

Los enfermeros de consulta (EC) resuelven de forma segura más del 90% de las necesidades asistenciales demandadas por teléfono sin movilizar recursos sanitarios ni a los propios pacientes

**El 97% de las llamadas iniciales al centro coordinador de urgencias (CCU) no registran nuevas rellamadas ni complicaciones de los pacientes en las 24 horas siguientes.**

Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo elaborado por el CCU Sanitarias de Galicia-061 (CCUSG-061) que incluyó todas las llamadas telefónicas atendidas por los EC entre julio de 2013 y julio de 2014. Se atendieron un total de 37.553 llamadas (103/día) frente a 987.345 llamadas totales recibidas en el CCUSG-061. Se consideró como resolución efectiva cualquier demanda que tras ser resuelta, sin movilizar recursos, no originase una nueva llamada telefónica, ingreso hospitalario o fallecimiento del paciente en las 24 horas siguientes. El 92% de las llamadas fueron resueltas sin movilizar recursos sanitarios (100% en los menores de 15 años, 96,9% en los pacientes entre 15-70 años, y el 77% en los mayores de 70 años). Por otro lado, el porcentaje de resolución telefónica fue superior al 90% independientemente del tipo de consulta, excepto en las relacionadas con el mantenimiento de dispositivos (sondas de gastrostomía, nasogástricas, etc.), en las que este porcentaje disminuyó al 60,78%. Asimismo el 97,15% de las demandas atendidas telefónicamente se resolvieron sin necesidad de rellamadas. En opinión de los autores este estudio, el primero que describe la actividad de enfermería en una CCU, demuestra la capacidad de la EC para resolver adecuadamente una parte muy importante de la demanda y su eficacia y eficiencia.

M. Pedreira et al.

Emergencias 2016;28:179-181

### Este número de EMERGENCIAS publica una serie de casos de sarampión en pacientes vacunados

**Didáctica e interesante nota clínica elaborada a propósito de seis casos atendidos en el servicio de urgencias (SU) por síndrome gripal y exantema.**

El sarampión, enfermedad originada por el virus *Morbilivirus paramyxoviridae*, es muy contagioso, fruto de una tasa de ataque del 75% y un número básico de reproducción muy alto. La vacunación es la única medida preventiva eficaz. Desde 1983, cuando se introdujo en el calendario vacunal español la vacuna combinada del sarampión, rubeola y la parotiditis, los casos registrados disminuyeron hasta considerarse prácticamente erradicado en España en el año 2000. Desde entonces se han detectado brotes aislados debidos a casos importados y a la falta de vacunación de algunos grupos sociales. En el año 2014 surgió un brote en Cataluña que afectó a 131 personas. En este contexto, los autores describen detalladamente seis casos que fueron diagnosticados en el SU del Hospital Parc Taulí de Sabadell. Todos los pacientes eran menores de 31 años y consultaron por síndrome gripal con fiebre alta y exantema. Cinco de ellos habían sido correctamente vacunados y uno de ellos era personal sanitario. Los autores concluyen su trabajo señalando que el sarampión debe contemplarse de nuevo entre el diagnóstico diferencial de las enfermedades exantemáticas, aunque los pacientes estén vacunados. Su sospecha en el SU debe dirigirse a descartar complicaciones y a la prevención del contagio a otros pacientes y al personal sanitario.

E. Agut-Busquet et al.

Emergencias 2016;28:182-184

Las muertes prehospitalarias (MPH) representan la mayoría de las muertes relacionadas con los pacientes politraumatizados (PPT) y difieren en las características principales con las muertes que se producen en el hospital (MH)

**El 77% de las MPH suceden en menores de 65 años mientras que el 72% de las MH ocurren en mayores de 65 años.**

Estudio descriptivo, retrospectivo que incluyó a 918 PPT atendidos por el servicio de emergencias médicas (SEM) de Navarra durante el periodo 2010-2013. El objetivo del estudio fue comparar las características y frecuencia de las muertes por traumatismo grave prehospitalarias y hospitalarias, así como conocer la capacidad de la gravedad de las lesiones asociadas a la edad para predecir el fallecimiento y su variación según se incluyan o no las MPH. Del total de PPT atendidos durante los 4 años, 544 (59,51%) fueron dados de alta del hospital vivos, 231 (25,27%) fallecieron antes de su llegada al hospital o en los primeros instantes y 143 (15,64%) durante su ingreso hospitalario. La mortalidad en el hospital terciario fue del 14,5% y la de los hospitales comarcales del 16,1% ( $p = 0,42$ ). La tasa de incidencia de PPT fue de 37/100.000 hab/año con una tasa de mortalidad de 15/100.000 hab/año. Al incorporar las MPH al registro, las tasas de letalidad de los mecanismos relacionados con los accidentes de tráfico pasaron del 16 al 42% y las producidas por armas del 13 al 70%. Al realizar la predicción de fallecimiento a través de un modelo de regresión logística tomando como variable independiente el NISS (*New Injury Severity Score*) y como variable de control la edad, existen mínimas variaciones si se compara el grupo de pacientes que llegan vivos al hospital con el de la suma de estos pacientes con los fallecidos *in situ*.

M. Fortún et al.

Emergencias 2015;28:173-178

La producción científica de los urgenciólogos españoles continuó creciendo a buen ritmo durante el quinquenio 2010-2014, con un incremento de publicaciones en revistas de alto factor de impacto (FI)

**Los artículos se publican preferentemente en español (67,8%) aunque se ha incrementado significativamente la producción en inglés (de 25,2% en el quinquenio 2005-2009 a 32,1% en 2010-2014;  $p = 0,001$ ).**

Novedoso estudio diseñado para conocer la evolución de la actividad investigadora de los urgenciólogos españoles durante el quinquenio 2010-2014 y compararla con la registrada durante el quinquenio anterior (2005-2009) mediante una serie de indicadores específicos de productividad, citación, colaboración y temática científica. Para ello se seleccionaron todos los documentos firmados por urgenciólogos con filiación española a través del Science Citation Index (SCI)-Expanded. Durante 2010-2014 se publicaron 1433 trabajos (52,4% de ellos artículos originales) que suponen un 56% más que los publicados en 2005-2009 ( $p = 0,01$ ). En la figura se muestra la evolución anual de la producción científica de los urgenciólogos españoles desde 1975.

La filiación universitaria es baja, aunque ha aumentado de 10,9% a 16,2%;  $p = 0,001$ . La mayoría (89%) de los trabajos proceden de los servicios de urgencias hospitalarias. También han aumentado los colaborativos con centros de la misma u otra comunidad autónoma (de 24,7% a 36%, y de 10,9 a 19%, respectivamente; con  $p = 0,001$  para ambos), así como internacionales (2,3% a 8,4%;  $p = 0,001$ ). Las tres áreas de investigación con más documentos son cardiovascular (13,1%), infecciosas (13%) y toxicología/farmacología (9,2%). Cataluña fue la comunidad que más documentos produjo (29,8%), el Hospital Clínic lideró la producción hospitalaria mientras que el SUMMA-112 la extrahospitalaria. Cataluña, Madrid, Castilla La Mancha, Canarias, Murcia, Islas Baleares y la Rioja aumentaron su peso relativo en la producción española un 20% o más respecto a 2005-2009.

I.M Fernández-Guerrero et al.

Emergencias 2016;28:153-166

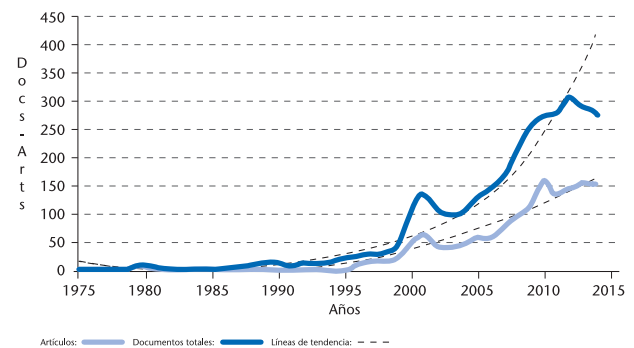


Figura 1. Evolución anual de la producción científica de los urgenciólogos españoles desde 1975 a 2014.

Fomentar la cultura de seguridad y la notificación de los incidentes/eventos adversos (EA) resulta, hoy en día, una actividad esencial en el entorno de los centros coordinadores de urgencias (CCU) y los sistemas de emergencias médicas (SEM)

**Resultados de la instauración provisional de un sistema voluntario y anónimo de notificación de EA en el SAMU de Asturias.**

Estudio observacional prospectivo que registró 194 notificaciones (tasa de notificación de 0,48% (IC 95%: 0,41-0,54). De ellas, 112 EA (58%) se notificaron desde el CCU y el 42% desde el SEM. El 74,7% supusieron un daño para el paciente (con riesgo SAC: Severity Assessment Code). Los notificantes consideraron que un 88,1% de los EA eran evitables y un 46,2% precisaron algún tipo de intervención para paliar sus efectos.

P. Galván et al.

Emergencias 2016;28:146-152