Comentario al artículo original

Unidades de soporte vital básico y avanzado en España: análisis de la situación actual / S. Ballesteros

---

A. Mateos Rodríguez

Sr. Director:

He leído con gran interés el artículo de Ballesteros sobre el análisis de las unidades de soporte vital avanzado y básico en nuestro país¹. En este artículo se ponen de manifiesto conclusiones muy importantes para la práctica del ámbito extrahospitalario que me gustaría recalcar y, en algún caso, puntualizar.

El uso de recursos móviles equipados con enfermería, en muchos casos con cursos de postgrado en urgencia y emergencias², constituye un escalón medio en la atención a los pacientes. En muchas ocasiones este escalón es más que suficiente para la atención de situación de urgencias demorables y, seguro, una atención más inmediata en situaciones de urgencias no demorables y emergencias. Estas unidades pueden componer una “cabeza de puente” en muchas ocasiones pero en otras serán verdaderas “fuerzas de asalto”.

Si bien es cierto que el crecimiento que ha experimentado la emergencia extrahospitalaria en todos los ámbitos, desde la asistencia³ a la investigación⁴ de nuestro país está fuera de toda duda; este crecimiento ha sido desigual como se comprue-

ba en los datos mostrados en el artículo. La diferencia de USVA por 100.000 habitantes y por kilómetros cuadrado entre las distintas comunidades autónomas configura un mapa sanitario de emergencia que roza la inequidad, principio básico de la salud. Muchos hemos comentado esto durante las tertulias de las guardias, pero pocos lo han demostrado de forma tácita en un diagrama. Estoy totalmente de acuerdo con el autor sobre la necesidad de tomar medidas drásticas para igualar el acceso a los servicios de emergencia.

Es muy interesante comprobar cómo Madrid, en la que coexisten dos servicios de emergencia, tiene un índice según habitantes por kilómetro cuadrado y unidad asistencial en torno a la media estatal. Como bien concreta el autor, este índice se dispara si observamos solo la superficie de la comunidad autónoma. Este factor influye de forma directa en los tiempos de traslado de los pacientes a los hospitales y, en segundo lugar, en las posibilidades de tratamiento y aparición de protocolos conjuntos entre los servicios de emergencia y los hospitales⁵.

La situación económica en la que nos vemos inmersos hace que se plantee todo

---

An. Sist. Sanit. Navar. 2012; 35 (3): 487-488

Servicio de Urgencia Médica de Madrid
SUMMA112

Correspondencia:

A. Mateos Rodríguez
C/Vista Alegre, 1 portal G Bajo b
28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid)
aamateosr@gmail.com
amateo.summa@salud.madrid.org

gasto. La presencia de unidades de emergencia en sitios remotos con poca actividad, "a priori" puede invitar a su anulación. Nada más lejos de la realidad que aporta este artículo donde se observa la necesidad de establecer recursos de emergencia con tiempos potenciales de respuesta según la población similares en todo el territorio nacional.

BIBLIOGRAFÍA

1. BALLESTEROS S. Unidades de soporte vital básico y avanzado en España: análisis de la situación actual. *An Sist Sanit Navar* 2012; 35: 219-228.
2. GARCÍA MENÉNDEZ MA, TORANZO CEPEDA T. Enfermería de urgencias (1): pasado, presente y futuro de la enseñanza en enfermería de urgencias y emergencias. *Emergencias* 2012; 24: 332-334.
3. EPELDE F. Contribución de la medicina de urgencias y emergencias al aumento de supervivencia en pacientes con cardiopatía isquémica. *Emergencias* 2011; 23: 426-428.
4. ROSELL-ORTIZ F, MATEOS RODRÍGUEZ A, MIRÓ O. La investigación en medicina de urgencias y emergencias prehospitalarias. *Emergencias* 2012; 24: 3-4.
5. BARREÑA OCEJA I, GIL MARTÍN FJ, GARCÍA DE VICUÑA MELÉNDEZ A, RODRÍGUEZ DELGADILLO MA, GUTIÉRREZ HERRADOR G, VÁZQUEZ NAVEIRA MP. Resultados de la puesta en marcha de un protocolo de hipotermia terapéutica en la parada cardiaca consensuado entre un sistema de emergencias médicas y un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias* 2012; 24: 39-43.