

Vint anys del SEM Pediàtric

Pedro Domínguez Sampedro

Unitat de Transport SEM-Pediàtric i Programa de Trauma Pediàtric. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona

L'any 2015 es van complir vint anys de la creació dels equips pediàtrics de transport interhospitalari del Sistema d'Emergències Mèdiques de Catalunya (SEM), el que es coneix com SEM Pediàtric (SEMP), que han donat una gran resposta a la necessitat de transport pediàtric i neonatal al nostre entorn.

El transport interhospitalari pediàtric i neonatal (a partir d'ara referit conjuntament com TP) té un paper important en l'atenció a l'infant, amb dos grans vessants complementàries. Per una banda, apropa els recursos assistencials allà on es generen les necessitats i, per l'altra, porta els pacients on hi ha els recursos requerits per al seu tractament definitiu. Per això el TP esdevé clau en el sosteniment de la cadena de supervivència de l'infant greu i en la provisió de la seva continuïtat assistencial¹.

EL TP és un procés assistencial complex coherent amb al model de país i del seu mapa sanitari, amb objectius definits, uns de generals (qualitat assistencial, eficiència i satisfacció de pacients i professionals) i uns altres d'operatius (supervivència immediata, prevenció de complicacions, millora clínica, facilitació de la continuïtat assistencial i ús eficient dels recursos).

El TP afavoreix l'equitat, l'equilibri territorial, la qualitat assistencial, l'eficiència en la gestió de recursos de la comunitat i la satisfacció dels agents implicats. El desenvolupament d'un programa de TP és un compromís amb la ciutadania, però cal considerar el TP com un instrument, i no un fi en si mateix, que resolgui necessitats de transport de l'infant malalt, però no problemes estructurals del sistema d'atenció de salut. Això permet entendre la importància del factor polític (voluntat política) en la implantació dels sistemes de TP i el seu model.

L'abordatge del TP a l'estat espanyol no ha seguit un patró homogeni¹. A Catalunya tenim el privilegi de disposar des del 1995 d'un sistema de TP conegut com SEMP, consolidat com *específic* (dedicat només al transport del nouat i l'infant), *universal* (cobertura de tot el territori i tot l'espectre pediàtric, des del nouat fins a l'infant més gran i l'adolescent) i *especialitzat* (atès per pediatres i infermeria pediàtrica, a més de tècnics pediàtrics). Aquest model és una referència per a altres comunitats de l'estat, i és el que es coneix com a *model català* de TP¹.

Arribar a la creació del SEMP l'any 1995 no va ser fàcil. Fent un petit repàs històric, la preocupació pel TP a Catalunya, sobretot el neonatal, es remunta a la dècada de 1970. En aquesta època tenen un protagonisme particular el Dr. Juan Pérez del Pulgar Marx, neonatòleg de l'Hospital Casa Maternitat de Barcelona, i el Dr. Francisco Javier Travería, pediatre de la Clínica Nen Jesús de Sabadell (anys després integrada a l'Hospital Parc Taulí). L'any 1985, any clau en la història del SEMP, el Dr. Santiago Ferrándiz i Santiveri («Santi»), amb la participació, entre altres, de membres de la Societat Catalana de Pediatria, impulsa la creació de l'SCEM (Sistema de Coordinació d'Emergències Mèdiques), que l'any següent (1986) va donar pas al SEM (Sistema d'Emergències Mèdiques)², fins arribar a l'any 1995, en què s'inicia el SEMP. Mostra de l'interès dels pediatres catalans pel transport en aquest període són els nombrosos treballs fets, molts publicats al Butlletí de la Societat Catalana de Pediatria (ara PEDIATRIA CATALANA)³⁻⁴.

L'any 1995 es van donar una sèrie de circumstàncies favorables perquè s'iniciés el transport pediàtric i neonatal organitzat a Catalunya:

- El Pla de Salut 1993-1995 determina la consolidació del transport interhospitalari sense distinció entre pacient pediàtric i adult.
- El SEM té experiència assistencial acumulada, i disposa d'importants recursos materials i de gestió de coordinació interhospitalària.
- El Dr. Xavier Trias i Vidal de Llobatera, reconegut pediatre i antic metge de l'Hospital Vall d'Hebron, és conseller de Sanitat de la Generalitat de Catalunya.
- El Dr. Carles Martínez –aleshores director assistencial del SEM que va entendre i assumir les raons per a un TP fet per pediatres i infermeria pediàtrica– ofereix als hospitals de referència en pediatria i neonatologia de Barcelona l'oportunitat de col·laborar en el disseny d'un SEMP.
- Diversos hospitals i pediatres accepten la proposta: Hospital Casa Maternitat (Dra. Maria Teresa Esqué Ruiz) i Hospital Sant Joan de Déu (Dr. Josep Caritg i Bosch), en aquell moment Unitat Integrada de Pediatria Clínic -

Sant Joan de Déu - Casa Maternitat, l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Dr. Eduard Carreras González) i Hospital Vall d'Hebron (Dr. Antonio Moreno Galdó i Dr. Pedro Domínguez Sampedro). Amb ells es va arribar a l'establiment dels primers tres equips SEMP⁵.

Els tres equips SEMP, amb ambulàncies i helicòpter convertits en veritables unitats de cures intensives mòbils, van començar l'activitat assistencial de manera esglaonada. El 6 de juny de 1995 l'equip SEM Pediàtric Unitat Integrada va fer el primer trasllat i l'1 de juliol ho va fer l'equip Vall d'Hebron. Posteriorment, el 29 de setembre, l'equip de Sant Pau va iniciar els serveis de trasllat amb helicòpter⁶.

Després dels seus inicis, el SEMP ha fet un llarg camí. Un camí gens fàcil, però molt enriquidor. S'ha fet una gran tasca assistencial, amb més de 20.000 serveis (aproximadament el 50% neonatals); s'ha apostat per la qualitat; s'ha desplegat una intensa activitat formativa pròpia i aliena, dintre i fora del territori⁷, i s'ha projectat el SEMP a Catalunya, a Espanya i a l'estranger, en moltes ocasions per mitjà de PEDIATRIA CATALANA⁸⁻¹⁰.

Moltes coses han canviat al llarg dels primers vint anys del SEMP, des dels inicis el 1995: protagonistes polítics i gestors, hospitals, coordinadors dels equips pediàtrics, professionals dels equips assistencials, proveïdor d'ambulàncies, vehicles i equipaments. Però no ha canviat l'exigència de donar un bon servei i l'assumpció d'una filosofia de treball i un mètode d'actuació definits ajustats a les particularitats del TP. S'ha consolidat un model de TP basat en un compromís de confiança, respecte i col·laboració entre els quatre agents principals que intervenen durant tot el procés: hospital emissor, hospital receptor, centre de coordinació i equip de transport. S'ha confirmat la importància per al TP d'alguns conceptes: treball en equip, anticipació, estabilització i transferència (física i comunicativa). I s'ha pogut reconèixer el centre de coordinació del SEM com un element clau per al bon funcionament del TP.

Durant aquests anys hem après moltes lliçons i hem identificat oportunitats de millora i assignatures pendents, no tan sols de caire assistencial, i visualitzem un futur amb il·lusió, ple de reptes. En tot cas, s'han pogut reconèixer uns valors inqüestionables:

- *Observatori de tendències* en l'atenció pediàtrica, neonatal i perinatal a Catalunya.
- *Visibilitat* per als hospitals que tenen base SEMP.
- *Prestigi* per als professionals, les institucions i el SEM mateix.
- *Potencial docent* per als professionals dels equips emissors i per als futurs pediatres catalans.

Per acabar, cal dir amb orgull que amb el SEMP hem creat un model de TP que admet amb garanties la comparació amb els millors models de TP del món, i que encara té un potencial enorme. És segur, molt efectiu i raonablement eficient; equitatiu i equilibrador (territorialment i professionalment), i ha afegit valor als hospitals i al SEM mateix. És satisfactori per als beneficiaris (pacients i famílies, i equips d'hospitals emissors i receptors) i enriquidor per als pediatres, als quals ha permès una participació activa i protagonista. I, molt important, aquest model l'hem sabut fer entre tots. Encara podem i hem de millorar. I, també entre tots, ho seguirem fent.

Agraïment

A totes les nombroses persones que amb les seves aportacions han fet possible el desenvolupament del SEMP de Catalunya, i molt especialment als pediatres, infermeres i tècnics dels diferents equips SEMP dels hospitals implicats, que han aportat competència, il·lusió, entusiasme i paciència.

Bibliografia

1. Domínguez-Sampedro P. Hacia el pleno desarrollo del transporte pediátrico en España. *An Pediatr (Barc)*. 2014;81(4):203-4.
2. Sistema d'Emergències Mèdiques. De SCEM a SEM. 25 anys d'història de l'emergència extrahospitalària a Catalunya. Barcelona: SEM; 2010.
3. Domínguez P. El trasllat del nen críticament malalt. *But Soc Cat Pediatr*. 1992;52(4):171-2.
4. Esqué MT. El transport del nadó: un repte, una necessitat i una urgència. *But Soc Cat Pediatr*. 1994;54(6):287.
5. Domínguez P, Linde A, Cañadas S. Transport pediàtric. *Pediatr Catalana*. 2004;64(Supl):S56-S59.
6. Carreras E, Carreras G, Fraga G, Guinovart G, Moliner E, Torras A et al. Transporte en helicóptero del paciente crítico: revisión de 224 casos. *An Pediatr (Barc)*. 2003; 59(6):529-34.
7. Domínguez Sampedro P, Sánchez Hernández S, Jordán Lucas R, Valín Tascón M. Formación y seguridad en transporte pediátrico. *Rev Esp Pediatr*. 2016; 72(Supl.1):9-12.
8. Iriondo M, Moreno J, Riverola A, Romera G, Salvia D, Esqué MT. Escala simplificada per a la valoració de la gravetat en el transport d'infants ventilats mecànicament. *Pediatr Catalana*. 1997;57(3):170-2.
9. Cañadas S. Transport secundari de l'infant amb traumatisme craneoencefàlic. *Pediatr Catalana*. 2001;61(Supl):S9-S14.
10. Esqué MT, Salvia MD, Thió M. El trasllat intraúter, una dada oblidada en la història neonatal. *Pediatr Catalana*. 2004;64(2):61-7.