

# Editorial

## La urgencia médica y su asistencia extrahospitalaria

Joan López Ferré

### Introducción

El desarrollo económico logrado durante el presente siglo ha hecho posible que en España se hayan alcanzado unos índices de salud pública más o menos satisfactorios. Así, la expectativa de vida se ha doblado desde 1900, la tasa de mortalidad infantil disminuyó en un 50 % de 1973 a 1981 y la mortalidad por 1.000 habitantes es de un 7,69, nivel similar al de otros países de nuestro entorno. Pero al igual que en estos países, este desarrollo social e industrial ha generado un aumento espectacular de la mortalidad y morbilidad por causas antes poco importantes como la enfermedad coronaria y los accidentes de tráfico. Los accidentes son la primera causa de mortalidad por debajo de los 45 años, ocasionando más muertes en la infancia y en la adolescencia que el conjunto del resto de patologías. Y las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad global en España.

A pesar de la importancia que para la salud pública han alcanzado los accidentes y las enfermedades cardiovasculares, nuestro esclerótico sistema sanitario no ha sabido responder a este reto. En España carecemos de un sistema integral de urgencia a pesar de la existencia de múltiples servicios de urgencia ambulatoria, que de una forma descoordinada, costosa y

estéril realizan esta asistencia. Si exceptuamos la comunidad autónoma de Cantabria no existen proyectos concretos de reforma y puesta en marcha de un sistema integral y moderno de asistencia médica urgente. Peor aún, en la Ley General de Sanidad aprobada por el Parlamento español no se hace ni siquiera referencia a esta asistencia médica de urgencia.

### El servicio de asistencia médica urgente (SAMU)

El 65 % de las muertes, en los accidentes de tráfico, se producen en el lugar del accidente o durante el transporte y en general se trata de personas jóvenes y previamente sanas. Otras situaciones de urgencia de tipo médico, quirúrgico, obstétrico o pediátrico constituyen el 50 % del total de urgencias y precisan también de una asistencia médica temprana puesto que en muchos casos tienen su mayor mortalidad en la fase prehospitalaria (infarto de miocardio y otros).

La *urgencia médica* se define como aquella situación en que la instauración de una terapéutica eficaz no puede retrasarse, puesto que si no se actúa a tiempo, se puede producir la muerte o una disfunción permanente y grave del enfermo.

Sin embargo, la asistencia de urgencia se limita en la actualidad, en nuestro medio, a acelerar el transporte de las víctimas a los centros hospitalarios en vehículos inadecuados, en posturas incorrectas, velocidades desproporcionadas, sometidos a aceleraciones y desaceleraciones (extraordinariamente nocivas en pacientes hipovolémicos y en shock) y prácticamente siempre sin asistencia médica durante el traslado.

Frente a esta situación totalmente anacrónica y al derecho del ciudadano a unos cuidados inmediatos dispensados según los métodos más modernos, cuando éste se encuentra en una situación de riesgo personal grave,

surge la necesidad de los *Servicios de Asistencia Médica Urgente* (SAMU) ya en funcionamiento en la mayoría de los países de la Comunidad Económica Europea y equivalente al *Emergency Medical System* (EMS) de Estados Unidos.

La filosofía del SAMU responde al principio de llegar rápido (el equipo médico) y volver prudentemente. Es decir, trasladar lo más rápidamente posible al personal y al material médico adecuados al lugar donde se encuentra el enfermo grave, estabilizar al paciente *in situ* y regresar, manteniendo la asistencia, al centro adecuado y previamente alertado para recibirlo.

### Objetivos del SAMU

- Disminuir la mortalidad y morbilidad de las urgencias médicas, accidentes y catástrofes.
- Facilitar el transporte medicalizado a los hospitales.
- Mejorar la asistencia médica de urgencias extra e intrahospitalaria.

### Funciones del SAMU

- Captar las llamadas de petición de ayuda.
- Organizar las respuestas de forma adecuada.
- Dirigir la ayuda médica hasta el lugar de la urgencia.
- Preparar la acogida en el hospital.
- Asegurar la enseñanza y capacitación del personal que en él trabaja.

Su correcto funcionamiento repercutiría positivamente en los hospitales al liberarlos de la presión indiscriminada que sobre ellos se ejerce en este momento.

El SAMU sería un servicio público y como tal la asistencia a la urgencia debe ser gratuita y su subvención debería depender del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, Consellería de Sanidad del Gobierno Autónomo y Municipios. Cuando más dinero se invier-

ta en desarrollar un sistema de asistencia médica de urgencia adecuado, menos dinero será necesario para asistencia y pensiones de invalidez o defunción.

### Componentes del SAMU

1) **Centro Coordinador.** Recibiría la llamada telefónica de solicitud de ayuda médica, efectuaría la clasificación médica de la llamada y toma de decisión (por parte de un médico) del tipo de ayuda a remitir al lugar. Tendría comunicación directa con los distintos centros de urgencia periféricos (extrahospitalarios) que dispondrían de una ambulancia medicalizada. Estarían en comunicación con el hospital en el que, en último término, se trasladaría al enfermo. Así mismo, tendría comunicación con policía, bomberos y protección civil.

2) **Personal.** Para prestar la asistencia primaria a las urgencias debe desterrarse la idea de que todo médico, por el hecho de serlo, está capacitado para hacer frente a cualquier urgencia médica. Por tanto, es necesario que esta asistencia la realicen médicos habituados a tratar este tipo de pacientes (especialistas en medicina intensiva o en anestesiología y reanimación) o previamente formados para tal fin.

3) **Ambulancia.** Ya no se trata de confiar simplemente en la rapidez del traslado, sino que por su capacidad, utillaje y personal deben constituir una verdadera avanzada del hospital. Serían de dos tipos:

*Ambulancia tipo A:* aquellas destinadas al traslado de enfermos que no presentan riesgo inminente de muerte. Su dotación estaría constituida por un conductor y un camillero, expertos en las técnicas de primeros auxilios.

*Ambulancia tipo B:* es la ambulancia medicalizada, perfectamente normalizada y dotada de material de reanimación y asistencia, de un médico experimentado, un ATS especializado en medicina de urgencia, un camillero-

socorrista y un conductor cualificado en el transporte de urgencia. Cada centro de urgencias periférico tendría asignada una ambulancia medicalizada desde donde partiría, por orden del centro coordinador, al lugar donde se hallara el enfermo crítico.

Para casos excepcionales se procedería a la evacuación de heridos con helicópteros como el BO-105 de los que dispone la FAMET (Fuerza Aérea del Ejército de Tierra), convenientemente preparado.

La utilidad de la ambulancia medicalizada es incuestionable. En un artículo publicado recientemente por C. Wilson (*The Lancet*, ed. esp., vol 7, n.º 1, 1985) refiere como durante un período de quince meses se documentaron todos los infartos agudos de miocardio en dos comunidades de Irlanda del Norte; sólo una de ellas estaba dotada de una ambulancia medicalizada. La incidencia de IAM fue similar en ambas áreas pero a los 28 días la mortalidad era menor en el área atendida por la unidad móvil: un 13 % inferior. Destacando que casi la mitad de la diferencia de mortalidad correspondió a las primeras dos horas y que la tasa de mortalidad fue un 21 % menor en los pacientes de menos de 65 años del área atendida por la unidad móvil. Durante el estudio se salvaron 63 vidas en el área dotada de ambulancia medicalizada.

Lewis et al. (*American Heart Journal*, 103:123, 1982) refieren que el 31 % de los paros cardiorrespiratorios prehospitalarios que se reanimaron con éxito por el EMS (equivalente americano al SAMU) fueron dados de alta hospitalaria. Este estudio se efectuó para evaluar la eficacia del EMS en reducir la mortalidad prehospitalaria por IAM en la ciudad de Columbus, Ohio. Pues, bien, la eficacia en la reanimación de los PCR antedicha representa en vidas salvadas el 14,2/100.000 personas de población por año. En Mallorca serían y sólo por este concepto 70 vidas salvadas al año.

4) **Servicios de urgencia.** La atención médica de urgencia constaría de cuatro niveles escalonados, a saber:

*1.º nivel.* Serían unos puestos fijos distribuidos por la región con una o más unidades móviles (ambulancias tipo A). Su personal sería el de la Cruz Roja con formación adecuada. Cada uno de estos puestos tendría un área específica de cobertura de modo que cada punto de esta área fuera accesible en un tiempo inferior a 15 minutos. Estaría en contacto y a las órdenes del centro coordinador.

*2.º nivel.* Estaría formado por el ambulatorio, centro de salud o médico rural correspondientes. Los médicos de zona atenderían por turnos la *asistencia continuada*, es decir, consultas que se plantean fuera del horario y que en su inmensa mayoría no son emergencias médicas. En caso de urgencia verdadera el médico solicitaría ayuda al centro coordinador del SAMU e iniciaría el tratamiento de urgencia.

*3.º nivel.* Serían los actuales servicios de urgencia periféricos, pero con dotación e infraestructura adecuados, incluyendo:

- servicio continuado las 24 horas del día
- 2 médicos
- 3 ATS
- 2 boxes de exploración
- 4 camas de hospitalización temporal
- equipo básico de laboratorio y radiología
- 1 ambulancia medicalizada asignada

Estos servicios cuidarían de la asistencia y transporte medicalizado en su área de cobertura. Uno de los dos médicos y uno de los ATS partirían, tras aviso del centro coordinador, a atender la urgencia médica allí donde se ha producido, estabilizarían al paciente *in situ* y trasladarían al enfermo al servicio de urgencias periférico y eventualmente, si el caso lo requiriera, al Hospital previamente alertado para recibirlo.



4.º nivel. Correspondería al servicio de urgencias intrahospitalario, a donde llegarían los pacientes que requirieran atención hospitalaria después de ser atendidos *in situ* y transportados adecuadamente y sin dejar de prestarles asistencia médica durante el transporte.

## Conclusión

Lo expuesto hasta aquí no es más que una primera aproximación al problema de la asistencia de la urgencia médica extrahospitalaria y a su reforma. El profundizar en su estudio, adecuarlo a las necesidades y peculiaridades concretas de nuestra comunidad insular y sobre todo su puesta en marcha puede plantear problemas económicos, asistenciales y aún políticos, pero mantener las cosas como están por más tiempo es negar la evolución inexorable de la medicina. Situaciones que hasta hace poco se planteaban como irreversibles pueden hoy ser resueltas con éxito haciendo de la asistencia médica urgente una cualificación en lugar de una disponibilidad.

## BIBLIOGRAFIA

1. Jacobs LM., Bennett BR. Emergency Medical Services. En *MGH Emergency Medicine*, pág. 817-878. Wilkins E. editor, Baltimore. 1983.
2. Metrot J., Huguenard P. L'ambulance de réanimation. Cahier des charges. *Rev. SAMU* 3:25-30. 1980.
3. Nalda Felipe MA. El dónde, el cuándo y el cómo de la asistencia extrahospitalaria. *Med. Clin. (Barc.)*, 85:189-190. 1985.

4. Maruenda et al. Proyecto para la implantación de un Servicio de Ayuda Médica Urgente (SAMU) en la ciudad de Valencia. *Rev. Española Anest. Rean.* vol. 30 núm. 3. 1983.
5. Chuliá Campos, V. Necesidad de la creación del SAMU. *Rev. Española. Anest. Rean.* vol. 30 núm. 6. 1983.
6. Alvarez Leiva C. et al. Transporte de Urgencias Extrahospitalarias. Ponencia al XVII Congreso Nacional de Anestesiología y Reanimación. Girona. Junio de 1985.
7. Huguenard P., Desfemmes C. L'aide Médicale Urgente en France. Doctrine et Organisation. Ponencia al XVII Congreso Nacional de Anestesiología y Reanimación. Girona. Junio de 1985.
8. Hormaechea Cazón E. Plan Regional de Asistencia Médica de Urgencia de Cantabria. Ponencia al XVII Congreso Nacional de Anestesiología y Reanimación. Girona. Junio de 1985.
9. Caroline N.L. Emergency care in the streets. 2.ª ed. pag. 507-594. Little Brown and Company. Boston., 1983.
10. Fornaguera J.M. Ambulancias, urgencias y emergencias. Ponencia al XVII Congreso Nacional de Anestesiología y Reanimación. Girona. 1985.
11. Chuliá Campos, V. Asistencia extrahospitalaria. *Rev. Española Anest. Rean.* vol. 32 supl. 1. 44-48. 1985.
12. Wilson C. et al. Unidad coronaria móvil y mortalidad secundaria a infarto de miocardio en la comunidad. *The Lancet* (ed, esp.) vol. 7 núm. 1., 51-55. 1985.
13. Lewis et al. Reduction of mortality from pre-hospital myocardial infarction by prudent patient activation of mobile coronary care system. *Am. H. J* 103:123. 1982.
14. Perales R. de Viguri N., Hernando Lorenzo A. Medicina Intensiva Extrahospitalaria. *Tribuna Médica* 1026:23-25. 1984.
15. Perales R. de Viguri N. Atención prehospitalaria a la cardiopatía isquémica aguda. *Med. Intensiva*, núm. ext: 3-11. Jul. 1986.
16. Sociedad Española de Medicina Intensiva. PASU. SEMIUC 1983.