

Sólo 67 de los 591 hospitales españoles (11,3%) disponen de unidad de corta estancia (UCE)

Una UCE tipo en España tiene unas 15 camas, depende del servicio de urgencias (SU) aunque está ubicada fuera del mismo y cuenta con un equipo integrado por dos enfermeras por turno y 2-4 médicos con organización por turnos y guardias muy variable

Las UCE nacieron en España en 1986 destinadas a la hospitalización de pacientes en los que se prevé una rápida estabilización y que precisarán una estancia media estimada entre 48 y 72 horas. Pero es en las dos últimas décadas cuando se han extendido en España, aunque no existen estudios que nos muestren su realidad en la actualidad. El proyecto REGICE (Registro de las unidades de corta estancia en España) se desarrolló con el objetivo de informar sobre la estructura, ubicación, dependencia funcional y dotación de profesionales que trabajan en las UCE. Se trata de un estudio transversal mediante encuesta a todos los hospitales españoles que figuraban en la página web del Ministerio de Sanidad (año 2012). El 65% de UCE dependen del SU, el 23% de medicina interna y el 12% tienen otro tipo de dependencia. El 52% se ubican en una planta de hospitalización convencional y el 44% en el SU. El número promedio de camas es 15 (rango: 5-30). En el 60% de los casos el responsable de la unidad es el jefe del SU y en el 23% el de medicina interna. El 42% de las UCE tiene jefe propio diferente al jefe de servicio del que dependen. El 70% de las unidades participan en la formación de los médicos residentes de distintas especialidades. El número y organización horaria de los médicos es muy variable, con una ratio médico/camas de 1:5,8 (rango 1:2-1:12), no así el personal de enfermería mucho más estructurado. La mayoría de las UCE (83%) están abiertas los 12 meses del año. En opinión de los autores, parece aconsejable que las UCE dispongan de un equipo médico propio, con un personal distribuido en turnos de mañana/tarde/noche y una organización que garantice la continuidad asistencial (ingreso-alta) todos los días de la semana.

F. Llopis et al.

Emergencias 2014;26:57-60

En EE.UU el 7,5% de los pacientes en los servicios de urgencias (SU) urbanos y hasta el 27% de los SU no urbanos son atendidos por profesionales de grado medio (PGM) en lugar del médico de urgencias (MU)

Interesante artículo especial escrito por *urgenciólogos* americanos con décadas de experiencia que analiza la evolución de las funciones, responsabilidades y autonomía en la práctica de los PGM en EE.UU

Se denomina PGM al personal de enfermería y a los asistentes médicos que han recibido una formación específica que les permite participar en la atención del paciente urgente con una responsabilidad y autonomía definidas. La Dra. Stahmer y sus colaboradores revisan y analizan las controversias existentes en la actualidad en relación a las necesidades formativas específicas de estos profesionales, hasta dónde debe llegar en la práctica clínica sus competencias y responsabilidades y, fundamentalmente, la idoneidad o no de potenciar la figura del PGM y su integración generalizada y organizada en todos los SU de EEUU. Este artículo concluye con una reflexión en voz alta de los autores, quienes reconocen que los PGM pueden proporcionar una atención segura y eficaz para determinados pacientes agudos no graves, entendiendo que su función es complementaria, no sustituir, la figura y funciones del *urgenciólogo*.

S.A. Stahmer et al.

Emergencias 2014;26:61-68

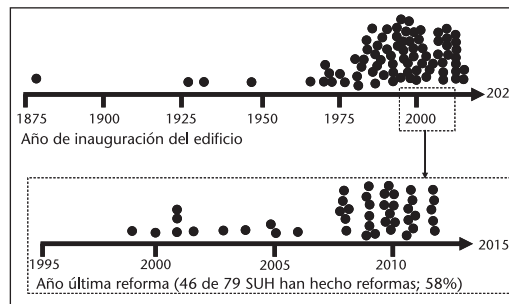
En este número de EMERGENCIAS se publican tres extraordinarios artículos (SUHCAT 1, 2 y 3) que nos revelan la actualidad del mapa físico, funcional, docente e investigador de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña (SUHCAT)

En 2012, la *Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències* (SoCMUE) decidió estudiar las características de los SUH de Cataluña para contrastar la situación de dichos servicios (estudio SUHCAT)

Para la elaboración de esta serie de estudios se entrevistó personalmente a los responsables de 79 de los 82 SUH de Cataluña (96%) que respondieron a un cuestionario integrado por 353 preguntas estructuradas en 6 apartados: 1) aspectos generales del hospital, 2) aspectos estructurales, 3) organizativos, 4) laborales, 5) de formación, docencia e investigación y 6) opiniones referentes a temas de actualidad. Todos ellos referentes tanto a aspectos médicos como enfermeros. En la mitad de SUH, su estructura física fue construida o reformada en los 4 años previos al estudio. El 59,5% de los SUH cuenta con un área de observación. El 35% de los hospitales tiene una unidad de corta estancia (en el 68% trabajan *urgenciólogos* quienes son los únicos facultativos de la unidad en el 46% de ellas, y el 61% depende jerárquicamente del SUH). El 16% de los SUH están en hospitales privados. En el año 2011 se realizaron 3.949.885 atenciones (0,53 por habitante y año). La mediana de ingresos fue del 9% (6-12). Un 34,2% incrementa su actividad por motivos de temporalidad turística. Los índices de fallecimientos, altas sin atención y reconsultas a las 72 horas son de 0,05%, 1,1% y 4,5%, respectivamente. Un 36,7% de los SUH no tienen ningún tipo de vigilancia. La superficie dedicada a actividad asistencial es 364 m² (230-1200), con 13 boxes (7-26) de primera asistencia (2 para críticos) y 8 (4-13) en observación. El 69,6% se organiza como servicio y el 53,2% tiene al frente un jefe de servicio. El 77,2% dispone de un sistema estructurado de *triaje* (80,3% por enfermería) y el 68,4 organiza la asistencia en diferentes circuitos. El 31,6% destina parte de la jornada laboral para la formación de facultativos y 23,1% de enfermeros. 28 SUH (35,4%) publicaron un total de 115 trabajos en 2011. El 5,8% de los *urgenciólogos* tenían el título de doctor.

Ò. Miró et al.

Emergencias 2014;26:14-34, Emergencias 2014;26:35-46, Emergencias 2014;26:47-56



Años de inauguración y de la última reforma de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) analizados.

Los sistemas de emergencias médicas (SEM) españoles tienen dotaciones de profesionales (médicos y enfermeros), de personal regulador (en los centros e coordinación) y una actividad muy variables entre comunidades autónomas (CCAA)

Miembros de la Unidad de Investigación en Emergencia y Desastre del Departamento de Medicina de la Universidad de Oviedo han realizado dos estudios complementarios muy ilustrativos que comparan los recursos y la actividad de los SEM españoles

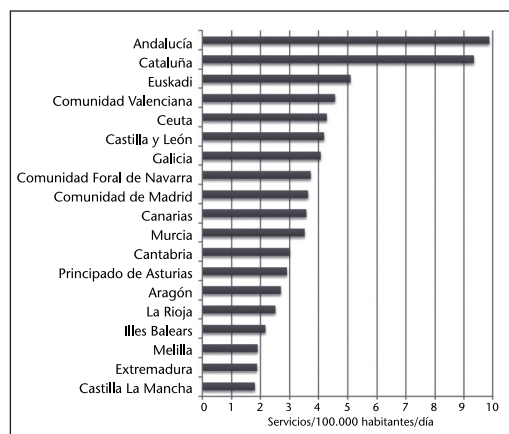
Se denomina SEM al sistema integrado de elementos de seguridad pública y de asistencia sanitaria que consta de un mecanismo para acceder al propio sistema y notificar una emergencia, así como para prestar asistencia médica urgente prehospitalaria y transporte a los pacientes, además de elementos de educación pública y prevención. Los primeros SEM empezaron a funcionar en la década de los años 80 aunque muchos de los existentes en la actualidad se desarrollaron entre 1990 y 2000 en las distintas CCAA. En primer lugar, en relación a los recursos médicos y de enfermería, comunidades como Castilla La Mancha, Extremadura, Canarias, Navarra y Rioja, así como las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, tienen una mayor dotación ($p < 0,05$). En segundo lugar, en la figura se muestran las evidentes diferencias entre las tasas de actividad media diaria de traslados primarios por UVI móvil en las distintas CCAA, hecho que también se repite en relación con los traslados secundarios y con los recursos aéreos. A la vista de la heterogeneidad de los resultados de ambos estudios, parece necesario que se establezcan por parte de SEMES unas recomendaciones sobre la dotación de personal que deberían tener los SEM en relación a la población atendida, teniendo en consideración, entre otras variables, las diferencias en la densidad de población y las isócronas asistenciales.

P. Arcos et al.

Emergencias 2014;26:13-18

D. Martín et al.

Emergencias 2014;26:7-12



Tasa de actividad asistencial media diaria de primario por unidad de vigilancia según la comunidad autónoma.