

EDITORIAL

¡Felicidades a los médicos de urgencias y emergencias españoles y a la SEMES! ¡Comienza la diversión!

Congratulations to all Spain's emergency physicians and to the Spanish Society of Emergency Medicine (SEMES): Let the fun begin!

Judith E. Tintinalli

¡Celebrémoslo!

El 2 de julio de 2024 es un día de reconocimiento y celebración por la aprobación de la Medicina de Urgencias y Emergencias (MUE) en España como especialidad, bajo el nombre de Medicina de Urgencias y Emergencias. En gran parte, el reconocimiento de la especialidad se debió a la persistencia y la determinación tenaz de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) durante 36 años, que resultó en este increíble avance. El reconocimiento de la especialidad es un paso gigante hacia el desarrollo de un sistema integral y bien estructurado de atención de urgencias en toda España. El trabajo empieza ahora.

El trabajo pendiente de la nueva especialidad

La MUE es el marco bajo el que se atienden las urgencias médicas de los pacientes. Esta especialidad se dirige a la población general (no a una población específica restringida por edad, tipo de dolor, sistema afectado o gravedad). La atención se brinda siempre que el paciente lo necesita o solicita y se proporciona a grandes cantidades de pacientes sin importar la capacidad de tratamiento. También se brinda atención cuando fallan los servicios de prevención y comunitarios.

El marco de la MUE comienza con el episodio médico inicial y la provisión de atención de urgencias y continúa hasta la atención definitiva o de seguimiento adecuada. Esta atención requiere de una red de profesionales de la salud: médicos de urgencias, enfermeros de urgencias, técnicos de emergencias sanitarias (TES), paramédicos, primeros respondientes y especialistas médicos con sus equipos. Todos trabajan juntos con la comunidad y los hospitales para brindar la atención necesaria.

Se precisa colaboración multisectorial para enfermedades complejas como el *shock*, el infarto agudo de miocardio, el ictus, los traumatismos mayores, las lesiones cerebrales y la sepsis. Los planes de tratamiento de

urgencias deben desarrollarse con un conocimiento amplio de la comunidad y del sistema de salud. Hace falta desarrollar modelos de negocio para la eficiencia y la rentabilidad. También hay que tener apoyo legislativo y estatal para proporcionar recursos de personal y equipos para los servicios de urgencias hospitalarios, los sistemas de trauma, los centros de control de intoxicaciones, los laboratorios de cateterismo cardiaco y los servicios de emergencias médicas. Los hospitales y universidades de medicina, a su vez, proporcionan apoyo para la formación de todos los niveles de proveedores de atención médica de emergencias.

Estudiantes de Medicina

El reconocimiento de la especialidad proporciona a la MUE una emocionante oportunidad para asumir la educación de estudiantes de medicina en este área. Las rotaciones optativas u obligatorias en el servicio de urgencias durante los estudios de medicina son clave, sin importar la especialidad que los estudiantes elijan. Donde tales rotaciones no sean posibles, los *bootcamps* (campos de entrenamiento) de unos cuantos días o las simulaciones¹ son un formato de entrenamiento popular para los estudiantes.

El factor más importante para generar interés en los estudiantes de medicina por la MUE siempre ha sido la mentoría por parte de un médico de urgencias en ejercicio. El contacto personal con los profesionales de la MUE demuestra los desafíos, recompensas y oportunidades que ofrece esta especialidad.

Médicos de urgencias formados en otras especialidades

Las residencias de MUE en España necesitarán profesores para la atención clínica y la supervisión de residentes a medida que se expanda esta especialidad y su popularidad. Se puede esperar una gravitación natural de algunos especialistas que se reorientarán y trabajarán

Filiación de los autores: Profesora y Presidenta Emérita. Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, Carolina del Norte, EE.UU.

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

Correo electrónico: jtintinalli@gmail.com

Información del artículo: Recibido: 5-8-2024. Aceptado: 6-8-2024. Online: 6-9-2024.

Editor responsable: Oscar Miró.

DOI: 10.55633/s3me/073.2024

en un servicio de urgencias general para atender a todo tipo de pacientes.

En las primeras etapas de la MUE en los Estados Unidos se realizaba una formación abreviada y acelerada (no acreditada) mediante la creación de un *bootcamp* para médicos no especializados en MUE que trabajaban en el servicio de urgencias y que serían futuros profesores. El *bootcamp* se llamaba Instituto de Postgraduados en Medicina de Urgencias (PICEP). Los ortopedistas estaban más que felices de participar y enseñar qué fracturas necesitaban su atención, cuáles no, y cómo evaluar e inmovilizar. Los especialistas en oftalmología (instruían sobre el examen ocular o la lámpara de hendidura), dermatología, otorrinolaringología y ginecología-obstetricia también estaban entusiasmados en compartir conocimientos y técnicas. El soporte vital cardiovascular avanzado (SVCA), el soporte vital traumático avanzado (SVTA) y el soporte vital avanzado pediátrico (SVAP) también complementaron dicha formación.

Desarrollo de residencias en MUE

En los Estados Unidos, la arquitectura para el desarrollo de la residencia se modeló según los procesos nacionales de formación en otras especialidades (Consejo de Acreditación para la Educación Médica de Graduados –ACGME–). El Colegio Americano de Médicos de Emergencias (ACEP) era la organización general responsable de todos los aspectos del desarrollo de la MUE, pero rápidamente desarrolló comités separados a medida que la complejidad aumentaba.

El brazo operativo encargado del desarrollo de residentes se llamaba Comité de Revisión de Residencias de MUE (RRC-EM). El RRC-EM desarrollaba directrices educativas y clínicas. Los criterios utilizados por el RRC-EM incluían factores como el volumen general del servicio de urgencias, cuidados críticos y traumatología, el número de horas de enseñanza didáctica e interactiva por semana (comenzó con 3 horas semanales y ahora son 5, incluyendo el autoestudio), el número de residentes por programa, los horarios de turnos del servicio de urgencias para los residentes de MUE, la incorporación de residentes de otras especialidades en rotaciones de la especialidad, las relaciones con otras especialidades en el hospital, los años de formación patrocinada en medicina de urgencias (especialmente para los residentes que cambiaron de otras especialidades), el número de profesores por programa y las responsabilidades del profesorado. En los Estados Unidos, los profesores deben estar presentes y activos las 24 horas del día en el servicio de urgencias. En cambio, en Australasia los profesores no están obligados a trabajar en turnos nocturnos. La aprobación del RRC-EM era necesaria antes de cualquier reclutamiento en un programa de residencia nuevo para asegurar que solo se desarrollaran programas fuertes.

La Junta Americana de MUE (ABEM) desarrollaba el examen de certificación y los criterios para la recertificación. Solo las residencias aprobadas por el RRC-EM po-

dían presentar a sus residentes para el examen del ABEM.

El currículum

Es preciso asumir que el currículum o plan de estudios se basará en los requisitos de formación Europea para la MUE (www.uems.eu). Los planes de estudio incluyen una secuencia de rotaciones clínicas, una serie de actividades didácticas, educación autodirigida, instrucción técnica, simulación y actividades complementarias como el club de comentarios de revistas, conferencias de mortalidad y morbilidad, actividades de investigación, participación en actividades administrativas, reuniones locales y nacionales, conferencias conjuntas con otros servicios (especialmente importantes para la cirugía traumatológica), y otras actividades.

La nueva residencia puede comenzar con una mayor proporción de rotaciones fuera del servicio de urgencias, dependiendo del volumen del servicio, la experiencia del profesorado en la enseñanza del servicio de urgencias y la comodidad clínica y especialista necesaria para la evaluación y los procedimientos. Anestesiología, psiquiatría, medicina interna y cirugía general o traumatología son ejemplos comunes de énfasis en rotaciones clínicas hasta que la base de conocimientos y la atención clínica proporcionada a los residentes de MUE se solidifique. Esta nueva especialidad no desplazará las prácticas de otras especialidades, sino que más bien complementarán las prácticas entre sí. A medida que el programa de residencia de MUE madure, habrá menos dependencia de rotaciones que no sean de MUE y más dependencia de rotaciones en el servicio de urgencias.

Los horarios de rotación también dependen de si el programa de residencia se basa en una institución con servicios de urgencias separados por especialidades (pediatría, cirugía, medicina interna, etc.) o si los programas se basan en servicios de urgencias que ven una integración completa de edades y condiciones. No importa cómo de cuidadosas sean las planificaciones de las rotaciones clínicas y no cabe esperar que cada residente vea diagnósticos clínicos esenciales en cada rotación². Este hecho resalta la necesidad de actividades complementarias para los residentes y la educación autodirigida.

Educación

Los residentes de MUE pueden estar facultados para organizar presentaciones para estudiantes de medicina y el plan de estudios de la residencia³. Las presentaciones por videoconferencia deben involucrar tanto a los profesores como a los residentes. Sin embargo, incluso con un programa didáctico sólido, el 90% del tiempo de un residente se dedica a actividades clínicas. Aquí es donde se aprende el trabajo en equipo, la comunicación y la toma de decisiones. Un buen profesorado clínico puede hacer ambas cosas: enseñar y ser clínicamente eficiente⁴. Los

blogs, podcasts (archivos digitales descargables para ser consumidos en un dispositivo) y publicaciones pueden mejorar la educación en la MUE y ayudar en la colaboración y la difusión de ideas⁵. Existen seis sitios altamente calificados de los Estados Unidos, Canadá y el Reino Unido aportan un valor sólido a la educación de los residentes de MUE⁶. Es importante poseer un proceso formalizado para la evaluación de los residentes para identificar su progreso a lo largo de cada año de formación. Un excelente proceso de evaluación de residentes está disponible a través del Programa de Evaluación Modular de McMaster⁷ (McMAP).

Desarrollo del profesorado y dirección académica

España es rica en investigación clínica en MUE, con excelentes proyectos completados y publicados en revistas revisadas por pares a través de varias colaboraciones (entre múltiples servicios de urgencias españoles; colaboraciones con múltiples especialidades en toda España y directrices multisectoriales⁸⁻¹¹). Esto debe continuar, ya que la investigación es un estímulo para mejorar la atención al paciente, el reconocimiento internacional, la financiación y, eventualmente, el reconocimiento académico en las universidades españolas. Los criterios de la Agencia Nacional de la Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) para la cátedra y la permanencia son muy exigentes^{12,13} y la necesidad de mejorarlos y desarrollar futuros líderes académicos es una responsabilidad que todos los departamentos universitarios españoles deben abordar. En los Estados Unidos, las facultades de medicina determinan individualmente qué especialidades pueden convertirse en un departamento académico y establecen sus propios criterios para la promoción y la permanencia. Una pincelada de historia ayuda a ilustrar la línea temporal departamental que existía en los Estados Unidos; el primer Departamento Académico de MUE se estableció en 1971 y el más reciente tuvo éxito en 2022, después de 20 años de intentos. Dada esa información, la SEMES y los especialistas en MUE deben continuar presionando para la creación de Departamentos Académicos de MUE en España. Sucederá.

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

Financiación: La autora declara la no existencia de financiación en relación al presente artículo.

Responsabilidades éticas: La autora ha confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Artículo encargado y con revisión interna por el Comité Editorial.

Nota del autor: La Dra. Tintinalli se desempeñó como Presidenta del RRC-EM y como Presidenta de ABEM, y fue una de las fundadoras del Consejo de Directores de Residencias en Medicina de Urgencias (CORD). Estableció tres programas de residencia en medicina de urgencias en diferentes entornos: un hospital del centro de la ciudad, un hospital comunitario y un centro médico académico. Fue la Presidenta fundadora del servicio de Medicina de Urgencias en la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill.

Bibliografía

- 1 Escribano S, Sánchez-Marco M, Espinosa-Ramírez S, Mateos-Rodríguez A, Fernández-Lebrusán L, Cabañero-Martínez MJ. Emergency Crisis Resource Management: A Simulation-based Course Developed by the Spanish Society of Emergency Medicine (SEMES) for health science students. *Emergencias*. 2024;36:41-7.
- 2 Tintinalli JE, Shofer F, Biese K, Phipps J, Rabinovich S. Toward a new Paradigm: goal-based residency training. *Acad Emerg Med*. 2011;18:S71-78.
- 3 Hess S, Knopov A, Matulis C, Ebert E, Kerrigan D, Lipner K, et al. Creation of a resident-led medical student education committee. *AEM EducTrain*. 2024;3:e11004.
- 4 Bandiera G, Lee S, Tiberius R. Creating Effective Learning in Today's Eds: How Accomplished teachers Get It Done. *Ann Emerg Med*. 2005;45:253.
- 5 Khadpe J, Joshi N. How to Utilize Blogs for Residency Education. *J Grad Med Educ*. 2016;8:605-6.
- 6 Grock A, Fan T, Berger M, Riddell J. FOAM authorship: Who's teaching our learners? *AEM EducTrain*. 2024;8:e10995.
- 7 Chan T, Sherbino J; McMAP Collaborators. McMaster Modular Assessment Program (McMAP): A Theoretically Grounded Work-Based Assessment System for an Emergency Medicine Residency Program. *Acad Med*. 2015;90:900-5.
- 8 Martínez MF, Herrada L, Gutiérrez-Cáceres C, Espinoza-Muñoz S, Palma D, Jirón M. Effect of a Clinical Pharmacist on 30-day revisits following discharge from an emergency department: a randomized controlled clinical trial. *Emergencias*. 2024;36:33-40.
- 9 Gómez-Ríos MA, Sastre JA, Mayo-Yáñez M, Serrano-Moraza A. A New Perspective on Managing the Difficult Airway: The Guidelines of the Spanish Societies of Anesthesiology, Reanimation and Pain Therapy (SEDAR), Emergency Medicine (SEMES), and Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery (SEORL-CCC). *Emergencias*. 2024;36:303-8.
- 10 Caballero-Bermejo AF, Ruiz-Antoran B, Ramio-Lluch C, Dueñas-Ruiz A, Pineda Torcuato Á, Homar-Amengual C, et al. Clinical Features and Predictors of Delayed Neurological Syndrome in Carbon Monoxide Poisoning: the AMICO Study. *Emergencias*. 2024;36:116-22.
- 11 Ruiz Azpiazu JI, Fernández Del Valle P, Carmen Escriche M, Royo Embid S, Fernández Barreras C, Azeli Y, et al. Incidence, Treatment, and Factors Associated with Survival of Out-of-Hospital Cardiac Arrest Attended by Spanish Emergency Services: Report from the Out-of-Hospital Spanish Cardiac Arrest Registry for 2022. *Emergencias*. 2024;36:131-9.
- 12 Castro-Delgado R, Burillo-Putze G. Emergency/urgent-care medicine in Spain and the Spanish Universities. *Emergencias*. 2024;36:67-9.
- 13 Caballero-Bermejo AF, Puiguirguer J, Ruiz-Antorán B. A Reflection on the Viewpoint Article: Emergency/Urgent Care Medicine in Spain and Spanish Universities. *Emergencias*. 2024;36:318-9.