

REDISEÑO DE SERVICIOS INTRAHOSPITALARIOS
DE EMERGENCIAS

**Propuestas de cambio y aplicación a un Servicio de
Emergencias en el conurbano bonaerense**

Dr. Guillermo Rubén Cubelli

Maestría en Administración de Servicios de Salud
Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES)
Buenos Aires
2000

INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta que la Emergencia ha adquirido, en los últimos años, un perfil de especialidad con fisonomía propia, debido al desarrollo del conocimiento médico y a los cambios de la patología en sí, se hace necesario encarar el rediseño de las antiguas “guardias médicas”, en modernos “servicios de emergencias”.

A su vez, estas variaciones se enmarcan en los cambios conceptuales y administrativos de la institución “hospital”, que ha evolucionado hasta la actual incipiente estructura de descentralización y/o autogestión.

En el presente trabajo, hacemos un breve recorrido histórico por las grandes concepciones de hospital a través del tiempo, y, dentro de ellas, de lo que ha significado la atención de las urgencias.

Pasamos luego a describir las características principales que ostentan hoy en día los servicios intrahospitalarios dedicados a la emergencia, utilizando en forma indistinta los términos Servicio de Emergencias, Departamento de Urgencias, y todas sus variantes, ya que, sabido que emergencia y urgencia no son sinónimos, son aquí utilizados como tales, ya que no nos referiremos a las emergencias y urgencias como tales, sino a las diferentes formas en que se denominan, según los distintos sistemas hospitalarios, a los servicios o departamentos encargados de las urgencias (por ejemplo, en la Ciudad de Buenos Aires : Departamento de Urgencias; en la Provincia de Buenos Aires : Servicio de Emergencias).

A continuación, con el título de “Rediseño”, describimos cómo *debiera* diseñarse un Servicio de Emergencias de acuerdo con el nuevo perfil de la especialidad y su inserción en un moderno concepto de hospital, refiriéndonos no sólo a los indicadores útiles para tal fin, sino también abordando los puntos más importantes en las áreas de Organización, Estructura física, Equipamiento y Recursos Humanos.

Para completar la presente propuesta, se analizan las características de un servicio de emergencias del conurbano bonaerense (Servicio de Emergencias del Hospital Interzonal General de Agudos “Evita”, Lanús, Pcia. de Bs. As.), y se apuntan algunas propuestas de cambio basadas en las enunciaciones previas de diseño.

Cierran esta presentación, un breve resumen con conclusiones y una Bibliografía acotada, por no incluirse todas las obras consultadas, sino sólo las mencionadas en el trabajo, y, por otro lado, porque la mayor parte de la elaboración es personal.

REDISEÑO DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS

Parafraseando lo que comentábamos con respecto a las *características* un hospital dentro de un sistema sanitario eficiente, podemos considerar que, un moderno Servicio de Emergencias debería ser:

- ✓ **Necesario** ¿Cuántos “boxes” *necesita* el Servicio? En una estructura donde toda la atención pasa por cubículos o “boxes”, se considera que éstos, deben contar con una superficie de aproximadamente 10 – 12 m² y disponer de todos los elementos necesarios para una atención adecuada. Se calcula 1 cubículo por cada 12 a 14 pacientes/día, pero solamente **contando con una salida rápida de los mismos una vez asistidos**. Si, en cambio, partimos de una estructura que combina puestos de consulta rápida ambulatoria (“fast-trach”), salas de reanimación (“shock-room”) y áreas de observación de pacientes, los cálculos varían. También se deberá calcular de distinto modo de acuerdo al perfil del Hospital (no es lo mismo un hospital base de una comunidad, que uno de referencia al que se deriva gran cantidad de pacientes críticos). Analizándose los motivos de consulta en sus diferentes proporciones (emergencias, urgencias, consultas no urgentes), puede calcularse la cantidad de puestos de atención en shock-room, cubículos de reanimación/observación, consultorios.
Si pudiéramos estimar las consultas a Emergencias, referidas a 1.000 habitantes y a un año, podríamos hablar de “**frecuentación**”, la cual variará de acuerdo al país y a la zona de un país. Esta frecuentación, estará condicionada por distintos factores:
 - ❖ **Edad de la población** : Dividiendo la población de menos de 20 años, por la comprendida entre 30 y 50; obtendremos el **Índice de Fritz** , que si es igual o superior a 1.60 significa que la población es *progresiva*; si resulta igual o menor a 0.6 es *regresiva*; y cuando está entre ambas cifras, *estacionaria*. El tipo de población determinará la frecuentación y el tipo de consulta más frecuente.
 - ❖ **Accesibilidad**: Si el hospital en que se halla el Servicio está cercano, y las vías de acceso son adecuadas, se elevará su utilización.
 - ❖ **Contención primaria**: Un buen sistema de atención primaria, sea éste de jurisdicción provincial o municipal, disminuirá el número de consultas de baja complejidad al servicio hospitalario.
 - ❖ **Gratuidad**: Los sistemas de co-pago limitan las consultas innecesarias, pero; en países no desarrollados, impiden también el acceso a las necesarias.

- ✓ **Eficaz** Mediremos la eficacia del servicio o departamento, de acuerdo con su capacidad de brindar atención en condiciones ordinarias. Ésta dependerá del número de puestos de atención disponibles y del tiempo que cada una de esas atenciones ocupa. Sobre estas variables, además, influirán otras : número de facultativos, personal de enfermería, entrada de nuevos residentes, existencia de programas docentes de pre y/o postgrado, estado socioeconómico de la población, protocolización de normas, accesibilidad, preferencias culturales de los usuarios, juicio clínico y hábitos médicos, día de la semana.

“La *eficacia*...es lo que se puede conseguir en condiciones ordinarias y se planifica y programa. Los resultados, que son la *efectividad*, por el contrario, se comprueban.”(Asenjo).

Podríamos establecer una fórmula para calcular la eficacia:

$$e = \frac{p \times t \times io}{em}$$

e = eficacia

p = puestos de atención

t = período considerado

io = índice de ocupación de los puestos

em = estancia media de los pacientes

- ✓ **Eficiente** Significa que obtiene sus metas en forma de objetivos cuantificados, al menor costo y con la calidad adecuada. Podríamos volcar el concepto a un indicador:

$$\text{Eficiencia} = \frac{\text{actividad (eficacia)}}{\text{gasto}}$$

- ✓ **Equitativo** Equidad es un término bastante maltratado en los últimos tiempos. Cuando se trata de justificar las diferencias en la atención recibida entre quienes tienen algún tipo de cobertura o co-pago y quienes no, se habla de equidad como de idénticas posibilidades de acceder a un “piso”. Sin embargo, mucho más que eso, la definición más adecuada es : “cuando a la misma necesidad se ofrece similar recurso a **toda** la población ”. Su condición fundamental será, lógicamente, la accesibilidad, facilitada por el aprovechamiento máximo de los recursos, lo que importa máximo índice de ocupación (io), y mínima permanencia en el área de emergencias (em). Por otro lado, la

equidad tiene distintas dimensiones (Musgrove) : por ejemplo, puede ser que el sistema ofrezca casi las mismas posibilidades de curación a todos los pacientes de determinado tratamiento, pero que alcance más fácilmente a unas personas que a otras.

- ✓ **Cualificado** La calidad del servicio estará en relación con la satisfacción de las necesidades de los pacientes que requieren de urgente atención, tanto con respecto a las reales como a las percibidas.

Un máximo nivel de calidad estará ligado al nivel de entrenamiento y conocimientos del personal actuante, tanto profesional como auxiliar (aspecto científico), acompañados de la tecnología y los recursos físicos adecuados; pero también, al hecho de colocar al paciente como centro de la atención, ya que el paciente que consulta a Emergencias, sufre un deterioro agudo de su salud hasta hace poco estable, con una elevada carga de angustia, y lo que hace al acto asistencial es lo que percibe.

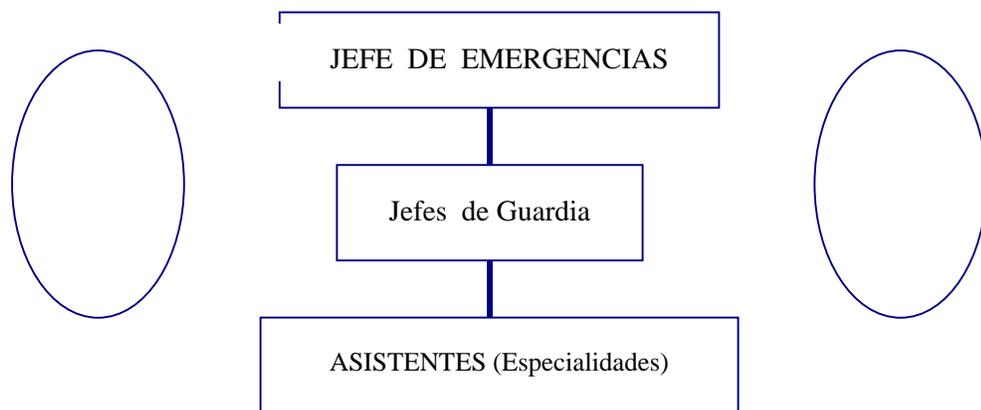
Para encarar el rediseño de un Servicio o Guardia Médica hacia la construcción y Consolidación de un Servicio/Departamento de Emergencias/Urgencias, deberán proyectarse cambios en diferentes áreas, de las que serán básicas:

- Organización
- Estructura física
- Equipamiento
- Recursos Humanos

ORGANIZACIÓN

Es la base de toda reestructuración, ya que la planta física, equipamientos y recursos humanos se “repensarán” a base de la organización, y no a la inversa.

Organigrama Los Servicios de Emergencia tienen en general una forma organizativa simple, basada en tres niveles:

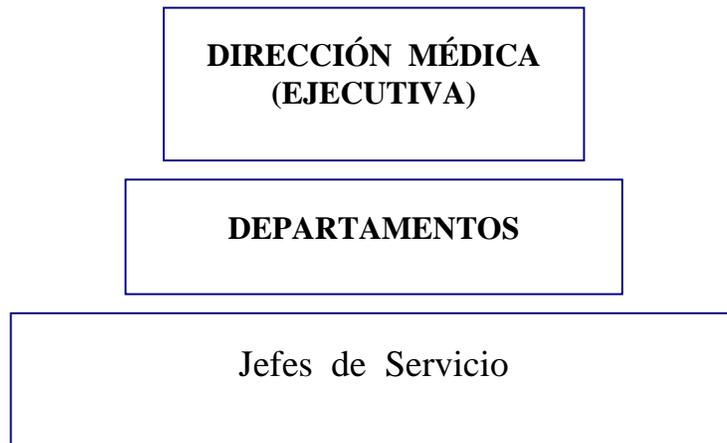


La discusión debe entablarse alrededor de la dependencia de la estructura en sí.

En los hospitales en los que funcionan Servicios de Emergencia (denominación más Administrativa que fenomenológica), como, por ejemplo, los de la Provincia de Buenos Aires, existe una particularidad disfuncional: el Jefe de Servicio, tiene a su cargo a médicos que cumplen funciones en diferentes especialidades, por lo que responden también a otro Jefe de Servicio. Esta doble jefatura, habitual en cualquier área de Urgencias, choca con el problema de que el Jefe de Emergencias tiene la misma categoría y escala jerárquica que los demás Jefes. Al producirse alguna discrepancia en las directivas dadas a un especialista, la única resolución puede provenir de una instancia superior.

Creemos más lógica la organización en Departamentos, sobre todo para estructuras como ésta, conformada por profesionales provenientes de distintos Servicios.

Así, el Departamento de Urgencias puede combinar esfuerzos y recursos de diferentes servicios.



Áreas

Área de Admisión

Todo paciente que requiere atención en un Servicio o Departamento de Urgencias, Debe ser “recibido” apenas llega. El Área de Admisión es una estructura abarcativa de otras subáreas, ya que debe contener, en su espacio físico:

- Admisión (propriadamente dicha): Registrará los datos del paciente y el motivo de consulta. Asimismo, mantendrá actualizada la disponibilidad de camas del hospital y los indicadores y datos estadísticos que se determinen oportunamente. De ser requerido, estará en condiciones de otorgar citaciones para Consultorios Externos a los pacientes asistidos en forma ambulatoria. Efectuará el control de los registros de pacientes, intervenciones policiales, etc.

- **Triage:** A través de un breve interrogatorio dirigido, basado en el motivo de consulta, el paciente es categorizado y así puede ser dirigido al área de atención que le corresponde. En algunos países, el triage está a cargo de personal de enfermería especialmente entrenado.
- **Comunicaciones:** Las comunicaciones entrantes y salientes del Hospital, tanto telefónicas como radiales deben estar concentradas en el Área de Admisión de la Emergencia, ya que son un recurso crítico para el desempeño de la tarea específica de la urgencia.
- **Seguridad:** Otro subsector a compartir el espacio físico de la Admisión. Al igual que Comunicaciones, Seguridad no puede permanecer en un espacio aparte, separado de la actividad hospitalaria de veinticuatro horas. Además, los servicios de urgencias atienden, entre su población normal, a los pacientes potencialmente peligrosos, ya sea por consumo de drogas – alcohol, como violentos y psiquiátricos excitados. Ante la concurrencia de víctimas múltiples, especialmente en caso de accidentes, el personal de seguridad colabora en la organización y el ordenamiento de la atención.

Áreas de atención de pacientes

- **Reanimación:** Los pacientes realmente emergentes, deben disponer de un área de atención inmediata (politraumatismos o trauma severo, descompensaciones cardiovasculares y cuadros de shock independientemente de su origen, intoxicaciones graves, comas de diversas etiologías). La misma deberá contar con todo el instrumental y aparatología necesarios para reanimación y estabilización de pacientes críticos, incluyendo equipos diagnósticos como portátil de rayos-x y ecografía, y medios de estabilización quirúrgica.
- **Cubículo o “box” de atención:** Teóricamente para dar atención a pacientes urgentes no críticos, y que tampoco pueden ser derivados a un área de consulta ambulatoria. Anteriormente nos hemos referido a las características técnicas de estos puestos⁽ⁱ⁾.
- **Consulta ambulatoria (“fast – track”):** Es en realidad, una batería de consultorios dentro del área de emergencias. Si bien, se sobreentiende que un Hospital que desarrolle algún programa de resolución rápida o demanda espontánea durante la mayor cantidad de horas posibles (por ejemplo, de 8.00 a 20.00), no debería casi atender pacientes de consulta externa no urgente, la realidad es que un buen porcentaje de pacientes que consultan en Emergencias, pertenecen a ese grupo. Además, también es evidente que,

⁽ⁱ⁾ Ver la primera página de este capítulo, bajo el subtítulo “Necesario”.

durante determinadas épocas del año, la atención en Consultorios Externos puede resultar insuficiente, pudiéndose entonces también echar mano del área de “fast-track” en esas circunstancias, empleando en la misma incluso médicos del staff de Consultorios destinados al refuerzo de la prestación. La decisión de establecer esta área, responderá al propósito de darle cierto grado de prioridad a la patología menor, con el fin de disminuir la espera de la patología no urgente y de descongestionar los servicios de emergencia de pacientes no urgentes.

Se considera la necesidad de instalar esta área, cuando el Servicio de Emergencias atiende alrededor de 40.000 – 45.000 pacientes por año, lo que equivale, en instituciones organizadas, a calcular que $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{3}$ de las admisiones del Hospital pertenecen a Emergencias, y que de este Servicio se interna 1 de cada 6 pacientes que se presentan a la consulta (Schwartz).

Las principales patologías derivables al sector de fast-track serán: infecciones respiratorias altas, otalgias, dolores articulares, laceraciones menores, lumbalgias, cefaleas y otras.

Esto implicará, entre otras cosas, que en las áreas de reanimación y boxes de atención, sólo se admitirán pacientes críticos con alta demanda de tiempo y complejidad de la atención, llevando el stress del factor humano de emergencia, hasta el límite. Se calcula que el máximo de atención que puede ofrecer un médico en este Sector será de 2.5 pacientes/hora, mientras que el que atienda fast-track, lo hará con una frecuencia de 6 – 7 pacientes/hora.

- Observación: Los pacientes que deban permanecer varias horas en el área de emergencias, se ubicarán en una unidad de observación, a fin de controlar su evolución o a la espera de resultados de imágenes o laboratorio, o de una decisión de internación o intervención quirúrgica. Contando con un área de estas características, el paciente está más confortable y recibe mejor atención. De todos modos, los mismos cubículos de atención pueden servir para alojar pacientes en observación una vez superada la primera atención. Esta área cumplirá su función siempre y cuando no se transforme en una internación encubierta.
- Sala de yesos
- Atención de pacientes combativos: Conviene disponer de un cuarto acolchado y con camilla provista de medios de sujeción.

Circuitos

Pueden establecerse distintos modos de categorizar a los pacientes que consultan un Departamento de Urgencias. Lo verdaderamente importante, es que se establezcan circuitos para pacientes URGENTES, EMERGENCIAS, y AMBULATORIOS. Los tres tipos pueden a su vez reagruparse en dos categorías : pacientes NO CRÍTICOS y CRÍTICOS.

I – Paciente NO CRÍTICO

- a) Es atendido en Admisión apenas llega al Servicio (mejor si proviene de un Consultorio de Orientación). Se vuelcan sus datos de filiación en Hoja de Historia Clínica. Ésta es entregada al médico, luego de un Triage de enfermería, médico o del practicantado, quien podrá tener entonces los datos de los pacientes en espera y **llamarlos por su nombre**. En condiciones ideales, sería llamado por el practicante, quien completaría la anamnesis y primer examen físico, con signos vitales. Contando con un área de consulta separada de otra de reanimación y observación de pacientes, la persona admitida, podrá esperar su atención en una Sala de Espera adecuada. La espera pediátrica estaría idealmente separada de la de los adultos. Con un buen sistema informático, los datos del paciente y el motivo de consulta aparecerían en la pantalla de los médicos distribuidos en los consultorios, sin necesidad de que les llegue la Historia Clínica en papel. Este sistema se empleará tanto para los pacientes ambulatorios como para los urgentes.
- b) El paciente es llamado e ingresa al sector de atención. El médico inscribirá los datos de la atención en la Hoja de Historia Clínica o los ingresará directamente al sistema a través de su terminal.
- c) Finalizada la atención, si se trabaja con papeles, la Historia regresará al área administrativa, para que un empleado vuelque los datos en el Libro de Guardia, e ingrese el diagnóstico al sistema que emitió la hoja de. Ésta, por su parte, se archivará. Si el paciente es internado o trasladado, copia de la misma lo acompañará.

Con este sencillo circuito se logra :

- 1) Que el paciente se sienta “recibido” apenas llega al Servicio.
- 2) Orden en la atención de los pacientes (Y categorización si se implementa algún sistema de triage).
- 3) Atención de todos los pacientes con Historia Clínica.
- 4) Se evita el subregistro.
- 5) Que en la Historia Clínica general del paciente figuren las consultas y prácticas efectuadas por Guardia

Periódicamente, puede agregarse al circuito un punto :

- d) Encuesta de satisfacción.

II – Paciente CRÍTICO

Ingresa a la Sala de Reanimación y Shock (S.R.S.) o “shock-room”.

Una vez efectuada la reanimación y/o estabilización:

- a) queda en Área de Observación
- b) se deriva a Internación
- c) se deriva a Quirófano
- d) se deriva a otro centro
- e) se dispone del cuerpo

Aquí también (y sobre todo) se cuenta con Historia Clínica, ahora levantada durante la atención del paciente, por un miembro del equipo actuante. En la distribución de roles, un personal se dedicará exclusivamente al registro de los datos del paciente, y de toda maniobra efectuada y/o droga administrada.

ESTRUCTURA FÍSICA

Teniendo en cuenta que cada hospital tiene su fisonomía, complejidad e historia, el área destinada a la Emergencia, adquirirá matices peculiares de acuerdo a la institución en que se halla inserta. De ahí que tan sólo pueden describirse algunas características generales.

Vías de acceso: Deben estar expeditas al máximo, tanto en lo que hace a la llegada de vehículos trasladando pacientes urgentes al hospital, como a la circulación dentro del Servicio y desde otras áreas internas. La entrada al Servicio de Emergencias debe estar bien diferenciada y señalada, y ser independiente del acceso general del hospital, para que no interfieran ambas circulaciones.

Ubicación: En zona diferenciada del resto del hospital, con comodidad tanto para el traslado de camillas, como para la Espera de pacientes y familiares.

Admisión: Cumpliendo con las características antes señaladas para esta área particular, debe ubicarse próxima al ingreso de pacientes tanto ambulatorios como en camilla, para recibir al paciente y llevar a cabo el Triage. Debe disponer de los metros cuadrados suficientes para albergar las sub-áreas correspondientes y estar equipada con las conexiones de comunicaciones e informática adecuadas.

Áreas de atención de pacientes: Como expusieramos anteriormente, las áreas principales de asistencia se pueden agrupar, en primera instancia, en un sector de pacientes ambulatorios, y otro para pacientes que ingresen en camilla. De acuerdo a la complejidad que adquiera el Departamento o Servicio, pueden llegar a instalarse: cubículos o “boxes” de atención, salas de reanimación (“shock-rooms”), área de observación de pacientes y batería de consultas externas (“fast-track”). En los párrafos previos ya hemos apuntado las características de estas distintas áreas. Lo importante recalcar a es que, variando de una institución a otra, las tres áreas fundamentales de atención serán **consulta, reanimación, observación de pacientes**, áreas que se combinarán y presentarán diferentes fisonomías, pero que serán la base de sustentación de la Emergencia.

Sala/s de espera: Ubicada cerca de la admisión o, de existir, en el área de consulta ambulatoria. En lo posible, debe tratarse de un área confortable, con espacio suficiente para la presencia esperada de personas. A la vez, debe ser cálida y poseer los elementos mínimos de confort que puedan disminuir los efectos adversos del momento crítico vivido por las personas que esperan, y por el tiempo de demora. Entre ellos, teléfono, baños, suficiente cantidad de asientos cómodos, máquinas de bebidas). También son útiles los elementos de distracción, como televisión, diarios, revistas, etc. Conviene contar con una espera pediátrica separada de la de pacientes adultos.

Depósito de elementos de transporte: Camillas, sillas de rueda, deben estar ubicadas en un área específica, preferentemente cerca de la entrada de vehículos, para acceder rápidamente a estos medios cuando se trasladan pacientes que no son ambulatorios.

Áreas para personal: El personal médico y paramédico, que comparte muchas horas de trabajo en una actividad tan exigente y “estresante”, requiere de áreas de reunión y descanso, en lo posible no alejadas de las de atención de pacientes. Las más importantes serán:

Personal médico:

- Vestuario
- Estar o Sala de Médicos : Con los elementos de confort necesarios para la actividad profesional como así también para los horarios de “relax”.
- Sala de Informes : Donde un profesional pueda, en un clima apropiado, teniendo en cuenta las condiciones en que se hallan familiares y amigos de un paciente en Urgencias, brindar los informes necesarios, intercambiar ideas y comentarios con los acompañantes de los pacientes.
- Dormitorios Médicos: Ya que la consulta es heterogénea y no tiene programación horaria, el personal médico debe descansar en los momentos en que esto sea posible.

Personal no médico:

- Vestuario
- Estación de Enfermería

Áreas de apoyo :

- Depósito : Debe contar con el máximo espacio posible, ya que “*el número de elementos (material en general, material desechable y medicación) que se utilizan en un servicio de urgencias es casi infinito*” (Asenjo).
- Limpieza : Puede hacerse la misma consideración que con respecto a Depósito, ya que es una actividad fundamental a desarrollarse durante las 24 horas.

- Laboratorio : Cuando la organización de la Institución, de la que el Servicio de Urgencias forma parte lo permita, sería útil contar con laboratorio exclusivo para urgencias en la misma área de atención de los pacientes.
- Sala de revelado : Las mismas consideraciones que para Laboratorio.
- Esterilización : También de acuerdo a la organización institucional, es bueno recordar que o es práctico para un Servicio de Urgencias utilizar las instalaciones centrales del Hospital, sino, como en el caso de laboratorio y radiología, también en esterilización, contar con estructura propia diseñada para su funcionamiento particular.

Áreas administrativas auxiliares :

Comprenderán los espacios destinados a despachos de Jefatura de Servicio, Secretaría, Sala de Reuniones, Aula, Ateneo, Supervisión.

EQUIPAMIENTO

El Servicio/Departamento de Emergencias /Urgencias, es el lugar del Hospital al que llega mayor cantidad de pacientes críticos en forma aguda, y en etapa pre-diagnóstica.

Esta simple enunciación, hace lógica la trillada conclusión que : el Servicio de Emergencias debe contar con los mejores medios diagnósticos y terapéuticos.

Sin embargo, y aunque parece que tal aseveración es comprendida intelectualmente, la asignación de recursos que habitualmente se hace a las áreas de urgencias dista mucho de tenerla en cuenta. En verdad, lo que la práctica diaria nos muestra es que, en general, se destina a “la Guardia” lo que ya está viejo o no se necesita en otras áreas, como Terapia Intensiva o Quirófano, en general cuando éstas reciben nueva tecnología.

Independientemente de estas generalizaciones, todo Servicio de Urgencias debe Contar con elementos mínimos para su funcionamiento, como son:

- Instrumental de primeros auxilios en los “cubículos” de atención, sobre todo en lo que hace a curación y suturas de heridas, elementos para vías parenterales.
- Equipamiento específico en Salas de Reanimación (“Shock-room”): monitor, oxícapnógrafo, respirador, electrocardiógrafo, sets para resolución de trastornos de la vía aérea y respiratorios, reanimación del shock y cardiovascular en general, radiología y ecografía portátil (hay centros de trauma en el mundo con tomógrafo portátil), instrumental para reanimación operatoria.

- Elementos de monitoreo y vigilancia en áreas de observación de pacientes.
- Adecuados elementos de transporte (camilla de traslado con monitoreo portátil y oxígeno como mínimo).

RECURSOS HUMANOS

Este puede ser el tema que mayor cantidad de variantes y discrepancias puede presentar, tanto entre diferentes países, como entre distintas instituciones de una misma zona geográfica y hasta en un mismo subsector de atención de la salud.

Médicos

Existen importantes centros en el mundo, que emplean muy pocos profesionales médicos en el área de Emergencias, con una buena cantidad de especialistas en guardia pasiva y algunos con importante dotación de enfermería altamente capacitada, que minimiza también el requerimiento de médicos.

En nuestro país, al igual que en otras áreas de atención, podemos decir que la emergencia está altamente “medicalizada”, y se cuenta en general con plantas profesionales bastante completas en lo que hace a la variedad de especialidades presentes. Todo esto, es también resabio de la antigua estructura de la “Guardia Policonsultorio”. Sin embargo, es ostensible la ausencia de médicos “emergentólogos” o “emergenciólogos”, que se hayan formado en la Emergencia como especialidad con perfil propio, y que sean capaces de llevar a cabo la primer atención de los pacientes que consultan a Urgencias, independientemente del tipo de patología que haya dado origen a esa consulta.

El número de estos profesionales se calcula en función de la demanda : 2 emergentólogos por cada 10.000 – 15.000 consultas al año, además de los especialistas que de forma activa o pasiva estarán disponibles a su llamado (Asenjo).

Entre Hospitales de diferente complejidad, puede variar el número y las disciplinas básicas de los especialistas, pero no la cantidad de emergentólogos. Cuando un Hospital se considere de complejidad, como en el caso de la Provincia de Buenos Aires, lo que se denomina Hospital Interzonal, o un Hospital General de Agudos en el área de la Ciudad de Buenos Aires, los especialistas deben estar con presencia activa. También pueden hallarse planteles intermedios (menos especialistas en activa) en grados también intermedios de complejidad hospitalaria.

Enfermería

La base para calcular el plantel de enfermería de una Servicio de Emergencias, será De **1** enfermera y **1** auxiliar de enfermería cada **8.000 consultas al año** (Asenjo).

Personal de apoyo

Pocas veces se comprende que, como Emergencias es un Servicio que funciona las 24 horas, el personal auxiliar debe acompañar no sólo durante la mañana o algunas horas de la tarde. Así, es necesario garantizar la permanente presencia de auxiliares y técnicos como:

- ✓ Técnico radiólogo
- ✓ Electrocardiografista
- ✓ Personal de limpieza
- ✓ Camareras o mucamas
- ✓ Camilleros

Personal administrativo

Merece un párrafo aparte, ya que el área de Urgencias, con gran cantidad de personas pasando en forma transitoria, requiere de un detallado registro de información, como la correspondiente a datos de filiación de cada paciente, procedencia y modo en que fue trasladado hasta la institución, familiares responsables, datos relativos a cualquier tipo de accidente o situación de trauma, etc.

Si el Hospital en cuestión, se halla inmerso en una modalidad de autogestión, se hace también imprescindible la presencia de personal encargado de recoger otro tipo de información, tendiente a la futura facturación de la prestación en los casos que así corresponda.

No debe olvidarse, que Emergencias es una de las áreas más rentables del Hospital, a la que acudirán enfermos urgentes y víctimas de accidentes que no tienen, como sí los “clientes” para prácticas programadas, posibilidad de opción de ser atendidos en otro centro.

Así, beneficiarios de Obras Sociales, Seguros, Aseguradoras de Riesgos de Trabajo y Pre-pagas, usufructarán este Servicio en una proporción mucho mayor de lo que harán con el resto de las áreas hospitalarias.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

El progreso en el conocimiento médico, el avance tecnológico y los cambios sufridos en las características de las entidades nosológicas que habitualmente componen el amplio espectro de motivos de consulta en un área de emergencias, han transformado en obsoleto el antiguo concepto de “guardia” como policlinico de especialidades, para dar origen a los modernos “Servicios de Emergencia”.

A su vez, éstos han de insertarse en una institución, “hospital” que ha venido sufriendo transformaciones más profundas aún, desde ser un simple hospicio en la Edad Media, pasando por distintas modalidades según avanzaba el conocimiento de la ciencia médica, hasta los actuales modelos.

Paralelamente, también fue variando el concepto administrativo del hospital, de la mano de la búsqueda de fuentes de recursos diferentes al presupuesto diseñado por el Estado.

Y es así como, este nuevo concepto de Servicio de Emergencia, se organiza además dentro del marco de los modernos hospitales descentralizados y/o de autogestión.

Sin embargo, los cambios son muy resistidos, y los actuales servicios intrahospitalarios de emergencias no han podido desprenderse aún del anterior modelo.

Entre sus características más importantes, las actuales áreas de urgencias presentan importantes demoras en la atención de los pacientes. Esto se debe a la heterogeneidad y discontinuidad en la demanda, que otorga al servicio en cuestión un fuerte tinte de imprescindible improvisación.

Por otra parte, al no existir aún en nuestro país la cultura de la Emergencia como especialidad, los servicios o departamentos de emergencias o urgencias no cuentan con planteles de profesionales especialmente capacitados en esta disciplina.

Para rediseñar un Servicio de Emergencias de acuerdo a las características que debería presentar, hay que considerar su *necesidad*, estimando la frecuentación a través de edad de la población, accesibilidad, contención primaria, gratuidad, *eficacia*, para lo que hemos construido un indicador que toma en cuenta los puestos de atención, período, índice de ocupación de aquéllos y estancia media de los pacientes, *eficiencia, equidad y calidad*.

Los puntos básicos a modificar serán : Organización (con sus diferentes áreas: admisión, atención de pacientes), organigrama y circuitos; Estructura física; Equipamiento y Recursos Humanos.

Analizadas las características básicas del Servicio de Emergencias del Hospital Evita, de Lanús, Provincia de Buenos Aires, se sugieren cambios fundamentalmente en las áreas de Admisión, Atención Médica, Servicios Auxiliares, Equipamiento y Estructura física, Recursos Humanos, incluyendo aspectos docentes, científicos y organizativos estructurales.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Ahuja,J;Coristine,M;McKnight,RD;Beilby,WJ: “IRIS:an experimental multimedia workstation linking the departments of emergency medicine and radiological sciences”. J.Emerg.Med.,1993;11(2):219-28.
- 2) Asenjo, MA; Bohigas, LL; Trila,A; Prat, A : “Gestión diaria del hospital”.Masson,S.A..Barcelona,1999.
- 3) Barea Sabas, A.: “El hospital y su administración”. Ministerio de la Gobernación, Madrid, 1965.
- 4) Cubelli,GR;Muro,M;Neira,J;;Yunk,O.: “Curso Bianual de Emergentología”, Congreso Panamericano de Trauma,Miami,1997.
- 5) Corach, L.; Malamud, M.: “Manejo de Hospital Público y Privado”. Ed. Panamericana, Bs. As. ,1985.
- 6) Drucker,PF: “Dirección de instituciones sin fines de lucro” El Ateneo, Bs.As.,1992.
- 7) Falk,JL: “Medical direction of emergency medical service systems: a full-time commitment whose time has come”,Crit.care.;ed.1993;21(9):1279-86.
- 8) Giani,CA;Fryc,V.;Caudullo,JC;Mohadeb,M;Bilinsky,V: “Circuito de alto riesgo en la atención de las emergencias quirúrgicas graves. Resultados”. Rev.Argent.Cirug.,1985;48:2203-210.
- 9) Groeger,JS;Guntupalli,KK;Strosberg,M;Halpern,N;Raphaely,RC;Cerra,F;Kaye, W “Descriptive analysis of critical care units in the United States : patients characteristics and intensive care unit utilization”. Crit.Care.Med, 1993; 21(2):279-91.
- 10) Musgrove, Ph.: “La equidad del sistema de servicios de salud”. Boletín de la Oficina Sanitaria Latinoamericana, 1983,95(6):525-546.
- 11) PRESSAL : “Hospital Público de Autogestión”. Buenos Aires,1999.
- 12) Ray,MA: “A descriptive study of care processes using total quality management as a framework in a USAF regional hospital emergency service and related services”. Mil. Med.1993;158(6):396-403.
- 13) Relevamiento del H.I.G.A. Evita – Informe del Centro de Orientación de la Demanda (COD) del Área Programática del HIGA Evita,1996.
- 14) Schwartz, George R. : “Principles and Practice of Emergency Medicine” , Lippincott Williams & Wilkins, USA, 1992.
- 15) Súliban, Raquel : “El libro de guardia : un centinela que no se rinde”Bases para un sistema operativo de vigilancia epidemiológica.,1995/1996.
- 16) Súliban,Raquel : “Qué hacer en un hospital descentralizado con las consultas que se registran en la guardia”,1996.
- 17) Waldrope, RD: “Prospective assessment of triage in an urban emergency department”.South Med J,1997,90(12):1208.

CARACTERÍSTICAS DE LOS ACTUALES SERVICIOS DE EMERGENCIAS

El concepto de **guardia médica**, con el que todavía se maneja la mayoría de las Instituciones, se ha constituido históricamente en un consultorio donde la demanda no está programada, y por lo tanto el paciente lleva a cabo la consulta sin turno previo. Sólo un porcentaje de esas atenciones pueden catalogarse como “emergencias”. La Sala de Guardia es un policonsultorio, con determinada cantidad de especialistas cumpliendo veinticuatro horas.

Ese criterio de “estar de guardia” implica que, como el resto del hospital a esta hora no trabaja, o es hora de atender solamente con turnos programados, hay unos médicos que están de turno para atender las consultas necesarias.

Este no es un problema local. Una investigación de la Universidad Atlántica de Florida (12), en 1993, concluyó que el Servicio de Emergencias es utilizado principalmente como una clínica de atención primaria, con alto porcentaje de consultas pediátricas en horas pico.

Con los cambios que ha sufrido la patología de urgencia, no sólo surgidos de la evolución del conocimiento médico y la tecnología, sino también por la mayor proporción de patologías agudas críticas, y la irrupción del trauma como primera causa de muerte hasta los 47 años de edad, las viejas *guardias médicas* debieron ir adaptándose en *Servicios (o Departamentos) de Emergencias (o Urgencias)*.

Pero, como señaláramos previamente, el cambio en muchos de nuestros países es todavía lento, o, incluso, aún inexistente.

Por esa razón, tratamos de describir las características actuales de esos Servicios, en el mejor de los casos en transformación.

Las características que definen a un Servicio de Emergencias, fenomenológicamente, podrían resumirse en :

a) **Heterogeneidad-Improvisación** No puede programarse, en este Servicio, el tipo de demanda de los próximos días, ni siquiera de las próximas horas. Es imposible prever que hoy habrá 10 intoxicaciones por alimento en mal estado, mañana, tal vez, un accidente con víctimas múltiples, o cualquier otro tipo de desastre por la tarde y cuatro quemados por la noche. Pasado, quizá, los diez pacientes de la tarde sean infartos de miocardio. Por lo tanto, algún grado de improvisación existirá siempre en la respuesta.

b) **Discontinuidad en la demanda** Es un Servicio donde no se dan turnos. No puede distribuirse la demanda en forma pareja las 24 horas. Los propios pacientes determinan la hora de la consulta. Esto hace que puedan existir períodos con baja demanda y , en cuestión de minutos, sobrecargarse y superarse toda posibilidad de respuesta.

Los puntos (a) y (b) resultan en :

c) **Demora** . Consecuencia lógica de heterogeneidad-improvisación + discontinuidad en la demanda.

La demora quizá sea la característica que en mayor proporción comparten todos los modos organizativos de la emergencia en todas partes del mundo.

Por esa misma razón comentaría Millá Santos(i) , refiriéndose al tema, que “*términos como *demanda excesiva, saturación, plétora, caos*, constituyen expresiones que traducen, por una parte, una clara modificación de determinados comportamientos sociales y, por otra, la probable inadecuación de los dispositivos de la asistencia o atención primaria, a lo cual debe añadirse la escasez de recursos de carácter sociosanitario*”.⁽ⁱ⁾

En diciembre de 1997, Waldrop publica un análisis del tiempo de espera en Emergencias en Los Ángeles, mostrando que los pacientes clasificados como “emergentes” tuvieron un promedio de espera de 61 minutos hasta ser atendidos, de 129 minutos los “emergentes”, y de 182 minutos los “no-emergentes”(17).

Finalmente, enunciaremos la cuarta y la quinta características, no menos importantes que las precedentes:

⁽ⁱ⁾ J. Millá Santos, Jefe del Servicio de Urgencias del Hospital Clínic i Provincial de Barcelona y Presidente de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias en 1999 (2).

d) Falta de personal de planta Que significa la otra gran discontinuidad. Emergencias es el único Servicio, donde todos los días hay un plantel diferente. Lo que trae aparejado discontinuidad en el trabajo, en la aplicación de normas, imposibilidad de llevar a cabo adecuada y acabadamente investigación, ateneos y otras actividades académicas.

e) Conformación del plantel Los actuales Servicios conservan características, en cuanto a la conformación del plantel, derivadas también de aquella visión de la Guardia como policonsultorio. Así, la plantilla muestra representantes de las diferentes especialidades, pero no existe la imagen del “Emergentólogo”, o sea, del profesional idóneo para desenvolverse en un Servicio de Emergencias, ya que la Patología de Urgencia como tal, es su especialidad. Su presencia, por otra parte, es un reclamo universal.⁽ⁱⁱ⁾

⁽ⁱⁱ⁾ “...existe un factor negativo determinado por la falta de definición de la figura del médico *urgenciólogo* o *emergenciólogo*...cada vez es más necesaria la figura de un facultativo polivalente y capaz...” J. Millá Santos (Op.Cit.)

CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS “EVITA”

El Servicio de Emergencias del Hospital Evita presenta una característica de singular importancia: el 80% de su demanda pertenece a la población que reside en Lanús Oeste, que es la zona geográficamente asignada por las autoridades sanitarias como el ámbito donde le corresponde desarrollar acciones integrales de salud (Área Programática) (15).

Esta situación difiere de los relevamientos efectuados en la demanda de la consulta programada y de la internación, donde el lugar de residencia es un indicador del Área de Influencia del Hospital.

Delimitar correctamente las patologías de mayor demanda y establecer sus implicancias, no sólo permite efectuar una capacitación más eficaz de los profesionales que trabajan en el Hospital, y elegir la tecnología apropiada para el logro del diagnóstico y tratamiento adecuados y oportunos, sino que se torna imprescindible a la hora de actuar en acciones de prevención y promoción de la salud (16).

Por otra parte, los altos índices de contaminación socio-ambiental del conurbano bonaerense y del Partido de Lanús en particular, indican la necesidad de dimensionar el impacto que dicha contaminación produce sobre la salud de sus habitantes y, si corresponde, incluir sus causas como factores etiológicos diferenciales de las patologías más frecuentes.

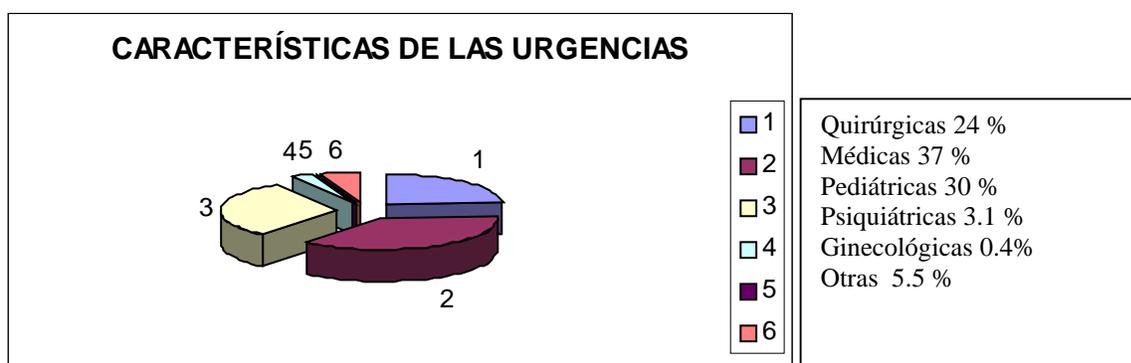
Se adoptó aquí una clasificación que debe ser considerada como una guía que facilite la reflexión y que favorezca incorporar y aplicar conocimientos generales en los enfoques y en los procedimientos específicos que realiza cada uno de los diversos Servicios del Hospital.

Se tomaron 52.314 consultas **registradas** en los libros de guardia **general y pediátrica** en el período de un año. Por razones de acotamiento del tema, no se incluyeron las de las áreas ginecológica y obstétrica, ni las efectuadas en salas de internación.

La distribución de las consultas fue la siguiente:

Cuadro I : Distribución de las consultas según especialidad, que se registraron en el período de un año.

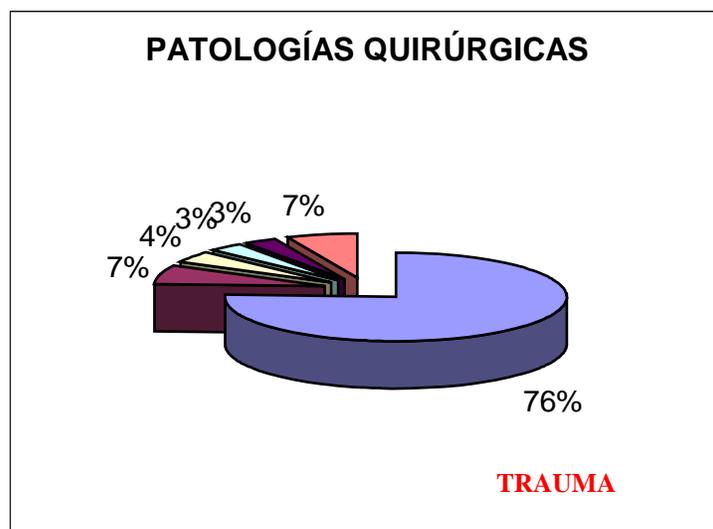
CARACTERÍSTICA DE LAS URGENCIAS	N	%
A) Quirúrgicas	12.558	24.0
B) Médicas o clínicas	19.340	37.0
C) Pediátricas	15.742	30.0
D) Psiquiátricas	1.612	3.1
E) Ginecológicas (*)	225	0.4
F) Otras	2.837	5.5
Total	52.314	100



(*) Las consultas anotadas como ginecológicas, componen un pequeño grupo de pacientes asistidas en Guardia General previamente a su derivación a la Guardia Ginecológica del 4to. Piso.

Cuadro I – A : Distribución de las consultas de urgencias quirúrgicas según diagnóstico.

PATOLOGÍAS QUIRÚRGICAS MÁS FRECUENTES	n	%
Trauma	9.533	75.9
Colecistopatías	850	6.8
Abscesos	523	4.1
Hemorragias	435	3.5
Sme. Apendicular	389	3.1
Otras	828	6.6
Total	12.558	100



Cuadro I – B : Distribución de las consultas de urgencias clínicas según diagnóstico.

PATOLOGÍAS CLÍNICAS MÁS FRECUENTES	n	%
Enf.transmisibles (infecto-contagiosas;todas las edades)		
Enf.del aparato respiratorio	5.880	30.4
Enf.cardiovasculares	3.380	17.5
Enf.del aparato urinario	2.244	11.6
Enf.osteoarticulares	1.336	6.9
Dolor abdominal	1.168	6.0
Enf.del parato digestivo	1.111	5.8
Enf.de piel y mucosas	711	3.7
Enf.alérgicas	690	3.6
Otras	502	2.6
	2.318	12.0
Total	19.340	100

Cuadro I – C : Distribución de las consultas de urgencias pediátricas según diagnóstico.

PATOLOGÍAS PEDIÁTRICAS MÁS FRECUENTES	n	%
Enf. del aparato respiratorio	9.556	60.7
Síndrome febril (sin especificar)	1.606	10.2
Enf. de piel y mucosas	1.367	8.7
Dolor abdominal (sin especificar)	870	5.6
Enf. del aparato digestivo	606	3.9
Enf. del aparato urinario	280	1.8
Otras	1.457	9.1
Total	15.742	100

Cuadro II : Distribución de las diez primeras causas de consultas (todas las edades), según diagnóstico.

PATOLOGÍAS	n	%
1) Del aparato respiratorio	12.936	24.72
2) Trauma	9.533	18.22
3) Enfermedades transmisibles	5.880	11.23
4) Enfermedades cardiovasculares	2.244	4.28
5) Enfermedades de piel y mucosas	2.057	3.93
6) Dolor abdominal	1.981	3.78
7) Enfermedades del aparato urinario	1.616	3.08
8) Enfermedades psiquiátricas	1.612	3.08
9) Sme. febril en niños	1.606	3.06
10) Enf. del aparato digestivo	1.317	2.51
Total	40.782	77.89
11) Otras causas	11.532	22.10
TOTAL GENERAL	52.314	100

Estas cifras son útiles como referencia para la **distribución** de la demanda, pero en cuanto a cantidades **reales** de pacientes atendidos, las mismas han ido en aumento.

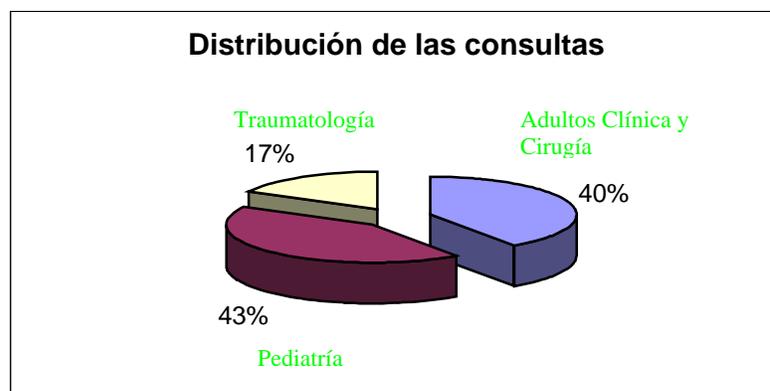
En efecto, los últimos datos correspondientes a 1999, muestran un total de pacientes atendidos, excluyendo también la consulta tocoginecológica y las interconsultas, de **75.754**.

La distribución fue :	Consultas clínicas y quirúrgicas adultos	30.614
	Consultas pediátricas	32.019
	Consultas traumatológicas	13.121

Se efectuaron, en el mismo período, **2.356** intervenciones de cirugía menor, y **1.425** de mayor.

Téngase en cuenta, que el nivel de **subregistro** de pacientes, no es menor del 25 – 35 %.

Por otra parte, no pueden discriminarse cuántas fueron consultas ambulatorias y cuántos, pacientes observados en Guardia (internación transitoria).



Un mayor crecimiento de la demanda se espera aún para el año 2000, por un fuerte incremento de consultas durante el primer semestre, proyectándose, para el período de doce meses, una cifra estimada de las mismas, en **116.000**.

Hoy en día, un Hospital con la complejidad del Interzonal Evita, requiere de un verdadero **Servicio de Emergencias**. Lo que equivale a decir, *del plantel entrenado para actuar en forma sistematizada, coordinada y eficaz en la resolución de la patología correctamente categorizada como urgencia, y, dentro de ella, la emergencia; tanto cotidiana como resultante de desastre.*

Para arribar a estas metas, deben elaborarse cambios reorganizativos en las distintas áreas del Servicio, desde Admisión hasta equipamiento tecnológico, teniendo siempre presente que toda transformación es dolorosa en mayor o menor medida y que “los cambios son buenos y malos”. Por lo tanto, se debe actuar mesuradamente, en los debidos tiempos y con los sujetos de cambio, nunca por encima de ellos.

CARACTERÍSTICAS ACTUALES Y PROPUESTAS DE REORGANIZACIÓN

1) En al área de ADMISIÓN

Hasta hace poco, los pacientes llegaban al Servicio en forma desordenada, ingresando directamente al sector de atención después de un tiempo variable de espera, sin un orden establecido. Hasta ser atendidos, permanecían en la Sala de Espera sin ningún tipo de orientación.

Para que los pacientes no queden esperando sin que exista conocimiento alguno de su existencia por parte del plantel, ni se produzca su ingreso al sector de atención médica, debe cumplirse con los “**circuitos de atención**”, tal como se describieran ya en esta presentación. Mucho menor es el esfuerzo de esta área desde que el Hospital cuenta con Consultorio de Orientación, aunque por el momento, sólo funciona algunas horas por la mañana. Y un gran cambio aportaría aún el desarrollo de más consultorios en horarios vespertinos. Todo esto ayudaría a disminuir el porcentaje de pacientes no urgentes que ocupan al Servicio de Emergencias.

Formando parte ya de la Admisión, tiene un lugar destacado el **triage** de pacientes, para categorizar la demanda, distribuyéndola en las áreas de pacientes críticos y no críticos, y priorizando en cada sector, a los pacientes por la jerarquía de su patología.

Los **circuitos** son sencillos y factibles. Su aplicación resultará también en eficaz recurso contra el subregistro y la falta de Historia Clínica.

2) En el área de ATENCIÓN MÉDICA

Un paciente que llega al Servicio con una patología determinada puede recibir diferentes tipos de atención, tanto diagnóstica como terapéutica, de acuerdo con el criterio del profesional que encuentra ese día y a esa hora.

Sin dejar de reconocer que el *criterio* del profesional actuante es invaluable en un Servicio de Emergencias, para que este ámbito se transforme realmente en eso (“servicio”), debe existir un marco normativo referencial.

Debería entonces contarse con NORMAS ÚNICAS de diagnóstico y tratamiento para cada tipo de consulta. Los pacientes con determinada patología deben ser atendidos con un standard de calidad independientemente de la fecha y horario de consulta, y del profesional tratante.

Por otra parte, esas normas deberían surgir del consenso de los diferentes Servicios involucrados con la patología en cuestión, y conocidas por todo integrante del plantel. Este paso requiere tiempo y docencia permanente, con cumplimiento de “camino críticos” tanto para el personal médico como paramédico.

Si bien, a lo largo de diferentes proyectos se ha normalizado gran parte del diagnóstico y tratamiento de la patología de urgencia, queda mucho camino por recorrer.

Actualmente, está en preparación el Manual de Procedimientos de Urgencia, donde se volcarán resumidas las principales entidades a tener en cuenta, con cuadros y caminos críticos en lo que hace a diagnóstico y atención inicial.

Gran parte de este material se produce a través del Curso Bianual de Emergentología y Patología de Urgencia, del Colegio de Médicos, que el Servicio viene organizando y dirigiendo desde 1995.

Contar con categorizaciones de grupos de pacientes, como los DRG (Grupos Relacionados de Diagnóstico), facilitaría la fijación de estándares de atención, al mismo tiempo que se transformarían en arma invaluable al momento de calcular costos.

El gran paso que se adeuda a la Emergencia, es la creación de **plantel**, entendiéndose por tal, un grupo de profesionales, tanto con formación general en Emergentología como especialistas, dedicados al trabajo en este Servicio en forma exclusiva.

El perfil de cada institución debería luego resolver el régimen de trabajo : si guardias de 12 horas; si 24 en equipos separados; si parte del plantel un horario diario; si tres meses por año rotando por otras áreas y Servicios (no perder contacto con la especialidad básica y no pasar 12 meses en Emergencias).

Este plantel, compuesto por emergentólogos, especialistas, residentes en Medicina de Urgencia, concurrentes del Servicio de Emergencias, etc., daría continuidad a la atención, nivel científico y calidad a la prestación y acabaría con el problema, no menor, de la dualidad de jefaturas.

3) **En el área de SERVICIOS AUXILIARES**

Actualmente, la atención de la emergencia en este Servicio, no difiere mucho de la de hace sesenta años. No ha ido mucho más allá de la radiografía simple y la rutina de Laboratorio, y recientemente, finalizando el siglo, se incorporó la tomografía computada.

Pero la medicina actual exige que los avances científicos y tecnológicos sean puestos al servicio del paciente en forma permanente.

En tiempos en que se ensayan sistemas de captura y distribución de imágenes (1) y de informes verbales a modo de “historia clínica electrónica”, teleconferencia y robótica, no parece lógico contar con endoscopías y estudios contrastados solamente de 8.00 a 12.00 de lunes a viernes.

Debe obtenerse mayor complejidad diagnóstica y terapéutica, a través de guardias activas (residentes?) y pasivas, y disponer en forma permanente de servicios como Farmacia, Esterilización y otros.

4) En el área de EQUIPAMIENTO y ESTRUCTURA FÍSICA

Es un lugar común para quienes se mueven en áreas de emergencia, que “en Guardia deben estar los mejores elementos, porque allí están los pacientes más complicados”. Pero en la realidad, Emergencia recibe como mucho, lo que sobra en otros sectores. Aunque en los últimos tiempos, se ha recibido importante apoyo de la Dirección Ejecutiva, todavía no se alcanza el estándar adecuado.

Aparte de contar con una Sala de Reanimación y Shock, donde se estabiliza a los pacientes críticos, especialmente politraumatizados graves, todos los “boxes” de atención deberían disponer un equipamiento mínimo, ya que TODOS los pacientes deben recibir la atención más completa.

En estos momentos, nuestra Sala de Reanimación y Shock, con dos puestos de reanimación, equipados hasta para cirugía de rescate, y uno de reanimación pediátrica, resulta insuficiente para el perfil de pacientes críticos con demanda en aumento.

El perfil de pacientes reanimados en esta Sala, hace casi imprescindible contar con un ecógrafo portátil, que, reemplazando al lavado peritoneal diagnóstico, evita un método cruento y disminuye notablemente los costos.

Los actuales “boxes” de atención deberían ser reciclados en puestos de reanimación y también de observación, y contar con un área separada de “fast-track” para la consulta ambulatoria.

También es imprescindible un adecuado sistema de intercomunicaciones con todos los miembros del plantel, que se ha obtenido a través de sistema de radiollamada con central interna del Hospital.

5) En el área de DOCENCIA

Es la docencia, el elemento de cambio fundamental, ya que en sí mismo, el aprendizaje se define como transformación.

Si bien, la Guardia actúa como impulsor de permanente aprendizaje, éste debe ser orientado y sistematizado.

Aunque son servicios no preparados para tal función, desgastados sus esfuerzos en una vapuleada tarea asistencial, los programas de docencia encaran la formación del pregrado y del postgrado, incluyendo además capacitación para todo el espectro paramédico.

Desde 1994, en este Servicio se llevan a cabo : el **Curso Bianual de Emergentología y Patología de Urgencia**, de postgrado, con una carga curricular de 1.500 horas, curso oficial de la Escuela Superior de Educación Médica del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, Distrito II; **Curso de Pregrado en Emergencias y Trauma**, para los estudiantes de Unidad Docente Hospitalaria, anual, de 60 horas de duración; **Curso M.I.A.TRA. (Módulos Integrados de Atención del Traumatizado)**, de la Sociedad Bonaerense de Medicina Crítica, Trauma y Desastre, para la formación de equipos de trauma, dirigido a personal médico y paramédico, llevado a cabo una vez al año.

En dos ocasiones se llevó a cabo el **Curso A.T.L.S. (Advanced Trauma Life Support – Curso para Médicos)**, del American College of Surgenos.

Todos los años se realiza, junto con la Dirección Municipal de Defensa Civil, una **Jornada de Desastre**, con un ejercicio de víctimas múltiples, donde se ponen en práctica los planes de contingencia frente a las distintas hipótesis de desastre estudiadas en el partido.

A esta actividad, se suman los cursos para Bomberos, para la comunidad en general, etc.

Docencia, por otro lado, no significa sólo adquisición de conocimientos teóricos y destrezas. Involucra además la necesidad de reflexión periódica sobre la tarea, para comprender en profundidad el por qué de la misma, y alcanzar la meta de “orgullo por lo que se hace”.

6) En el área CIENTÍFICA

La producción de un Servicio no se refleja sólo en indicadores asistenciales. Si la atención es organizada, las normas utilizadas, y la docencia aprovechada, la experiencia se volcará en la elaboración de protocolos y trabajos científicos y comunicaciones, y en el compromiso de los integrantes del Servicio en el dictado de conferencias, participación en ateneos de la especialidad, etc.

Todos los años se presentan trabajos desarrollados en el Servicio de Emergencias, en Congresos y Publicaciones tanto en el país como en el extranjero.

Debe continuarse el trazado de líneas de investigación y evaluación resultados, con la intención de arribar a conclusiones válidas para este y otros Servicios. Así se transforma el esfuerzo en mejores resultados para los pacientes.

7) En al área ORGANIZATIVA

Según Falk(7), ha llegado el momento en que la dirección médica de los servicios de emergencia, se ha transformado en un compromiso de tiempo completo. Esto, a partir de la comprensión de lo que involucra la organización y administración de tales servicios, abarcando la responsabilidad en la capacitación del personal, en los niveles de idoneidad del plantel médico, etc.

Es evidente la necesidad de un protagonismo permanente del Jefe de Servicio, en un ambiente con características claramente discímiles al resto de las especialidades.

Es una ventaja, que el tipo organizacional del Servicio se adecue al esquema de tres líneas: Jefatura – Médicos Internos – Asistentes. Esta estructura, que terminara con la pirámide y el “organigrama. En este punto, sólo nos restaría mejorar el intercambio y el paso de información entre los tres niveles.

A nivel de su inserción en la organización hospitalaria general, sería ideal lograr una “descentralización administrativa”. A partir de ella, los profesionales que no cumplen funciones en el **área física** de Emergencias (terapistas, neonatólogos, obstetras, obstétricas, técnicos de hemoterapia, bioquímicos), dejarían de depender administrativamente del Servicio de Emergencias, para hacerlo de sus respectivas especialidades. Se optimizaría así la homogeneización del sentido de “servicio”.

8) En INTERNACIÓN – RELACIÓN CON OTROS SERVICIOS

Según el trabajo cooperativo de Groeger(9), sobre 1706 hospitales de Estados Unidos, la mayoría de los pacientes internados en unidades de Cuidados Intensivos proviene de la Sala de Emergencias.

En el Hospital Evita, con una Terapia Intensiva polivalente (no cuenta con Unidad Coronaria, y los Cuidados Intermedios recién comienzan a ponerse en práctica), deficitaria en dotación de camas (entre 8 y 10, para una Hospital de 422), se acrecientan las necesidades de derivación de pacientes críticos una vez superada la emergencia.

Tampoco se cuenta con adecuada respuesta a la internación en Servicios clave como Clínica Médica o Cardiología, debido a la habitual falta de camas, cuyas causas deberán buscarse en el giro-cama y/o estancia media de los pacientes.

Sabido es que la proporción de enfermos verdaderamente urgentes es de alrededor de un quinto de los que consultan a un Servicio de Emergencias; y que esta demanda es equiparable al número de ingresos diarios que tiene un Hospital en la atención de pacientes de estadía corta. Si se considera que el número de enfermos que ingresan y el de los que se presentan en Urgencias es similar, y que la urgencia verdadera es hasta 20% de la consulta, “se justifica la actitud de procurar una ocupación no mayor del 80% de internaciones programadas, para que el otro 20% sea para internar casos de extrema urgencia”.

Pero solamente con la visión del Hospital como un todo, podría lograrse tal objetivo. En general, cada sector o Servicio se ve a sí mismo, perdiéndose el sentido de integración dentro de un cuerpo de tipo “biológico”. Se necesita una nueva forma de interrelación entre Servicios, que acabe con la “miopía hospitalaria”.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA

Puede decirse que la emergencia existe desde la misma aparición del hombre sobre faz de la tierra. Su contacto con el medio ambiente, otros seres vivos, y, obviamente, otros hombres, lo han hecho víctima de situaciones en las que repentinamente su salud e integridad física fueron amenazadas. Y esta situación persiste el día de hoy.

Con el progreso de la humanidad y la aparición y posterior evolución de ciencia y tecnología, el abordaje de las urgencias fue cambiando, pero no sería hasta los últimos años en que tomaría la emergencia un perfil propio como patología.

Por eso, para seguir un breve discurrir histórico de la atención intrahospitalaria ante las urgencias y emergencias, deberemos echar un vistazo a la historia de la institución hospital.

El término *“hospital”* tiene su origen en “hospicio”, albergue de pobres y menesterosos. Sobre todo en la Edad Media, eran los sitios donde los pacientes se “hospedaban”. La función principal de estos establecimientos era ayudar a “bien morir”, desprovistos de fundamentos científicos, incluso con menos intención de que los templos de Esculapio y sus prácticas de hibernación. Los objetivos de aquel momento eran la caridad y el aislamiento, y, por supuesto, la atención de urgencias y emergencias no contaba con ningún tipo de práctica programada.

En Latinoamérica, el primer hospital lo fundaría Hernán Cortés en México, durante el año de 1524, con el nombre de “Hospital de Jesús”. En Argentina, ochenta y siete años después, se fundaría el Hospital San Martín de Tours, cumpliéndose una disposición de Hernandarias de 1605 (5).

La fisonomía del hospital no cambiaría sustancialmente hasta el Siglo XIX, cuando se abre el campo de la ciencia y la tecnología con numerosos investigadores, como Pasteur y Lister entre los más prominentes. Se concibe la Sala con doble hilera de camas y la separación en “boxes”. Pero lo más importante, comienza el estudio de las causas de la enfermedad y el ensayo de posibles esquemas terapéuticos.

Para fines del Siglo XIX y comienzos del XX, el hospital se va profesionalizando, tanto en las áreas médicas como paramédicas, y se atiende solamente a la demanda espontánea.

Con el fin de llevar a cabo el seguimiento de los pacientes luego del alta, y controlar la respuesta al tratamiento, surgen los consultorios externos. Simultáneamente, va estableciéndose el concepto de la Guardia Médica, donde los pacientes pueden ser atendidos en una especie de consultorio que queda abierto las veinticuatro horas, y los cirujanos practican operaciones de urgencia.

En 1956, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definiría al hospital como: *“...una parte integrante de la organización médico social cuya función es la de proporcionar a la población atención médica completa, tanto preventiva como curativa, y cuyo servicio de consultorio externo alcanza a la familia en el hogar. El hospital es también un centro para la preparación y adiestramiento del personal que trabaja en salud y además un campo de investigación biosocial.”*

Se llega a la concepción de la atención integrada, accesible, eficaz y eficiente. El hospital trabaja con un área programática, y una de influencia, que habitualmente no se corresponde exactamente con la anterior, pero destina programas de salud a los individuos y el medio (11).

Los hospitales cambian en su concepción, organización, modos de financiamiento, llegando a las formas de descentralización y autogestión, y hasta en sus estructuras arquitectónicas, prefiriéndose nuevamente las estructuras horizontales a las verticales.

Pero en cuanto a la atención de la emergencia, persiste la antigua visión de Guardia Médica, entendida como un policonsultorio, atendido por profesionales con diferentes especialidades, dispuesto cada uno a evacuar la consulta que le corresponde.

Sin embargo, la emergencia ha cambiado en los últimos años

Como cita Asenjo, las modificaciones en el área de la atención médica son permanentes; y, en los últimos tiempos, el ritmo del cambio se ha acelerado. En este sentido, se reconoce que la atención de urgencia, tanto en la etapa pre como intrahospitalaria, viene sufriendo una “creciente y progresiva demanda social” (2).

No es casual el surgimiento universal de la Emergentología como nueva especialidad con perfil propio.

En 1985, ya señalaba Giani (8) que “los servicios de emergencia han aumentado su complejidad en lo tecnológico y estructural como consecuencia del explosivo desarrollo científico ocurrido en las últimas décadas. También se han incrementado las patologías originadas de la violencia, descontrol del tránsito, ansiedad social y otras formas de patología comunitaria”.

La medicina de urgencia, como especialidad en sí misma, es el resultado de un desarrollo histórico particular.

Por muchos años, constituyendo no más que un título abarcativo de fragmentados conocimientos pertenecientes a distintas especialidades, tuvo su equivalente pragmático en las ya referidas “**guardias médicas**”, policlínicos en los que cada especialista atendía las consultas que correspondían a su perfil profesional.

Los cambios producidos en el conocimiento médico, y el surgimiento del trauma como principal causa de muerte en las primeras décadas de la vida, con su característica de entidad propia, fueron modificando la actuación de los planteles profesionales, transformando las **guardias médicas** en **servicios o departamentos de urgencias o emergencias**, dando lugar al desarrollo de una nueva disciplina, particular y definida, la medicina de urgencia o emergentología o emergenciología, según distintos autores, buscando aproximar el lenguaje a una realidad nueva(4).

El análisis de los actuales servicios intrahospitalarios de emergencia en nuestro país, demuestran que aún se conserva el antiguo sistema de policlínico de guardia, pretendiéndose con él, hacer frente a la demanda de la emergencia con su nuevo perfil. Y todo esto, en una concepción de hospital del siglo pasado, con atisbos de una descentralización y una autogestión declamadas, pero apenas esbozadas en la práctica.

Vivimos el momento del desafío, de transformar la Guardia Médica en un Departamento de Urgencias, dentro además, de un sistema de hospital de autogestión.