

Gestión de un Sistema de Asistencia Integral a las Urgencias

D^a. ROSA BERMEJO PAREJA. Servicio de Urgencia 061 Insalud

En el Área Metropolitana de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM), con una población en torno a los 4,5 millones de habitantes, se atendieron en 1993 alrededor de tres millones de consultas médicas urgentes por parte de los diferentes servicios de urgencias del Sistema Nacional de Salud, distribuidas aproximadamente al 50% en servicios extrahospitalarios y hospitalarios. Esto es, dos de cada tres ciudadanos solicitan anualmente atención médica urgente.

La controversia entre qué es urgente y qué no lo es persiste. La OMS y el Consejo de Europa han definido la urgencia como todo problema de salud que el usuario considera como tal y para el cual demanda atención inmediata. En España, primero la Subcomisión de Urgencias de la CNESS y más tarde un grupo interterritorial de expertos en urgencias extrahospitalarias ratifican que es la percepción del paciente la que otorga carácter urgente a un problema de salud y definen tres niveles de urgencia: urgencia subjetiva, urgencia objetiva no vital y urgencia vital o emergencia.

La creación de los Servicios de Urgencias Especiales y Normales de la Seguridad Social constituyó, hace 30 años, una de las experiencias pioneras en Europa en la implantación de servicios de atención médica urgente extrahospitalaria. La evolución de la sociedad y el desarrollo de los diferentes sistemas sanitarios han propiciado la aparición del concepto de atención integral a las urgencias médicas, entendido como el conjunto de medidas necesarias para optimizar el cuidado del paciente (enfermo o lesionado) desde el momento en que se produce el cambio en su estado de salud, o la demanda de atención urgente hasta su resolución o estabilización, ya sea en medio hospitalario o extrahospitalario. El concepto así definido pone de manifiesto la necesidad de disponer de estructuras sanitarias adecuadas y coordinadas. Igualmente requiere una estrecha colaboración entre instituciones sanitarias y no sanitarias.

Una de las características definitorias de un servicio de atención integral a las urgencias es la existencia de un **centro coordinador**, que centraliza la recepción de las llamadas a través de un teléfono único, y gestiona los recursos destinados a la atención médica urgente, garantizando la accesibilidad, la continuidad y la coordinación de la asistencia, fundamentando su actuación en criterios de equidad, efectividad de la atención y eficiencia en la asignación de los recursos. El centro coordinador de urgencias (CCU) ordena funcionalmente los recursos hospitalarios y extrahospitalarios destinados a la atención médica a las urgencias en un territorio definido. La

función principal de los CCU es recibir y procesar las demandas de los usuarios, asignando a cada una de ellas la respuesta más adecuada en función de la naturaleza del problema que se expresa y los recursos disponibles en cada momento.

Un sistema racional de atención integral a las urgencias ha de ser accesible, efectivo, eficiente, y equitativo y ha de responder a las necesidades y expectativas de calidad de la población. Pero, ¿son realmente necesarios estos servicios?

La cardiopatía isquémica (CI) es la primera causa de muerte en España en la población entre 35 y 65 años. De los 5 a los 35 son los accidentes de tráfico. Si bien, ambas causas representan aproximadamente tan sólo el 5% de los motivos de consulta urgente, ambos problemas constituyen las dos principales causas de pérdida de años potenciales de vida, sumando entre ambas un 34% de los APVP. Ambas patologías tienen en común que más de la mitad de las muertes y de las secuelas incapacitantes se producen en la primera hora desde la aparición del primer síntoma. Esto es, el futuro del paciente puede depender de la atención inicial que reciba. Ceñiremos el análisis, por tanto, a estos dos importantes problemas de salud pública.

El Balance Epidemiológico Español contra el Infarto de Miocardio (BEECIM), estudio realizado entre 1988-1990, estima la incidencia del IAM en aproximadamente 66.000 nuevos casos, falleciendo anualmente 21.000, de los cuales 16.000 (76%) fallecen antes de llegar al hospital. Otros estudios (informe SESPAS 1993) elevan la mortalidad por IAM a 33.000 personas/año.

El 50% de los fallecidos lo hacen en los primeros 30 minutos, la mayoría por una parada cardíaca secundaria a una arritmia. Las probabilidades de supervivencia son nulas si no se inicia inmediatamente el tratamiento de la misma. Los esfuerzos reanimadores en las salas de urgencia de los hospitales tienen una efectividad casi nula cuando el paciente no había recibido asistencia previa. Diversos estudios en España, EE.UU., Reino Unido o Israel, con sistemas sanitarios muy diferentes, han conseguido supervivencias entre el 20 y el 70% de las paradas cardíacas extrahospitalarias cuando los pacientes recibían atención médica precoz en el lugar del suceso por parte de unidades móviles dotadas de personal entrenado en técnicas de reanimación avanzada. La tasa de supervivencia al año se sitúa entre el 20 y el 30% de todos los atendidos. Por tanto, y según las tasas de incidencia y mortalidad que se tomen como base, puede estimarse que en España entre 3.200 y 7.500 vidas podrían ser salvadas si todos los ciudadanos tuvieran acceso a un servicio de emergencias. No disponemos actualmente de estudios de evaluación económica de lo que esto representaría, pero en países como EE.UU. o Israel se ha estimado que los impuestos satisfechos por un tercio de los supervivientes incorporados a la vida laboral cubrirían los costes de la implantación del sistema.

En 1993 hubo en España 4.735 muertos por accidente de tráfico, según datos de la DGT, que sólo incluye a las personas fallecidas en las primeras 24 horas. Según los criterios del Consejo de Europa, dicha mortalidad se eleva al menos en un 20 a un 30% si se consideran los fallecidos en el primer mes. A ello habría que añadir los accidentes graves, las secuelas e incapacidades que producen y las hospitalizaciones que generan. En conjunto, la tasa de incidencia anual de lesiones por accidente de tráfico es de 4 por 1.000.

En el informe de la Subcomisión de Urgencias de la CNE, el Prof. Antoñanzas estima que, según un cálculo que asegura conservador, la existencia de servicios de emergencia extrahospitalaria en todo el territorio, permitiría salvar 540 vidas y ahorrar 300.000 estancias hospitalarias y 16.000 millones de pesetas como beneficio indirecto cada año. Entre un 21 y un 36% de las muertes por accidente de tráfico podrían ser evitadas si los lesionados recibieran asistencia precoz "in situ" por un servicio de emergencias adecuadamente entrenado. Según esto, en España podrían salvarse entre 1.300 y 2.500 vidas anualmente, y ahorraría entre 26.000 y 50.000 millones de pesetas.

En cuanto a las secuelas, y por citar solamente la más dramática, se producen en España unos 1.000 lesionados medulares cada año. Algo más de la mitad son debidos a accidentes de tráfico, habiéndose comprobado que un 25% de ellos se producen o agravan durante el traslado del paciente por una inadecuada movilización.

Por tanto, la necesidad de disponer de servicios o sistemas de atención a las urgencias, que incluyan entre sus prestaciones las emergencias médicas, parece incuestionable.

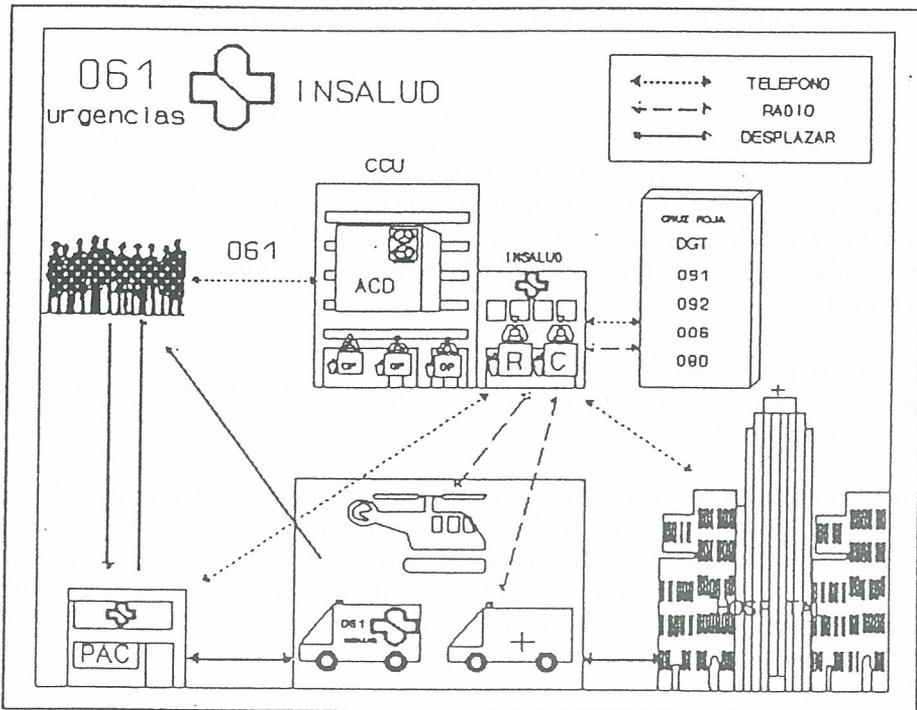
GESTIÓN DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS: *LA EXPERIENCIA DEL 061 DE MADRID*

El Plan Director de Urgencias define un modelo asistencial basado en la actividad de los centros de atención primaria y de atención especializada. Este modelo se completa con la incorporación al Sistema Nacional de Salud de un nuevo elemento, los "Servicios 061", basados en la existencia de centros de coordinación de ámbito provincial, gestores del teléfono de urgencias sanitarias y atención continuada y de la realización de la asistencia extrahospitalaria a las emergencias médicas y del transporte sanitario urgente.

El sistema de asistencia integral a la urgencia médica, organizado en Madrid en torno a un Servicio 061, es un conjunto de recursos a los que el usuario puede acceder mediante su presencia física directa en los Puntos de Atención Continuada (PAC) extrahospitalarios, situados en los centros de nivel de atención primaria, o en las Áreas de Urgencias de los hospitales. El usuario

dispone además de un acceso telefónico, la llamada al 061, que es recibida en el CCU, donde se resuelve mediante información, consejo no médico al usuario, consejo médico telefónico, remisión del paciente a los centros asistenciales o envío de un recurso móvil (vehículo asistencial con médico o enfermero, ambulancia de asistencia urgente, Unidad de Vigilancia Intensiva Móvil o helicóptero sanitario, según la gravedad del caso). La coordinación y realización del traslado entre hospitales de los pacientes críticos y de alto riesgo, el apoyo a programas especiales como el de trasplantes, o la organización de dispositivos para la cobertura de acontecimientos, y sucesos de riesgo previsible (eventos deportivos o políticos, grandes concentraciones, etc.) son también actividades habituales del sistema de asistencia integral. La totalidad de los recursos están vinculados funcionalmente, con independencia de su titularidad y de su dependencia administrativa. Un soporte adecuado de comunicaciones y de tecnologías de la información garantiza el cumplimiento del Artículo 7 de la Ley General de Sanidad referente a que "... los servicios sanitarios adecuarán su organización y funcionamiento a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad".

Gráfico 1



Un sistema así proporcionaría a la población **coordinación, asistencia y transporte** urgente, prestaciones sanitarias complementarias entre sí e igualmente necesarias. A las exigencias de **rapidez y efectividad** hay que añadir la de **continuidad, accesibilidad y equidad**. Para garantizar todo ello ha de ser necesariamente un sistema público, gratuito, coordinado y con una única puerta de entrada.

Una medida indirecta de la **accesibilidad** la proporciona el número de llamadas recibidas en el CCU del 061, que en 1993 fueron 541.979 (122/1000 habitantes), de las cuales el 94% fueron atendidas en menos de 4 segundos. El tiempo de acceso de un ciudadano a un servicio de urgencias es, en todo el área metropolitana, de menos de 15 minutos.

En cuanto a la **rapidez** ha de destacarse que el tiempo medio llamada-respuesta de las UVI Móviles en las emergencias es de 12 minutos, siendo en el 75% de ellas inferior a 10 minutos. Este aspecto es de particular importancia en la atención a las paradas cardíacas, y de él puede depender la **efectividad** del sistema. En 1992, nuestro servicio atendió un total de 882 paradas de causa cardíaca, con una supervivencia inicial tras la RCP del 32% y una supervivencia al año próxima al 20%. El total de emergencias atendidas en 1993 fue de 20.923 (4,6/1.000 Htes./año). De ellas, un 28,6% fueron de causa cardiovascular y otro 23,8% de origen traumático.

La **continuidad** es un atributo que define la esencia de los sistemas integrales de emergencias. Debe interpretarse como que la asistencia necesaria para la atención de los problemas de salud no debe interrumpirse o verse mermada en ningún momento. Este atributo se encuentra vinculado a la **coordinación**. La Unidad de Coordinación Interhospitalaria recibió 3.772 solicitudes de derivación en 1993, de las que se consiguió la aceptación de la misma en el 85% de los casos. De ellas, un 63% requirió transporte asistido en UVI móvil. Asimismo se mantienen acuerdos de coordinación con otras instituciones dedicadas a la emergencia (Cruz Roja, Bomberos, Policía, DGT, etc.).

El Servicio de Urgencias 061 de Madrid realiza desde 1991 encuestas de **satisfacción** a los usuarios. De ellas se desprende un alto grado de satisfacción, superior al 90%, especialmente en los servicios de transporte medicalizado.

Por último, como todo servicio público, un sistema de atención a las urgencias debe ser **eficiente** (o cuando menos debe buscar serlo). Esta exigencia significa que los recursos para atender las urgencias de los ciudadanos deben ser utilizados según la mejor relación coste/utilidad. Y ello se puede conseguir cuando todos los recursos disponibles se utilizan coordinadamente, independientemente de la titularidad del mismo, evitando duplicidades innecesarias y asegurando que no se dejarán de hacer intervenciones que podrían haberse realizado. Para lo cual es esencial disponer del máximo de información.

En el terreno específico de la gestión, las aportaciones más destacables son las referidas a los recursos humanos: se ha conseguido consolidar un conjunto de profesionales unidos en torno a un proyecto del que, en su mayoría, se sienten creadores y partícipes y al que transmiten un entusiasmo no del todo corriente.

REFERENCIAS

1. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Sanitario Público. **Informe de la Subcomisión de Urgencias**. Madrid, 1991.
2. Pepe PE, Mattox KL, Duke JH, Fisher PB, Prentice FD. **Effect of full-time, specialized physician supervision on the succes of a large, urban emergency medical services system**. Crit Care Med 1993; 21: 1279-1286.
3. Grupo de Trabajo de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC). **Ordenación de las urgencias en Atención Primaria**. Atención Primaria 1991; 9:269-275.
4. Alvarez J. A, Bermejo R. **Urgencias en Atención Primaria**. Noticias de Salud (Monografías) (En prensa).
5. Alted E. **Sistemas Integrales de Urgencia**. Emergencias 1988; 1 (0); 9-16.
6. Alted E., Sánchez I. **Sistemas Integrales de Urgencia**. En: Ginestal R. (ed). Libro de Texto de Cuidados Intensivos. Madrid: ELA SA, 1991; 1853-1859.
7. Alted E. **Definición de los Sistemas Integrales de Urgencias: objetivos y estrategias**. En: Las Jornadas Cívico-Militares de Sanidad. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985; 179-189.
8. Del Castillo M, Huguet J, Cortada L. **Sobreutilización de las urgencias hospitalarias. ¿Un parámetro de evaluación de la calidad de la asistencia primaria?** Aten. Primaria 1987; 4: 122-128.
9. Comparecencia del Sr. Ministro de Sanidad y Consumo (García Vargas) ante la Comisión de Política Social y Empleo. **Diario de sesiones del Congreso de los Diputados**. Martes 7 de febrero de 1989.
10. Valenzuela TD, Criss EA, Spaite D, Meislin HW, Wright AL, Clark L. **Cost-Efectiveness analysis of paramedic Emergency Medical Services in the treatment of prehospital Cardiopummonary Arrest**. Ann Emerg Med 1990; 19: 1407-1411.
11. Baker SP. **Injuries: The neglected epidemic**. Stone lecture, 1985, American Trauma Society Meeting. J Trauma 1987; 27: 343-348.

12. WHO Technical Group. **Planning and Organization of Emergency Medical Services.** Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 1981.
13. Moreno E, Alvarez JA. **Tratamiento prehospitalario del Infarto Agudo de Miocardio.** En: Ginestal RJ ed. Libro de Texto de Cuidados Intensivos. Madrid: ELA 1991; 1861-1872.
14. **Balance Epidemiológico Español contra el Infarto de Miocardio (BEECIM): INFORME GENERAL 1988-1990.** Madrid: Egraf SA, 1991.
15. Alvarez JA, Lecuona MJ, Sabugo P, Catalán B, Medialdea MA, Infante A, Freire M. **Supervivencia de las paradas cardíacas extrahospitalarias tratadas por unidades móviles medicalizadas.** Emergencias 1993; 5: 177.
16. Einseleberg MS, Horwood BT, Cummins RO, Reynolds-Haertle R, Hearne TR. **Cardiac arrest and resuscitation: A tale of 29 cities.** Ann Emerg Med 1990; 19: 179-186.
17. Perales N. **Formación en Medicina de Urgencia: enseñanza de la Resucitación Cardiopulmonar (RCP).** En 1as Jornadas Cívico-Militares de Sanidad. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986; págs.: 201-221.
18. Gotsman MS. **Prehospital thrombolysis in acute myocardial infarction: is it feasible, practical and safe?** Intensive Care World 1988; 5:9-10.
19. Barrientos R, Sánchez MM, Morales C, Robas A. **Costes de las cardiopatías isquémicas en una Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente.** Med. Intensiva 1994; 18: 6-11.
20. López M. **Los accidentes se pagan.** Tráfico 1994; 10 (Marzo): 9-15.
21. González JM. **Paralizado un proyecto de la CEE sobre accidentes domésticos.** Diario Médico de 4 de Marzo de 1993; Secc Sanidad: 4 (Col 2J).
22. Podolsky S, Baraff LJ, Simon RR. **Efficacy of cervical spine immobilization methods.** J Trauma 1983; 23: 461-465.
23. Hoffman JR, Luo J, Schriger DL, Silver L. **Does paramedic-base hospital contact result in beneficial deviations from standard prehospital protocols?** West J Med 1990; 154: 283-287.

24. Schmidt U, Frame, Nerlich ML et al. **On-scene helicopter transport of patients with multiple injuries- Comparison of a german and american system.** J Trauma 1992; 33: 548-555.
25. Sherpereel Ph, Golstein Ph, Marson JC: **La Medicina de Urgencias en Francia. Evolución y perspectivas de futuro.** Emergencias 1992; 4: 78-81.
26. Giménez FJ. **Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de Abril).** Edición anotada. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991.
27. Gil-Robles y Gil-Delgado A. **Informe sobre Servicios de Urgencia del Sistema Sanitario Público.** Madrid: Oficina del Defensor del Pueblo, 1988.
28. Instituto Nacional de la Salud. **Plan Director de Urgencias Sanitarias.** Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1988.
29. Servicio Andaluz de Salud. **Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias.** Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud, 1991.
30. Monset i Castells Ll. **Informe sobre el Servicio Coordinador de Urgencias de Barcelona (SCUB/061).** Barcelona: Servei Català de la Salut, 1993.
31. Bermejo R, Alvarez JA, Curieses A, Fernández-Onieva JM, García-Pondal J, Margalef A. **Hacia un Sistema Integral de Urgencias en la Comunidad Autónoma de Madrid.** Emergencias 1992; 4: 189-195.
32. Curieses A, Bermejo R, Maturana A, Alvarez JA. **Centros de Coordinación. Su utilidad en la gestión eficiente de un servicio de urgencias.** VIII Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria. Granada, 1993.
33. Coordinated medical research programme, 1986. **Comparative study of the organization and functioning of emergency medical assistance services.** Strasborug: Council of Europe, 1990.
34. **Informe SESPAS 93. La salud y el sistema sanitario en España.**
35. L.M. Hussain, AD. Redmond. **Are pre-hospital deaths from accidental injury preventable?** Brithish Medical Journal. Volume 308. 1994.