

La investigación en medicina de urgencias y emergencias prehospitalaria

FERNANDO ROSELL-ORTIZ¹, ALONSO MATEOS RODRÍGUEZ¹, ÒSCAR MIRÓ²

¹Editores de Sección. ²Editor. EMERGENCIAS.

En el sexto congreso del *European Resuscitation Council* (Florencia 2002) se debatió y presentó un grupo de procesos patológicos en los cuales la actuación inicial, inmediata, es clave para el pronóstico del paciente. El traumatismo grave, el dolor torácico, el ictus, la insuficiencia respiratoria aguda grave y la parada cardíaca, conocidos como el "quinteto de la primera hora", constituyen en conjunto las principales causas de muerte en los países industrializados y son la principal razón de ser de los servicios de emergencias médicas (SEM) extrahospitalarios. La incidencia de estos procesos en el trabajo de los SEM es un indicador clave para analizar y comparar su actuación y su impacto sobre la atención sanitaria de un país¹.

Este primer número de 2012 de EMERGENCIAS presenta una serie de trabajos realizados en el ámbito prehospitalario relacionados con estos procesos tiempo-dependientes. Coincide en el tiempo, sin proponérselo, con la publicación de un documento de consenso del Grupo de Trabajo de Cuidados Cardíacos Agudos de la Sociedad Europea de Cardiología (doi: 10.3109/17482941.2011.581292) centrado en el tratamiento prehospitalario del infarto agudo de miocardio con elevación del ST². En él se recogen dos aspectos clave la identificación de la fase prehospitalaria como la más crítica para el pronóstico del paciente; y la necesidad de fomentar la investigación en los SEM como herramienta para aumentar su competencia y la calidad final de la asistencia que reciben los pacientes. Esta reflexión y esta coincidencia no son casuales. Existen sólidas evidencias sobre las actuaciones necesarias para disminuir la morbimortalidad en estos procesos, y en otros más, vinculados a la asistencia urgente y emergente, pero hay también hay la certeza de la dificultad de la tarea, tanto asistencial como investigadora, para avanzar en ese camino^{3,4}.

A los problemas conocidos^{4,5} hay que unir dos aspectos específicos del entorno de las urgencias-

emergencias que afectan de manera muy importante a los diferentes modelos de investigación. Por un lado, los SEM no son servicios finalistas, lo que dificulta su participación en estudios sobre efectividad, que implican conocer resultados finales. Por otro lado, la inmediatez de la asistencia, que dificulta la participación en ensayos con asignación aleatoria, donde la inclusión de pacientes consume tiempo y se generan problemas de diversa índole, entre ellos la gestión del consentimiento informado de los pacientes, un aspecto que genera encendidas controversias⁶. Son importantes problemas añadidos porque dificultan la incorporación de estos servicios a los canales clásicos de investigación. Es fácil observarlo: las principales fuentes de conocimiento e investigación en este campo están protagonizadas mayoritariamente por profesionales que no trabajan en esa asistencia inmediata a los pacientes. Se puede observar en el listado de autores, especialidad y lugar de trabajo del documento de consenso antes citado² o los colaboradores de los estudios CRASH (<http://www.crash.lshtm.ac.uk>) 1 y CRASH 2 (<http://crash2.lshtm.ac.uk>), por citar dos ejemplos claros de procesos que tienen su foco de interés principal antes de alcanzar el hospital. No se debe interpretar esto como una intromisión o un exceso, sino más bien como un déficit de hábito investigador por parte de los *urgenciólogos* prehospitalarios y como fruto de la influencia del mundo anglosajón (con modelos de asistencia distintos) en la literatura y la investigación mundial sobre urgencias y emergencias.

No hay fórmulas mágicas para salvar estos escollos, pero sí algunas recetas para avanzar. Primera, la investigación debe salir y volver a los profesionales. Es imprescindible facilitar el flujo de información hacia los profesionales, para que se sientan partícipes de las tareas de investigación, de sus resultados y de la importancia que tiene para su propia práctica médica. Segunda, hay que facili-

CORRESPONDENCIA: F. Rosell-Ortiz. Empresa Pública Emergencias Sanitarias. Almería, España. E-mail: jrosell@al.epes.es

FECHA DE RECEPCIÓN: 5-1-2012. **FECHA DE ACEPTACIÓN:** 13-1-2012.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno

tar y promover la formación en metodología: cómo entender y formular las preguntas de investigación y cómo competir para conseguir financiación pública. La financiación es un elemento clave en la investigación y su obtención en un mundo competitivo exige formación y planificación⁷. Tercera, promover la cultura de conocer los resultados de la práctica realizada, mediante la incorporación de indicadores de resultados en salud como complemento a las auditorías sobre procesos de asistencia que se utilizan habitualmente. Para ello se debe extender la utilización de registros de casos, especialmente registros informáticos, que faciliten la inclusión de datos y su explotación de manera sencilla. Este es un paso indispensable para avanzar desde la medicina basada en las evidencias hacia la medicina basada en los resultados de la práctica clínica en el mundo real⁸. Cuarta, implicar a gestores, instituciones y administraciones en las tareas de investigación. Como responsables directos en el conocimiento de la práctica clínica e identificación de oportunidades de mejora, los gestores deben integrar las necesidades de investigación dentro de sus planificaciones. La investigación es también una fuente de ingresos para el sistema sanitario. Quinta, colaboración en red tanto entre SEM nacionales e internacionales^{9,10} como colaboración interniveles entre diferentes especialidades. En este campo resulta esperanzadora la reciente publicación del libro blanco sobre las Emergencias (disponible en <http://www.epes.es/visita/SEMS/>), primera publicación conjunta de los SEM de España, donde ofrecen una radiografía de sus recursos, actividad y líneas de trabajo. Sexta, entender que la investigación se puede y debe orientar a todas las áreas de actividad, desde la actividad y cartera de servicios de los centros de coordinación de urgencias hasta la calidad de vida de los pacientes tras la atención recibida. A modo de ejemplo, los SEM pueden expandir la evidencia científica investigando en equidad y accesibilidad, en adecuación de la práctica clínica a las evidencias, en variabilidad en la práctica clínica y su causas, en mejora de la evidencia científica disponible (guías de prác-

tica clínica, ensayos clínicos tradicionales o independientes), evaluación de tecnologías nuevas y emergentes, en evaluación de resultados en salud o en efectividad de las intervenciones, que incluyen ajuste de riesgo y seguridad de los pacientes (desde el acceso del paciente al sistema hasta el resultado final).

La investigación en el ámbito de las urgencias y emergencias prehospitalarias debe ser una prioridad en cualquier sistema sanitario, para sus gestores y para los profesionales que trabajen en ese ámbito. Los proyectos los crean y desarrollan los profesionales y los impulsan y soportan las instituciones. Y el número de EMERGENCIAS que abre el año 2012 es un buen ejemplo de que esto es también posible en España.

Bibliografía

- 1 Fischer M, Kamp J, García-Castrillo Riesgo L, Robertson-Steel I, Overton J, Ziemann A, et al. Comparing emergency medical service systems—A project of the European Emergency Data (EED) Project. *Resuscitation*. 2011;82:285-93.
- 2 Tubaro M, Danchin N, Goldstein P, Filippatos G, Hasin Y, Heras M, Jansky P, et al. Tratamiento prehospitalario de los pacientes con IAM-CEST. Una declaración científica del Working Group Acute Cardiac Care de la European Society of Cardiology. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65:60-70.
- 3 Pilgrim R, Hilton J A, Carrier E, Pines J M, Hufstetler G, Thorby S, et al. Research Priorities for Administrative Challenges of Integrated Networks of Care. *Acad Emerg Med*. 2010;17:1330-6.
- 4 Miró Ó, Sesma J, Burillo-Putze G. La investigación en medicina de urgencias y emergencias. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2010;33(Supl. 1):215-27.
- 5 Grau J, Trilla A. Algunas consideraciones bioéticas acerca de la investigación con muestras biológicas en los servicios de urgencias. *Emergencias*. 2009;21:382-5.
- 6 Roberts I, Prieto-Merino D, Shakur H, Chalmers I, Nichol J. Effect of consent rituals on mortality in emergency care research. *Lancet*. 2011;377:1071-2.
- 7 Fernández-Formoso J A, Pérez-Ortega J M, Sanz-Martul E, Blázquez-Herranz M. Para que nada ni nadie se quede sin investigar: la Acción Estratégica en Salud (AES) en el contexto del fomento y promoción de la I+D+i biosanitarias. *Emergencias*. 2010;22:460-9.
- 8 Soto Álvarez J. Medicina basada en resultados en salud: la evolución lógica y deseable de la medicina basada en la evidencia. *Med Clin (Barc)*. 2007;128:254-5.
- 9 Gräsner JT, Herlitz J, Koster RW, Rosell-Ortiz F, Stamatakis L, Bossaert L. Quality management in resuscitation – Towards a European Cardiac Arrest Registry (EuReCa). *Resuscitation*. 2011;82:989-94.
- 10 Gómez-Angelats E, Bragulat E, Obach V, Gómez-Choco M, Sánchez M, Miró Ó. Resultados alcanzados con la puesta en marcha del circuito «Código ictus» en un gran hospital: papel de urgencias y análisis de la curva de aprendizaje. *Emergencias*. 2009;21:105-113.