

EDITORIAL

Radiografía de los servicios prehospitalarios de emergencias

Inside prehospital emergency services: an x-ray view

Fernando Rosell Ortiz

Los servicios prehospitalarios de emergencias médicas (SEM) cumplen aproximadamente un cuarto de siglo de vida en el mapa sanitario de España¹. Forman parte habitual y ya imprescindible del modelo actual de asistencia sanitaria. Por sus características son servicios mediáticos, con frecuentes apariciones en los medios de comunicación pero, sin embargo, son unos grandes desconocidos para los ciudadanos y también para el resto de profesionales sanitarios. Cuando en el año 2002, durante el congreso de Florencia del European Resuscitation Council, se definió el quinteto de la primera hora, los procesos agudos en los cuales la primera hora es clave para el pronóstico del paciente, infarto agudo de miocardio, parada cardíaca, traumatismo grave, ictus e insuficiencia respiratoria grave², el objetivo central de los SEM se visualizó de una forma clara. Han transcurrido casi 20 años y los SEM han evolucionado adaptándose a una medicina moderna, con criterios de calidad propios³, con sólida presencia en esos procesos clave⁴⁻⁷ y abriendo camino en otras posibilidades asistenciales que muestran la creciente presencia de estos servicios en un amplio espectro de procesos clínicos⁸⁻¹¹. Hacía falta, sin embargo, una descripción como la que proponen Escalada *et al.*¹² para tener una visión real y actualizada de estos servicios.

En su trabajo repasan de forma minuciosa aspectos que generalmente pasan desapercibidos. La gran cantidad de servicios que prestan, tanto en consultas a través de los centros de coordinación como con asistencias directas, *in situ*, a los pacientes. El número tan importante de profesionales involucrados, considerando además que emplean estimaciones a la baja, tomando como jornada anual un número de horas que exceden la jornada laboral pública reconocida de 37,5 horas semanales. Aun así, cuando esas cifras se extrapolan a la realidad de todo el Estado resultan abrumadoras. Es cierto que se deben tomar con cautela, tal como recomiendan los propios autores, porque la estructura sanitaria de España es compleja y pueden existir diferencias entre servicios teóricamente muy similares que resultan difíciles de explicar¹³. No obstante, aunque sean estimaciones, ponen al descubierto unos servicios con una carga asistencial que no podría ser asumida por otros niveles de la administración sanitaria. Una actividad ordenada, con protocolos específicos en las patologías tiempodependientes, los códigos de activación, impres-

cindibles para el pronóstico final de esos pacientes. Un trabajo desarrollado por profesionales de muy diversa procedencia académica, sin un patrón homogéneo de formación y, por tanto, sin criterios específicos que homologueen su capacidad y desarrollo profesional. Cuando a estos datos de los SEM se les agrega la visión recogida en la serie informativa sobre los servicios de urgencias hospitalarias en Cataluña (estudios SUHCA) que comenzó a publicar la Societat Catalana de Medicina de Urgències i Emergències (SOCMUE) en 2014¹⁴, la visión en conjunto de las urgencias muestra una envergadura de la que no parece ser muy consciente la administración sanitaria. El número de profesionales, las cifras de asistencia, su impacto en el sistema sanitario y en la población son incuestionables. Resulta difícil entender, y muy difícil explicar a otros médicos europeos, cómo es posible que en España no exista una especialidad que reconozca esta actividad específica, este cuerpo científico, este enorme volumen de profesionales y de actividad asistencial.

Aporta el estudio algunos otros datos interesantes sobre la actividad formativa y de investigación que se lleva a cabo en estos servicios. Formación e investigación son elementos clave de cualquier nivel sanitario, forman parte de su obligación y resulta esperanzador que estén presentes en los SEM. Por un lado, la formación continuada de sus profesionales, más compleja que en otros estamentos porque su sistema de trabajo, exclusivamente por guardias, y una marcada dispersión de sus profesionales dificultan enormemente la realización de acciones formativas conjuntas. Incluso actividades rutinarias, como las tradicionales sesiones clínicas hospitalarias o las reuniones semanales de atención primaria que se desarrollan dentro del horario laboral, son prácticamente imposibles en los SEM. En este sentido, el porcentaje medio de tiempo incluido en la jornada laboral anual, dedicado a formación interna, 3,4% de promedio, se antoja corto, especialmente por el amplio intervalo que presenta. No conocemos este dato de otros SEM pero probablemente, por esas características propias, la formación continuada en estos servicios debería recibir una atención y una consideración especial. Resultaría muy interesante conocer también los temas que son objeto de esa formación interna y saber si sigue un patrón homogéneo con el resto de los SEM es-

Filiación del autor: Servicio de Urgencias y Emergencias 061 de La Rioja, Logroño, España.

Contribución del autor: El autor ha confirmado su autoría en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Autor para correspondencia: Fernando Rosell Ortiz. Servicio de Urgencias y Emergencias 061 de La Rioja, Logroño, España.

Correo electrónico: frosell@riojasalud.es; fernandorosell@gmail.com

Información del artículo: Recibido: 28-1-2020. Aceptado: 29-1-2020. Online: 10-2-2020.

Editor responsable: Óscar Miró.

pañoles. Sí es importante, sin embargo, la proporción de profesionales que “rotan” y hacen prácticas en los SEM, sobre todo de profesionales en formación de postgrado. Un aspecto enriquecedor para el conjunto del sistema sanitario. Como lo es la presencia de profesionales procedentes de los SEM en la formación académica de médicos y enfermeros. No es un porcentaje elevado, pero la presencia de doctores y de profesores universitarios en los SEM es un dato muy relevante y esperanzador, sobre todo si tenemos en cuenta que la carencia de especialidad juega de nuevo en su contra.

El apartado sobre investigación ha sido una agradable sorpresa. Los SEM, en su vertiente asistencial pura, no son servicios finalistas. Atienden a los pacientes durante un corto periodo de tiempo y necesitan colaboración interniveles para obtener resultados clave, imprescindibles, la confirmación diagnóstica y variables resultado de morbimortalidad. Por otra parte, las condiciones para realizar cualquier tipo de investigación son objetivamente más difíciles en el medio prehospitalario, incluyendo los aspectos éticos que deben acompañar al proceso¹⁵. Por todo ello, las cifras aportadas son modestas pero esperanzadoras. Reflejan interés por parte de los profesionales, un número pequeño de publicaciones pero en revistas indexadas, en una proporción semejante a otros niveles asistenciales más consolidados, a pesar de una baja proporción de profesionales con una dedicación mantenida a investigación. Una cifra que denota también una cierta falta de soporte institucional. Da la sensación de que la investigación en los SEM no es algo reconocido o valorado por las administraciones responsables. No se debe olvidar que en investigación solo ofrecen resultados los proyectos sostenidos a medio y largo plazo. Esperar aportaciones interesantes sin un trabajo de fondo, mantenido en el tiempo, no es realista. Aun así, sería muy interesante conocer si en el conjunto de los SEM españoles se dan cifras parecidas. Incorporar estos servicios a una investigación reglada debería ser una decisión firme de las administraciones sanitarias. Su implicación en procesos de elevada morbimortalidad exige también una implicación directa en su investigación. Causa una envidia saludable observar como en otros países se adoptan medidas que favorecen una investigación transversal en respuesta a la creciente demanda social de unos servicios que forman parte ineludible de una medicina moderna¹⁶. Necesitamos conocer e integrar las diferentes respuestas que el sistema sanitario debe ofrecer a los ciudadanos. Una radiografía completa y actualizada de los servicios de urgencias y emergencias de nuestro país.

Conflicto de intereses: El autor declara no tener conflictos de interés en relación con el presente artículo.

Financiación: El autor declara la no existencia de financiación en relación al presente artículo.

Artículo encargado y con revisión interna por el Comité Editorial.

Bibliografía

- Barroeta Urquiza J, Boada Bravo N. Los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en España. (Consultado 21 Enero 2020). Disponible en: http://www.epes.es/wp-content/uploads/Los_SEM_en_Espana.pdf
- Krafft T, Castrillo-Riesego LG, Edwards S, Fischer M, Overton J, Robertson-Steel I, et al. European emergency data project (eed project), ems data-based health surveillance system. *Eur J Public Health*. 2003;13:85-90.
- Zamora-Soler JA, Maturana-Ibáñez V, Castejón-de la Encina ME, García-Aracil N, Lillo-Crespo M. Utilización e implementación de indicadores de calidad para evaluar la atención en las emergencias extrahospitalarias: revisión sistemática. *Emergencias*. 2019;31:346-52.
- Soto-Cámara R, Trejo-Gabriel-Galán JM, González-Bernal J, González-Santos J, Cubo E. Factores asociados con la activación del servicio de emergencias médicas en el paciente con ictus agudo: un estudio prospectivo. *Emergencias*. 2019;31:86-90.
- Ali Ali B, Lefering R, Fortún Moral M, Belzunegui Otano T. Validación del Modelo de Predicción de Mortalidad de Navarra y comparación con el Revised Injury Severity Classification Score II en los pacientes con traumatismo grave atendidos por el Sistema de Emergencias de Navarra. *Emergencias*. 2018;30:98-104.
- Martín-Rodríguez F, López-Izquierdo R, del Pozo Vegas C, Delgado Benito JF, del Brio Ibáñez P, Moro Mangas I, et al. Valor predictivo del preNEWS2-L (Pre-hospital National Early Warning Score 2 Lactate) para la detección de la mortalidad precoz en el ámbito prehospitalario. *Emergencias*. 2019;31:173-9.
- Solà Muñoz S, Morales Álvarez JA, Jiménez Fàbrega X, Carmona Jiménez F, Mora Vives A, Jordán Lucas S. Código infarto prehospitalario con bloqueo de rama izquierda: ¿es igual que con elevación del ST? *Emergencias*. 2018;30:357.
- López Unanua MC, Muñoz Agius F, García Estraviz C, Sánchez Santos L. Evaluación y tratamiento del dolor de origen traumático en medicina prehospitalaria. *Emergencias*. 2018;30:66.
- Ferrés-Padró V, Solà Muñoz S, Jacob Rodríguez J, Membrado-Ibáñez S, Amigó Tadrín M, Jiménez Fàbrega FX. Indicadores de calidad y puntos de mejora en la asistencia prehospitalaria de los pacientes adultos expuestos a monóxido de carbono. *Emergencias*. 2019;31:304-10.
- Smyth MA, Gallacher D, Kimani PK, Ragoo M, Ward M, Perkins GD. Derivation and internal validation of the screening to enhance pre-hospital identification of sepsis (SEPSIS) score in adults on arrival at the emergency department. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2019;27:67.
- Egea-Guerrero JJ, Martín-Villén L, Pérez-Villares JM. El papel clave de los equipos de emergencias extrahospitalarias en los programas de donación en asistolia no controlada en Andalucía. *Emergencias*. 2018;30:368-9.
- Xavier Escalada, Pere Sánchez, Ricard Hernández, Emili Gené, Javier Jacob, Gilberto Alonso, et al. Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències. Estudio SEPHCAT: análisis de los servicios de emergencias prehospitalarios en Cataluña. *Emergencias*. 2020;32:90-6.
- Del Arco Galán C, Rodríguez Miranda B, González Del Castillo J, Ruiz Grinspan M, Carballo C, Bibiano Guillén C, et al. Estudio comparativo de la estructura física, recursos humanos e indicadores de actividad asistencial entre los servicios de urgencias hospitalarios públicos de la comunidades autónomas de Madrid y Cataluña. *Emergencias*. 2017;29:373-83.
- Miró O, Escalada X, Gené E, Boqué C, Jiménez Fàbrega FX, Netto C, et al. Estudio SUHCAT (1): mapa físico de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. *Emergencias*. 2014;26:19-34.
- Armstrong S, Langlois A, Siriwardena N, Quinn T. Ethical considerations in prehospital ambulance based research: qualitative interview study of expert informants. *BMC Med Ethics*. 2019;20:88.
- Lindskou TA, Mikkelsen S, Christensen EF, Hansen PA, Jørgensen G, Hendriksen OM. The Danish prehospital emergency healthcare system and research possibilities. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2019;27:100.