

II Reunión de Estudio de Medicina de Emergencia

Se ha celebrado en Salamanca, del 23 al 25 de Febrero últimos, la II Reunión de Estudio de Medicina de Emergencias, organizada por la Universidad de Salamanca y por la Sociedad Española de Medicina de Emergencias (S.E.M.E.S).

Colaboraron en la organización, la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación, la Sociedad Castellano-Leonesa de Anestesiología y Reanimación, la Sociedad Española de Medicina para Catástrofes (S.E.M.E.C.A.) la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMIUC), y la Asociación Regional de Médicos de Urgencia de Murcia (A.R.M.U).

El Presidente del Comité organizador fué el Profesor Muriel Villoria, siendo el Presidente del Comité Científico el Magnífico y Excmo. Sr. Rector de la Universidad de Salamanca, D. J. Fermojo García.

Cuatro fueron los temas de estudio, que se distribuyeron de la siguiente forma:

1) UNIVERSIDAD, ADMINISTRACION, SOCIEDADES CIENTIFICAS Y EMPRESAS PRIVADAS EN LA FORMACION DEL PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA DE URGENCIA.

A este respecto se constató la deficiente formación en Medicina de Urgencia, obtenida por lo general en las Facultades de Medicina españolas durante los estudios de pre-grado, y la conveniencia y necesidad de incluir este aspecto en futuros planes de enseñanza. Se consideró necesaria la creación de una comisión de estudio que analice aspectos concretos de contenido, extensión, metodología, revisión y control de la enseñanza de la Medicina de Emergencia tanto en los estudios de Licenciatura como en enseñanza de post-grado, con cursos a diferente nivel (diploma, máster, etc.) La acreditación en estos diferentes niveles de competencia se consideraría elemento de valoración para el acceso a determinados puestos de trabajo (técnicos de ambulancia, etc.)

Esta mesa fué moderada por el Prof. Muriel de Salamanca.

Las conclusiones de esta primera mesa fueron:

1.- La formación del personal, de los diferentes escalones de la cadena asistencial, es exigible con criterios uniformes.

2.- Es necesario definir el contenido y los objetivos para cada uno de los estamentos. (Médicos, enfermería y técnicos).

3.- Un vehículo adecuado es la Universidad en colaboración con otras entidades tanto públicas como privadas.

4.- Constitución de una Comisión de Expertos a nivel Nacional que regule la acreditación y sea garante de la formación.

2) ADMINISTRACION PUBLICA Y LA MEDICINA DE EMERGENCIA: ATENCION PRIMARIA Y ASISTENCIA HOSPITALARIA

En el debate suscitado en relación con el tema de estudio, se puso de manifiesto el deficiente estado de atención a la urgencia médica y sobre todo a la emergencia, considerando ésta como aquella situación que requiere una asistencia médica cualificada e inmediata para evitar un riesgo vital o una amenaza grave a la salud, a diferencia del término más genérico de urgencia, que se traduce por lo general en una asistencia médica fuera de las horas habituales de trabajo.

Diversos estudios como el presentado por el Dr. Del Busto Prado, de Oviedo y el Dr. Serrano Rodríguez de Tudela, pusieron de manifiesto las deficiencias en la atención primaria a las urgencias, lo que condiciona una afluencia desproporcionada de enfermos a los servicios de urgencia hospitalarios, con su consiguiente saturación y colapso, una atención inadecuada por lo general a los enfermos, y una alteración en el funcionamiento normal de los hospitales.

La inexistencia de CICUMs (Centros de Información y Coordinación de Urgencias Médicas), la falta de información de la población en cuanto a pautas de reacción ante una urgencia médica, la carencia de un número de teléfono único en todo el territorio nacional, de fácil memorización, como punto de acceso inicial a un sistema integral de urgencia, se consideraron algunos de los puntos críticos para explicar el insatisfactorio estado de la atención a la urgencia médica.

En lo relativo a transporte sanitario se refirió la ausencia de un sistema eficaz, debido a la multiplicidad de organismos privados, relacionados con el mismo, a la carencia de una normalización en la preparación profesional de los trabajadores de este sector, a falta de homologación total de los vehículos y su dotación, etc., lo que condiciona, junto a los factores enumerados en el párrafo anterior, un transporte sanitario primario muy deficiente y un transporte sanitario secundario que aunque muestra una tendencia a la mejoría, es todavía claramente insatisfactorio.

Como conclusiones se señalaron:

1.- Se ha discutido y valorado la situación y eficacia de los sistemas de urgencias médicas y hospitalarias.

2.- Existe una sobresaturación en el ámbito hospitalario que podría ser asumida por la asistencia primaria en base:

- a) Educación sanitaria.
- b) Equipamiento.
- c) Reciclaje-Formación

3.- Existe un considerable vacío en el tratamiento del paciente crítico, en la fase prehospitalaria que debe ser llenado por personal técnico cualificado.

4.- La existencia de un sistema integral de salud se ve enfocado desde la óptica de las diferentes autonomías, condicionando planteamientos prácticos de organización de las urgencias.

5.- Se reclama la consulta de los diversos estamentos implicados en la elaboración de un plan común.

3) INFORMATIZACION COMO BASE FUNDAMENTAL EN LOS CICUMs y SISTEMAS DE COMUNICACION ENTRE LOS HOSPITALES Y LOS SAMU.

Se destacó la importancia del soporte informático y de las telecomunicaciones, como recursos técnicos de altísimo rendimiento, y como elementos decisivos en el funcionamiento eficaz de un sistema integral de urgencia, al permitir acceso en tiempo real a datos fundamentales para una correcta asistencia de urgencia.

La asistencia médica a distancia, prestada a Comunidades aisladas, trabajadores del mar, asistencia sanitaria a catástrofes, etc., dependen de-

cisivamente del cordón umbilical que una los CICUMs, los hospitales y los beneficiarios de la asistencia, mediante una red permanente de comunicaciones alámbricas o inalámbricas según los casos, facilitando la toma de decisiones adecuadas, que a veces tendrán que ser asumidas por personal no sanitario.

La creación de sistemas expertos, posibilitará el acceso a las soluciones más adecuadas en situaciones de carencia de personal competente.

El tema de la confidencialidad en sistemas informáticos relacionados con la Medicina, se consideró absolutamente fundamental, siendo necesario el estudio de sistemas que garanticen el derecho al secreto en determinados aspectos, que impliquen connotaciones éticas, morales, etc. El enfermo, tiene derecho a que se garantice el acceso exclusivamente personal, o restringido a los profesionales médicos que él designe, de determinados aspectos de su patología.

Las conclusiones fueron:

1.- Asignación de un número de teléfono, protegido, exclusivo para los servicios SAMU.

2.- Reservar para los servicios SAMU, dentro de las bandas 147 a 174 megaciclos VHF y 450 a 470 megaciclos UHF, unas frecuencias determinadas de uso exclusivo, y a la vez, la posibilidad de modificar las normas para poder establecer enlaces fijos protegidos.

3.- Profesionalización del personal auxiliar de los servicios SAMU.

4.- Establecimiento de un banco de datos sanitario de la población, protegido.

5.- Regulación de la introducción de la informática en los centros sanitarios, así como de los fallos imputables al personal sanitario que los maneja.

Para la protección de la calidad de la asistencia y de la ergonomía del personal del SAMU.

6.- Promulgar una ley de protección de datos y el derecho a la información.

7.- Oficializar y contratar los servicios SAMU existentes y similares (telemedicina de urgencia para los marinos y línea caliente del Ministerio de la Salud).

4) COORDINACION DE LOS TRASPLANTES DE ORGANOS = PAPEL DE LA ADMINISTRACION Y DE LOS SISTEMAS DE EMERGENCIA.

Se destacó el papel fundamental que los sistemas de emergencia pueden jugar para posibilitar el aprovechamiento de órganos para trasplante, desde la óptica de permitir el mantenimiento de órganos viables, mediante la prestación de técnicas terapéuticas, que se omitirían caso de no pensar en la posibilidad de trasplante, como podría ocurrir en enfermos afectados de accidentes cerebrovasculares, traumas severos, etc., hasta la

puesta en marcha de sistemas de transporte que garanticen la llegada tanto de posibles donantes a los centros adecuados de extracción de órganos como de los órganos a trasplantar, a los centros de trasplante.

Se discutió la optimización de recursos escasos, tales como sangre, camas hospitalarias en unidades de cuidados intensivos, etc., que ante las exigencias derivadas del desarrollo de trasplantes de determinados órganos, podrían entrar en conflicto con las necesidades de otros tipos de enfermos potencialmente demandantes de los mismos recursos. La designación de centros para trasplante, y la información al personal sanitario de servicios de urgencia médica, se considerarán aspectos decisivos para una orientación adecuada de los trasplantes.

Se destacó el papel de los coordinadores de trasplantes de órganos deben jugar en lo que se refiere a información a los médicos de áreas de urgencia, para que éstos a su vez informen de manera más directa a la población respecto a las múltiples cuestiones que pueden surgir desde los aspectos operativos, morales, éticos, económicos, etc., y que caso de ser aclarados convenientemente a la población permitirían posiblemente un incremento en el número de donaciones de órganos.

Se comentó también, el estado actual de aspectos logísticos relacionados con el trasplante de órganos, en el cual intervienen determinados organismos de la Administración, y la posibilidad de dar entrada a sistemas privados de transporte, comunicaciones, etc., en este campo relativamente nuevo de la Medicina, pero con un pre-

sente en continuo desarrollo y con un futuro ampliamente esperanzador para enfermos cuya única expectativa de vida es la recepción de un órgano viable.

En esta última mesa se señaló que:

1.- Se reconoce la utilidad clara de los trasplantes de órganos desde el punto de vista asistencial.

2.- Se reconoce una importante mejoría en la obtención de los órganos desde que apareció la figura del coordinador de trasplantes.

3.- Existe la necesidad de obtener un mayor número de órganos para trasplante, siendo necesario:

a) Concienciar y formar al personal médico y sanitario en general.

b) Necesidad de crear sistemas de emergencia médica por:

1. Contribuyen a disminuir la mortalidad y la morbilidad por enfermedad aguda o trauma.

2. Secundariamente ofertan una mayor posibilidad de detectar donantes.

3. La utilización de centros de coordinación y telecomunicaciones.

4. Utilización de los medios de transporte del sistema así como otros recursos propios del mismo.

Madrid, 1 de Marzo de 1989
Fdo. Dr. D. Antonio Hernando Lorenzo