la definición de una cultura de SP, pasando por la identificación y formación de líderes en las organizaciones, para llegar al conocimiento de la situación real de la atención urgente y, con todo ello, establecer el diseño e implantación de acciones y estrategias de mejora. Sin duda esta cultura de SP se ha convertido en parte del cuerpo doctrinal de la SEMES. En este artículo, entre otras cuestiones, el Dr. Tomás y sus colaboradores analizan y revisan las condiciones latentes de riesgos en los SU y emergencias, el crecimiento de la red de instructores SEMES de SP, los estudios y actividades de formación realizadas hasta la actualidad, los eventos adversos en urgencias (de la mano del estudio EVADUR) y los puntos de la campaña "En Urgencias, la seguridad del paciente está en nuestras manos" promovida por la SEMES, la Fundación MAPFRE y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

S. Tomás et al.

Emergencias 2012;24:225-233

La producción científica de los *urgenciólogos* españoles durante el quinquenio 2005-2009 fue un 38% superior a la de 2000-2004, con un crecimiento medio anual del 7,3%

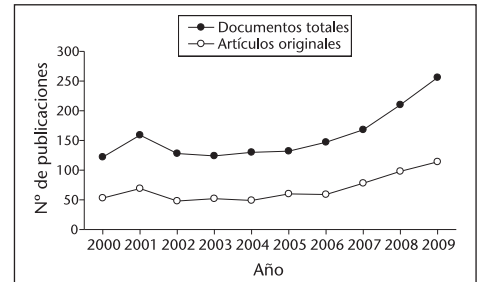
El *urgenciólogo* español continúa publicando predominantemente en español y en revistas españolas, como primer autor del trabajo, habitualmente desarrolla su actividad en servicios de urgencias hospitalarios (SUH) y suele ser rara su filiación universitaria

Estudio novedoso y muy interesante que analiza y compara la producción científica de los *urgenciólogos* españoles durante los años 2000-2004 y 2005-2009 utilizando la base de datos del Science Citation Index (SCI)-Expanded. Durante el periodo 2005-2009 se publicaron 913 documentos, un 38% más que en relación al periodo 2000-2004 (662 documentos). De ellos, el 43,2% (409) fueron trabajos originales de investigación, lo que supone un ligero incremento respecto al periodo 2000-2004 (40,9% con 409 documentos). Globalmente existió un crecimiento significativo a lo largo del tiempo durante el quinquenio 2005-2009, con un crecimiento medio anual durante este periodo del 7,3% ($p < 0,001$) como se aprecia en la figura. Aunque el factor impacto (FI) medio descendió de 3,06 a 2,48 en 2005-2009 ($p < 0,001$). Otro aspecto destacado es que han aumentado los trabajos en colaboración (del 55,2% al 68,8%, $p < 0,001$), aunque ésta se suele circunscribir a otros servicios de su propio hospital y sólo el 2,3% fueron con colaboración internacional.

EMERGENCIAS fue la revista más utilizada (41,1%), aunque menos (54,1%) que en 2000-2004. Las enfermedades infecciosas y cardiovasculares y la organización de las urgencias fueron los temas más investigados. Cataluña fue la comunidad que más documentos produjo en 2005-2009 (208, 23,9%), mientras que el Hospital Clínic de Barcelona fue el que lideró la producción de los SUH (98, 12,4%) y el 061-Galicia la extrahospitalaria (14, 21,5%).

O. Miró et al.

Emergencias 2012;24:164-174



Un modelo matemático predictivo basado en una red neuronal artificial (RNA) de grandes emergencias pasadas puede resultar de gran ayuda en la toma de decisiones ante nuevos incidentes con múltiples víctimas (IMV) y así permitir una mejor planificación de las respuestas

La estimación general de la gravedad esperable ante una gran emergencia (IMV), de los requerimientos previsible de traslados y de las hospitalizaciones necesarias proporcionan a los pacientes implicados una mayor oportunidad de supervivencia

La gravedad de un IMV, gran emergencia o catástrofe se establece fundamentalmente a través del índice global de gravedad clínica de los afectados. El modelo propuesto parte de una base de datos de IMV reales de los cinco años previos en Castilla-La Mancha sobre la que se trabaja con 10 variables categorizadas en función de su peso en la gravedad de la emergencia. Después se diseña una RNA que "aprende" de casos reales, y por otro lado se realiza un árbol de decisiones con el fin de buscar la mejor respuesta entre ambos modelos.

J.A Sánchez

Emergencias 2012;24:175-180

En este número de EMERGENCIAS se publican otros dos estudios relacionados con la organización y la gestión de los recursos humanos y materiales y la planificación de la respuesta tanto en un servicio de urgencias hospitalario (SUH) como en un sistema de emergencias (SE)

El primer estudio muestra la utilidad de un simulador como sistema de ayuda a la toma de decisiones permitiendo identificar la configuración óptima del equipo humano de un SUH para atender una pandemia previsible o una demanda determinada de pacientes. El segundo estudio concluye que la utilización conjunta de distintos modelos de series temporales genera sinergias en el conocimiento de los escenarios de demanda de emergencias sanitarias lo que contribuye a conseguir una mayor eficiencia en la planificación de los recursos, reduce los costes y mejora la calidad de la atención.

M. Taboada et al.

Emergencias 2012;24:189-195

J. Díaz-Hierro et al.

Emergencias 2012;24:181-188

La enfermería tiene una alta capacidad de resolución de las atenciones urgentes en atención primaria (AP) que aumenta cuando el motivo de consulta se resuelve a través de la aplicación de protocolos incorporados a la historia clínica informatizada (e-CAP)

El 80,5% de las atenciones urgentes que tienen motivo de visita protocolizado son resueltas por enfermería sin registrar nuevas consultas por el mismo motivo en las 48 horas posteriores

Con el objetivo de evaluar la eficacia de enfermería en la resolución de las atenciones urgentes en atención primaria (AP) mediante la aplicación de los protocolos incorporados a la e-CAP se realizó este estudio que incluyó a 296 visitas urgentes en un área semiurbana de la provincia de Girona. La edad media de los pacientes fue de $34,4 \pm 25,5$ años. El 53,3% eran mujeres y un 25,3% inmigrantes. El principal motivo de consulta fueron las heridas (12,5%). El 77,4% de los pacientes no reconsultó en las primeras 48 horas. Los motivos protocolizados (57,1% de las visitas) tuvieron un menor porcentaje de derivación a otro profesional (33,1% protocolizados vs 64,6% en los no protocolizados, $p < 0,001$).

M. Pascual et al.

Emergencias 2012;24:196-202