

La Medicina de Urgencias y Emergencias (MUE) presenta un cuerpo doctrinal y ámbito de actuación propios diferentes al resto de especialidades, lo que provoca en España un vacío formativo que solo se solventaría con la creación de una especialidad primaria de MUE. No es posible la adecuada preparación para desarrollar la MUE con la oferta de Formación Sanitaria Especializada (FSE) actual en España.

Relevante estudio que analiza si con las especialidades actuales existentes en España se adquieren los conocimientos y habilidades necesarios para desempeñar las funciones propias de la MUE. Para ello, compara los programas formativos de Medicina Interna (MI), Medicina Intensiva (MIV), Anestesiología y Reanimación (AyR) y Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) vigentes a fecha de junio de 2021 (incluyendo los borradores no oficiales y propuestas de actualización) con el programa de formación elaborado por la Comisión Promotora de MUE presentado por SEMES (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias) en 2010 y actualizado en 2021. Los programas existentes contemplan el manejo de las enfermedades urgentes de forma heterogénea en sus distintas áreas asistenciales (MI en áreas de hospitalización, AyR en el perioperatorio y MIV en unidades de críticos) o como extensión de la actividad asistencial del Centro de Salud (MFyC). Los periodos formativos en el área de MUE son variables y se realizan en el caso de AyR, MIV y MFyC en un formato exclusivo de guardias (AyR y MIV solo durante el primer año y MFyC de forma decreciente a lo largo de los 4 años de la residencia). Por su parte, MI recomienda un rotatorio de 3 meses al inicio de la residencia y guardias en un número no especificado y dependiente del centro. En cuanto a la propuesta de MUE detalla un contacto amplio y específico tanto en los servicios de urgencias hospitalarios en todas sus áreas asistenciales como en dispositivos de emergencias extrahospitalarias y centros coordinadores de emergencias.

S. Diéguez, et al.

Emergencias 2022;34:55-63

### Estudio VentilaMadrid: mortalidad intrahospitalaria y reingreso en pacientes tratados con ventilación no invasiva (VNI) en servicios de urgencias extrahospitalarios (SUEH) y hospitalarios (SUH)

Se asociaron a una mayor mortalidad la dependencia, la escala SAPS-II > 52 y la retirada de VNI y con el reingreso la dependencia y pertenecer al grupo SUH. Interesante estudio que incluyó 317 pacientes con edema agudo de pulmón o agudización de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica tratados con VNI entre noviembre de 2018 y noviembre de 2020 en el SUEH y SUH de la Comunidad de Madrid. El 41,6% fueron tratados en el SUEH y el 58,4% en los SUH. Hubo 47 muertes intrahospitalarias (16,3%) y 78 reingresos a los 30 días (28,8%). No hubo diferencias en la mortalidad, pero en el grupo VNI-SUEH tuvo menor reingreso a los 30 días. En el análisis multivariado la mortalidad intrahospitalaria se asoció con la dependencia previa (OR = 2,4; IC 95%: 1,11-5,27) y el SAPS-II bajo-moderado frente al alto-muy alto (OR = 2,69; IC 95%: 1,26-5,77). En la cohorte extrahospitalaria la mortalidad intrahospitalaria se asoció con la con la retirada de VNI en la transferencia del paciente (OR = 8,57; IC 95%: 2,19-33,60). Los reingresos a los 30 días se asociaron con inicio de VNI en el hospital (OR = 3,24; IC 95%: 2,62-6,45) y dependencia previa (OR = 2,08; IC 95%: 1,02-4,22).

M. Gómez-Morán, et al.

Emergencias 2022;34:7-14

### La Medicina de Urgencias y Emergencias (MUE) es la especialidad más implicada en las sentencias sobre responsabilidad médica en España en la asistencia sanitaria pública urgente

La mayoría de las sentencias recaídas en la resolución de reclamaciones profesionales médico-sanitarias son íntegramente desestimatorias.

Novedoso estudio observacional transversal que analizó las sentencias sobre responsabilidad patrimonial sanitaria en los tribunales superiores de justicia (salas de lo contencioso administrativo) en España, en la asistencia urgente de carácter público, dictadas entre enero de 2008 a agosto de 2020. Se analizaron 1.015 sentencias de las que 243 (23,9%) se refirieron a una asistencia urgente. La mayoría se refería a pacientes mayores de edad (91,8%). La especialidad más implicada fue la MUE (39,9%) y el ámbito más frecuente el hospitalario (86,8%).

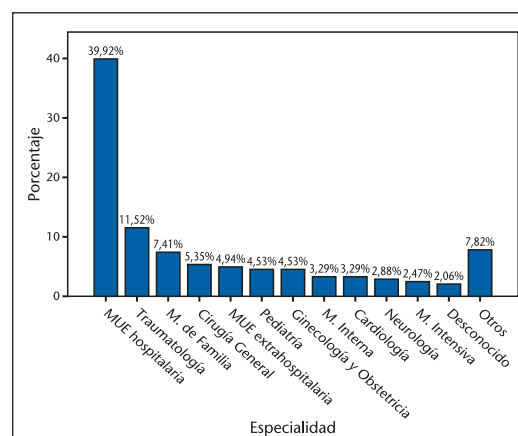


Figura 1. Porcentaje de las especialidades implicadas en las sentencias.

En la figura se muestran los porcentajes de las especialidades implicadas en las sentencias (otros se refiere a especialidades con < 2% de frecuencia). De todas las sentencias el 64,6% fueron íntegramente desestimatorias. Por su parte, los motivos de sentencia condenatoria más habituales fueron la mala praxis diagnóstica o terapéutica (46,0%) y la pérdida de oportunidad (40,2%). Los daños más reclamados fueron secuelas (50,2%) y fallecimiento (46,1%).

M. Hernández-Herrero, et al.

Emergencias 2022;34:15-20

### Protocolizar el cribado dirigido a personas con alguna condición indicadora (CI) de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) en España podría incrementar el diagnóstico, evitar nuevas infecciones de VIH y generar ahorros

Con una inversión de 20 millones de euros en 20 años se evitarían 13.615 nuevas infecciones por VIH lo que, además, supondría unos ahorros potenciales de 4.411 millones de euros.

Importante estudio que evalúa (mediante un modelo formado por varios estados de salud con diferentes riesgos de transmisión que estima la incidencia acumulada de infecciones por VIH y los costes asociados en 20 años) el impacto epidemiológico y económico de protocolizar el cribado dirigido del VIH en los SUH comparado con la actual práctica clínica en España. Así, el análisis comparó la protocolización del cribado dirigido a personas que presentan alguna CI de infección por VIH (diagnóstico de enfermedad de transmisión sexual, síndrome mononucleósido, herpes zóster, neumonía adquirida en la comunidad, práctica de chemsex y profilaxis postexposición) que acuden a los SUH frente a la actual práctica clínica en España en la que el cribado de VIH no está protocolizado. El modelo estimó que con la estrategia actual de diagnóstico de VIH se producirían 66.265 infecciones por VIH en los próximos 20 años. El protocolo evitaría 13.615 nuevas infecciones (reducción del 20,6%) lo que conllevaría unos ahorros potenciales de 4.411 millones de euros y esto supondría un retorno económico de 224 euros por cada uno invertido.

J. Moltó, et al.

2022;34:21-28

### Recomendaciones de cuidados al final de la vida en los servicios de urgencias (SU)

Interesante artículo especial que expone las recomendaciones que deben guiar la elaboración de protocolos de atención al final de la vida en los SU, con el fin de que cada uno de ellos pueda elaborar sus propios protocolos.

Aunque los SU tienen como objetivo primordial salvar vidas, no debemos olvidar que esta misión encomiable no siempre es posible. Cuando se atienden pacientes en su última fase de la vida, existe la obligación ética de dialogar con ellos y sus familiares para conseguir un consenso y limitar o adecuar el manejo clínico de acuerdo a su situación vital. Con este objetivo, los SU deben tener protocolos de cuidados dirigidos a optimizar el confort y control de síntomas de los pacientes en la fase final de la vida, con el fin de evitar sufrimientos innecesarios y preservar la dignidad personal.

C. Boque, et al.

Emergencias 2022;34:47-54

En relación con el anterior artículo, este número de EMERGENCIAS publica un punto de vista titulado "Anotaciones sobre la Ley de Eutanasia en España".

El creciente envejecimiento de la población mundial, el aumento de las enfermedades crónicas y de las enfermedades degenerativas altamente invalidantes y el hecho de que estos pacientes acuden a los SU con asiduidad, deben agudizar nuestra atención sobre las cuestiones relacionadas con el final de la vida abordando las complejidades morales y éticas que se derivan de las mismas.

Los autores nos aportan información para que el lector saque conclusiones y tenga herramientas para reflexionar sobre un tema médico, ético y social complejo.

M. Jiménez-Herrera, et al.

Emergencias 2022;34:68-71