



**Editorial**

**Sistemas médicos de emergencias, antecedentes y tendencias**

Emergency medical systems, background and trends

Gustavo Moreno Martín<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Carrera de Enfermería, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Técnica de Ambato, Carrera de Medicina Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Ecuador. Investigador Auxiliar.

Moreno MG. *Sistemas médicos de emergencias, antecedentes y tendencias. Enferm Inv (Ambato). 2017; 2(2):48-49.*

2477-9172 / 2550-6692 Derechos Reservados © 2017 Universidad Técnica de Ambato, Carrera de Enfermería. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons, que permite uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra original es debidamente citada.

**Historia:**

Recibido: 25 junio 2017

Revisado: 25 junio 2017

Aceptado: 26 junio 2017

Las experiencias clásicas griegas y romanas con sus primitivos servicios de carros ambulancia, constituyen las primeras imágenes históricas sólidas sobre la atención a la emergencia médica. En la edad moderna, fueron los novedosos servicios de recogida y clasificación de heridos del ejército napoleónico, los que marcaron el inicio de un largo recorrido en el que los hitos más importantes fueron desde el punto de vista logístico y asistencial.

El avance más significativo que impulsó los servicios de emergencias extrahospitalarios fue la descripción, por primera vez, del masaje cardiaco en 1960 por *Kouwenhoven*; y desde entonces las maniobras de reanimación cardiopulmonar se han generalizado.

La primera ambulancia con un desfibrilador portable fue puesta en marcha en 1965 por *Frank Pantridge*, en el *Royal Victoria Infirmary* en Belfast, creando así la primera unidad de emergencia extrahospitalaria de cuidados coronarios. Este concepto fue rápidamente adoptado en Estados Unidos y el resto del mundo. Sin embargo, fueron los servicios civiles inicialmente en Estados Unidos y posteriormente en Europa, los que evidenciaron el profundo avance en la implantación de todo tipo de unidades asistenciales para la emergencia médica.

Se trata, por ejemplo, de la incorporación temprana de técnicas de comunicación, especialmente la radio, al tiempo que la creación y desarrollo de técnicas de soporte vital avanzado y de reanimación cardiaca.

El avance logístico y el adiestramiento médico, unido a nuevos contextos y realidades sociales como el incremento del tráfico, la salud laboral y el incremento de los riesgos medioambientales; han permitido nuevas respuestas y fórmulas por las que, a lo largo de la segunda mitad del siglo XX los Sistemas Médicos de Emergencias (SMEs), se han ido erigiendo en instituciones muy respetadas en las sociedades de nuestro tiempo. El otro avance característico de los últimos años ha sido la conformación de espacios académicos de rango superior para los profesionales en América Latina; así como la mejora en los sistemas de comunicación, coordinación y atención de emergencias, con números únicos de llamada y empleo de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) en recursos médicos.

Históricamente han sido clasificados los SMEs a nivel mundial bajo dos categorías principales: el grupo anglosajón, que prioriza el servicio de transporte de los pacientes hacia el sistema hospitalario (llevar el paciente al hospital) y el modelo continental europeo, con mayor precisión el francés, español y alemán, que se enfoca en facilitar los servicios médicos hospitalarios in situ (llevar el hospital al paciente) (tabla 1). Estos dos modelos se diferencian además en la regulación médica (modelo francés-europeo, participación de médicos o paramédicos) o no médica en los centros de coordinación (modelo anglosajón, técnicos en emergencias médicas en la asistencia *in situ*).

**Tabla 1.** Modelos de Sistemas de Médicos de Emergencia.

Modelo anglosajón	Modelo continental europeo
Basado en servicios de seguridad y rescate	Dependencia hospitalaria
Acceso a través de número único (911)	Centros de coordinación sanitarios
Centro de coordinación integrado	Acceso a través de número único
Regulación sanitaria por técnicos	Regulación sanitaria por médicos
Prestación de la asistencia avanzada por paramédicos	Prestación de la asistencia avanzada por médicos
Sistema de dos escalones encadenados	Sistema de dos escalones de "encuentro"

Fuente: Propia.

Los modelos de SMEs tienden a complejizarse dada la multiplicidad de las ofertas de servicio, el despliegue territorial tan variado y los cambios institucionales internos de cada país; así como factores históricos, culturales, demográficos y sanitarios. Al mismo tiempo, los distintos modelos también adoptan perfiles profesionales, metodologías de trabajo y recursos técnicos similares, que tienden a la homogeneización de los mismos.

A estas alturas es preciso reconocer que, estas tipologías ya no responden con exactitud a la realidad de los hechos, toda vez que se ha desarrollado la Medicina de Urgencia y Emergencia (MUE) como una especialidad médica muy considerada. Entre los objetivos de la MUE está la dirección de los SEMs, toda vez que inicialmente se centró en la evaluación y el tratamiento de las enfermedades y lesiones agudas tiempo-dependientes en el servicio de urgencias.

El futuro de los SEMs ha sido y continuará siendo prometedor, pues clínicamente su demanda se incrementa año tras año. Estos sistemas tienen un rol fundamental en la determinación de la necesidad de ingreso hospitalario del paciente y para tener una idea, en los Estados Unidos del año 1993 al 2006, el porcentaje de todos los ingresos hospitalarios creció de 33.5% al 43%, tendencia que se ha sostenido.

En el presente número de Enfermería Investiga, ponemos a disposición de los lectores un estudio sobre la situación actual de la atención de emergencias prehospitalaria en relación con el tiempo de respuesta y a los eventos reportados al Servicio Integrado de Seguridad ECU 911 de la ciudad de Ambato. Se trata de un servicio relativamente joven, que a aun es susceptible de mejoras en su funcionalidad, pero que ha impactado favorablemente la atención de emergencias prehospitalaria, no solo a nivel local sino también a nivel nacional.

## Referencias

1. Alulema P. Atención de emergencias pre-hospitalarias brindada por el sistema integrado de seguridad ECU 911 en el cantón Ambato. [en línea] abril de 2016 [citado 26 de mayo de 2017]; Disponible en: <http://186.3.45.37/bitstream/123456789/3632/1/TUAMSS005-2016.pdf>
2. Martín D. La actividad asistencial de los Servicios de Emergencias Médicas en España. En Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Universidad Iberoamericana; [en línea] 2009 [citado 26 de mayo de 2017]. Disponible en: [http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/44839261/La\\_actividad\\_asistencial\\_de\\_los\\_Servicio20160417-29630-7wbv98.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1498504999&Signature=miYCx514qoxfZPuTa%2FYMfqNQmk%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DLa\\_actividad\\_asistencial\\_de\\_los\\_Servicio.pdf](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/44839261/La_actividad_asistencial_de_los_Servicio20160417-29630-7wbv98.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1498504999&Signature=miYCx514qoxfZPuTa%2FYMfqNQmk%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DLa_actividad_asistencial_de_los_Servicio.pdf)
3. White A, Ng HX, Ng WY, Ng EKX, Fook-Chong S, Kua PHJ, et al. Meeting abstracts from the first European Emergency Medical Services congress (EMS2016): Copenhagen, Denmark. 30 May - 1 June 2016. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. [en línea] 2017 [citado 20 de mayo de 2017];25(Suppl 1):16. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5356044/>
4. Rutkow L. An Analysis of State Public Health Emergency Declarations. Am J Public Health. [en línea] septiembre de 2014 [citado 20 de mayo de 2017];104(9):1601-5. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4151908/>
5. Chang CY, Abujaber S, Reynolds TA, Camargo CA, Obermeyer Z. Burden of emergency conditions and emergency care utilization: New estimates from 40 countries. Emerg Med J EMJ. [en línea] noviembre de 2016 [citado 21 de mayo de 2017];33(11):794-800. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5179323/>
6. Bustos Y, Castro J, Wen LS, Sullivan AF, Chen DK, Camargo CA. Emergency department characteristics and capabilities in Bogotá, Colombia. Int J Emerg Med. [en línea] 2015 [citado 20 de mayo de 2017];8:30. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4529430/>
7. Shenvi CL, Biese K, Tintinalli J. 30 años de programas de residencia en Medicina de Urgencias y Emergencias en Estados Unidos. Emergencias. [en línea] 2013 [citado 21 de mayo de 2017];25(1):9-12. Disponible en: [http://www.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SALUD\\_10/Medicina/22.pdf](http://www.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SALUD_10/Medicina/22.pdf)
8. Santos PSB, Sierra JPC. Los servicios de emergencias médicas en el Ecuador: una tarea pendiente. Rev Fac Cienc Médicas. [en línea] 2016 [citado 26 de mayo de 2017];32(3):58-69. Disponible en: <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/897>