

Las mujeres (M), en relación con los hombres (H), presentan más intoxicaciones en el domicilio, por fármacos y productos domésticos, y en ellas predomina la intención autolítica y el origen accidental

Estudio novedoso que analiza las diferencias en las intoxicaciones agudas (IA) entre hombres (H) y mujeres (M)

Las IA constituyen una de las principales causas de atención en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH), aproximadamente el 1% de las demandas. Numerosos estudios del grupo de trabajo de intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias (SEMESTOX) han contribuido a su mejor conocimiento, pero ninguno se ha diseñado específicamente para identificar las diferencias existentes en función del sexo del intoxicado. Este estudio, realizado en el Hospital del Mar de Barcelona en los años 2003-2004, registró 1.531 IA (1,2% de las urgencias), el 56,6% sucedió en H, y la edad media fue de 34 años. Las M presentaron más IA con intención suicida (35,6% vs 18,8%) y de origen accidental (11,7% vs 4,2%) y menos voluntarias recreativas (52,6% vs 77%) ($p < 0,001$). Los lugares públicos para los hombres (68,1% vs 46,8%) y el domicilio para las mujeres (50,8% vs 28,9%) fueron los espacios donde más ocurrieron las IA. Los H tienen más antecedentes de IA previas (51,6% vs 39,2%) y lo hacen más frecuentemente con drogas de abuso (23,8% vs 11,3%; $p < 0,001$) (sobre todo alcohol, cocaína y éxtasis líquido), además, con mayor frecuencia asocian más de una droga (43,9% vs 31,3% de las IA por drogas de abuso, $p = 0,003$). Las M presentan más IA por fármacos (31,6% vs 12,6%; $p < 0,001$) (sobre todo benzodiazepinas, antidepresivos y digoxina), requieren más valoración psiquiátrica (40,2% vs 27,7%; $p < 0,001$) y más porcentaje de descontaminaciones digestivas (16,8% vs 7,3%; $p < 0,001$).

C. Clemente et al. *Emergencias 2010;22:435-440*

Fomento y promoción de la I+D+i en biomedicina en España a través de la Acción Estratégica en Salud (AES) gestionada por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII)

Punto de vista de máxima actualidad para la medicina de urgencias y emergencias (MUE)

La investigación en biomedicina es una actividad necesaria para el éxito de cualquier estrategia que se proponga mejorar la salud de los ciudadanos; la MUE no debe, ni puede, quedarse al margen de estas líneas de promoción que se establecen, tal y como explican los autores del manuscrito, con un "modelo multinivel". Desgraciadamente, los profesionales de la MUE, con una grandísima carga asistencial, históricamente han diluido su papel investigador a favor de su desarrollo en la práctica clínica. Los análisis bibliométricos de la producción científica de los *urgenciólogos* españoles muestran un notable incremento en esta actividad en los últimos diez años, superior al de otras especialidades, pero todavía con moderado impacto. El modelo multinivel que promueven las distintas administraciones y que describen los autores (Unión Europea a través del séptimo programa marco de investigación y desarrollo tecnológico 2007-2013, Administración del Estado Español a través de la AES, planes autonómicos de las distintas CCAA y empresas y fundaciones privadas) se presenta como una inestimable oportunidad que los *urgenciólogos* no podemos ni obviar, ni dejar pasar... "para que nadie se quede sin investigar".

J.A. Fernández et al. *Emergencias 2010;22:460-469*

El 12% de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias (SU) sufren algún tipo de incidente (I) o evento adverso (EA), y de éstos el 70% son calificables de "evitables"

Excelente estudio (premio a la mejor comunicación oral del XXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Calidad Asistencial) que analiza la seguridad del paciente en los SU españoles

La seguridad del paciente es un componente esencial de la calidad asistencial y hoy en día una prioridad de la asistencia en los SU. El estudio EVADUR (Eventos ADversos en URgencias), realizada con la colaboración de 21 SU españoles de 12 CCAA, incluyó pacientes seleccionados aleatoriamente durante siete días, a los que se realizó un seguimiento durante 24 horas por evaluadores externos registrando y analizando la aparición de I/EA. También se valoraron los EA "tardíos" a los 7 días tras el alta desde el SU o durante su ingreso. Se definió como I todo aquel suceso que hubiera podido provocar daño o complicación de otras circunstancias o favorecer la aparición de un EA, y como EA a todo daño inesperado para el paciente en relación con la actividad asistencial que causó lesión, prolongación de la estancia hospitalaria, incapacidad temporal o permanente o fallecimiento. De los 3.854 pacientes del estudio (48,7% hombres y 51,3% mujeres con edad media de 51,3 años \pm 21,8) el 88% no tuvieron I ni EA. Del 12% que sí los presentaron, sólo 34 tuvieron dos o más I/EA (0,9% del total). El 55,8% de los EA se detectaron en el SU y el 43% en el seguimiento del paciente. La atención sanitaria se vio afectada en un 45,2% de los EA y de ellos el 7,3% tuvieron que ser hospitalizados por el propio EA. Resulta de especial relevancia que los autores consideren que el 70% de los EA detectados fueran evitables y que hubiera evidencia de fallo de actuación en el 54,6% de los mismos. Por otro lado, resulta muy significativo que sólo el 17% de todos los EA constaban en el informe asistencial. Se encontraron como factores relacionados con la aparición de EA (con $p < 0,05$) los siguientes: tener edad entre 61-100 años, acudir al SU en transporte medicalizado y/o traslado interhospitalario, ser clasificado en niveles de *triage* más graves, tener factores de riesgo previos, acudir al SU en viernes, acudir entre las 00:00 y 16:00 horas, permanencia prolongada en el SU, acudir a SU con gran actividad asistencial (80.000-120.000 urg/año). Los factores causales más frecuentes de los EA detectados en el seguimiento fueron las reacciones adversas a la medicación y el mantenimiento inadecuado de catéteres, mientras que los relacionados con la visita inicial al SU fueron la comunicación médico-enfermera o médico-médico, errores en la identificación de pacientes, pérdida de documentos, problemas con la historia informática, retraso de diagnóstico y manejo inadecuado de los signos de alarma. Los autores concluyen señalando la necesidad que tienen los SU de desarrollar una cultura de seguridad del paciente e implantar herramientas de cribaje proactivas, sistemas de notificación de EA, mejoras en la comunicación y la conciliación farmacéutica, entre otras.

S. Tomás et al.

Emergencias 2010;22:415-428

EMERGENCIAS culmina su evolución con la inclusión de la Revista en Web of Science: (WoS) será indexada en Science Citation Index Expanded y Journal Citation Reports (JCR), y espera, a mitad de 2011, conocer su primer factor impacto (FI)

Este número de EMERGENCIAS se abre con una editorial que contiene una de las dos noticias más esperadas por la Medicina de Urgencias y Emergencias (MUE) en España y a nivel internacional

Este importante reconocimiento espera impaciente su consagración definitiva el día que también se apruebe la especialidad de MUE y, de esta forma, nuestros propios residentes puedan atender a su primer paciente. Entonces se volverá a oír: *Nenikemen* (¡Hemos vencido!)

O. Miró et al. *Emergencias 2010;22:401-403*

La asistencia domiciliar de urgencia a enfermos paliativos por unidades extrahospitalarias precisa personal experto y formado y una adecuada coordinación e integración en un plan de cuidados paliativos

El Servicio de Urgencias Médicas Madrileñas 112 (SUMMA 112) resuelve en el propio domicilio el 47% de las asistencias a enfermos paliativos

En la actualidad, la demanda de atención domiciliar urgente de los pacientes paliativos (oncológicos y no oncológicos), aquéllos que presentan una enfermedad avanzada e incurable, está aumentando a expensas de sus agudizaciones, de la aparición de complicaciones, de la limitación de su autonomía y su calidad de vida, etc. Por ello, con los objetivos de conocer la verdadera demanda y sus causas, junto con los posibles factores que influyen en la resolución domiciliar de las consultas de los enfermos paliativos en la comunidad de Madrid, se elaboró este registro que evaluó 240 visitas. De ellas, sólo el 36,2% se derivaron al hospital, el 16% fallecieron y casi la mitad pudo resolverse en el domicilio. En cuanto a las características de los pacientes destacan: el 39,2% son mayores de 80 años, el 67% son oncológicos y el 48,7% no son atendidos por un equipo de soporte de atención domiciliar (ESAD). El no ser oncológico y no tener atención por un ESAD son factores relacionados con la necesidad de derivación hospitalaria ($p < 0,001$). Los motivos de consulta más frecuentes tanto de los pacientes oncológicos como de los no oncológicos [pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (39%), insuficiencia cardíaca (11,2%), insuficiencia renal (9,6%), demencia (7,9%) e insuficiencia hepática (5,4%)] fueron la disnea (32,2%) y el dolor (13%). La agitación en pacientes con demencia e insuficiencia hepática es el motivo de consulta que se logra resolver más frecuentemente (OR 5,13) en el propio domicilio. En opinión de los autores, un plan de cuidados paliativos debe garantizar el seguimiento de los pacientes no oncológicos por los ESAD y la atención domiciliar urgente debe contar con personal especializado con formación y experiencia adecuadas.

M.J. Saldaña et al.

Emergencias 2010;22:441-444