

C A P I T U L O 1

HISTORIA DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA

Es sabido que, en Francia, los barberos y cirujanos seguían a las fuerzas armadas durante varios siglos (62). Enrique II, equipó el primer hospital móvil para heridos de guerra en 1550. John Pringle (1707-82) delineó el objetivo principal, de que los heridos - de cada lado de la guerra debían ser protegidos del ataque. Él era médico general del ejército del Duque de Cumberland. Los objetivos de Pringle, fueron más tarde incorporados en la CONVENCIÓN DE GENOVA. No fue sino hasta 1859, en el momento que Francia e Italia estaban en guerra con Austria, que se hizo cierto progreso, y cuando Jean Henri Dunant (1828-1910), un banquero suizo, visitó el campo de batalla de Solferino en el Norte de Italia. La visión de varios miles de soldados heridos descansando en el campo, sin ser atendidos lo estimuló a él a persuadir a los comandantes - victoriosos franceses de liberar a los cirujanos militares austriacos para permitirles el cuidado de los heridos de las tres naciones. Su libro "Un souvenir de Solferino" (1862) inició el humanitarismo internacional y dieciseis naciones firmaron la Convención de Genova en 1864, estableciendo la CRUZ ROJA, y las regulaciones para el - cuidado de los heridos durante una guerra.

Barron Larrey, introdujo las ambulancias: sus "ambulances volantes" cuando estuvo con el ejército francés del Rin en 1792. Eran ligeras, eran capaces de ir y venir del frente de batalla, permitiendo a los heridos ser evacuados rápidamente y con cierto relativo confort. Durante la guerra de Crimea, en 1857, fueron utilizadas enfermeras de ambos lados. Florence Nightingale (1820-1910) inició el tratamiento en el lado británico y Nikolai Pirogoff (1810-1881) un cirujano militar ruso, las introdujo en el lado opuesto.

Durante la guerra civil americana, aún tuvieron que pasar dos años hasta que los sistemas de ambulancias estuvieran operativos. Un tren ambulancia fue ilustrado en el semanario "Harper" del 12 de setiembre de 1863.

El tren se utilizó primero para transportar heridos en ese país. Más de seiscientos mil hombres murieron durante los cuatro años de guerra. Pocos cirujanos del ejército tenían experiencia con heridas de arma, antes de dicho conflicto. El departamento médico del ejército era conservador y los standards educativos eran bajos. Fue el Dr. William Hammond, el responsable de incrementar el departamento médico y colocar las ambulancias, equipo médico y construcción hospitalaria bajo el control del cirujano general (Departamento de estado). En 1863, la reorganización permitió a los heridos ser removidos del campo de Gettysburg después de la lucha diaria.

Robert Jackson (1750-1827) tuvo que permanecer en prisión, por su espíritu de incrementar las normas de l. servicio médico en el ejército británico. En lugar de pensionistas, se reclutó a jóvenes fuertes llamados "Cuerpo del staff médico" para transportar heridos. En 1884 finalmente se introdujo los funcionarios médicos y en 1898, la Reina Victoria otorgó la garantía Real para inaugurar el "Cuerpo Médico Real del Ejército".

Las ambulancias fueron mecanizadas en 1902, cuando la Junta Metropolitana de Londres comisionó la ambulancia a vapor, que podía llevar ocho pacientes y viajar a cinco millas por hora. La primera ambulancia con poder a combustión interna fue fabricada en 1904 y las ambulancias haladas por caballo fueron finalmente abandonadas en Londres en el año 1920.

La primera ambulancia aérea fue manufacturada en el año 1920 por la Real Fuerza Aérea Británica. Durante la Segunda Guerra Mundial, cerca de dos mil pacientes fueron transportados por aire. Tanto los grupos británicos como americanos revisaron los resultados médicos de aquel conflicto.

El énfasis en la "evacuación precoz de los heridos" fue estimulado en la guerra de Corea, y ésta tendencia continuó y las lecciones aprendidas en Viet Nam, respecto a la resuscitación precoz de las víctimas permitieron los mejores resultados registrados en cirugía militar.

En la práctica civil, hay aún demora en el tratamiento, particularmente en áreas rurales o áreas urbanas muy grandes paralizadas por su propio sistema de transporte. El incremento del terrorismo urbano representa problemas especiales. El incremento de carreteras de alta velocidad, requiere así mismo de transporte de los heridos en forma rápida y eficiente. Surgieron los escuadrones volantes en países europeos y norteamericanos, a pesar que el primer equipo móvil civil fue formado en 1898 en Moscú, y persiste hasta la fecha.

Hasta los años mil novecientos setenta, pocas ciudades en el mundo, estaban en la capacidad de proveer servicios médicos de emergencia adecuados. La mayoría consistía en un gran número de servicios de ambulancia incoordinados comercialmente competitivos y municipales que respondían a todo tipo de llamadas, incluyendo las de emergencia. Los miembros de las ambulancias ofrecían poco o ningún cuidado de salvataje de vida, y su función primaria consistía en llegar a la escena de los hechos en forma veloz, colocar a la víctima en la ambulancia, y retornar al hospital velozmente.

En muchos casos, sólo un chofer hacía el recorrido de la ambulancia. No había nadie más frente a la víctima. La ambulancia tenía poco más de una camilla, equipo de primeros auxilios, y un tanque de oxígeno.

No existía radios en las ambulancias, y sumado a todo esto, los hospitales no estaban capacitados para aceptar emergencias con riesgo inminente de vida, y a menudo, los departamentos de emergencia no tenían el personal adecuado durante la noche, y si lo tenían, éste consistía precisamente del menos entrenado en el cuidado de emergencia.

En resumen, no había pues, un buen sistema de comunicación entre los que atendían las ambulancias y el personal del departamento de emergencia. El personal de la ambulancia no tenía entrenamiento, y las ambulancias en sí eran inadecuadas en el diseño y en el equipo. El departamento de emergencia del hospital no funcionaba como debía. Todo esto, distaba mucho de lo que un Sistema de Cuidado médico de emergencia racional, debería ser. En forma trágica, algunos de los tipos de servicios, justamente descritos aún existen hoy, tanto en países ricos, y con mayor razón en países pobres. Hay ciudades en el mundo, en que los animales reciben mejor cuidado de emergencia que los propios ciudadanos.

Ya en 1959, en Rusia, existía un sistema civil, para cuidado pre hospitalario. En 1966 Frank Pantridge, en Belfast (Irlanda) introdujo las Unidades de cuidados coronarios móviles y desarrolló el concepto de los escua-

drones volantes. En Estados Unidos de América, antes de 1965, la mayoría de las ambulancias proveían sólo transporte del enfermo o del injuriado - (69). En 1967, Walter Hoyt, publicó su libro: "Cuidado de emergencia y transporte del enfermo y del injuriado", que después se convirtió en una guía en los cursos de entrenamiento para los equipos de rescate y personal de ambulancia.

En 1968, un Comité especial de Servicios Médicos de emergencia, de la Academia Nacional de Ciencias, publicó: "El entrenamiento del personal de ambulancias y otros responsables del cuidado de emergencia del enfermo y del injuriado en la escena y durante el transporte".

En 1969, se desarrolló una conferencia general patrocinada por el Comité de Trauma, y la División de Emergencia del Departamento de Salud de los Estados Unidos de América, siendo su objetivo principal desarrollar definiciones básicas del cuidado de emergencia. En el mismo año, se preparó los criterios para el diseño de ambulancias recomendando forma, color tamaño-equipos, instalaciones eléctricas, y controles ambientales.

En 1970, se inició el Programa de asistencia Militar para la seguridad y tráfico, explorando la potencialidad de utilizar helicópteros militares y personal paramédico en las emergencias médicas civiles, incluyendo accidentes de carreteras. Este programa demostró que efectivamente, los recursos militares pueden en realidad incrementar los servicios médicos de emergencia. (20).

En junio de 1971, la Asociación Médica Americana, condujo la conferencia sobre categorización de las capacidades hospitalarias en los servicios de emergencia, diseñándose guías para las capacidades de emergencia de los hospitales que ofrecen servicios médicos de emergencia completos, generales y básicos.

En 1972, el Presidente Nixon, dispuso que el Departamento de Salud, Educación y Bienestar, organice nuevos caminos en los servicios de emergencia. En el mismo año, se publicaron las normas, para un servicio de radio médico unificado para permitir intercomunicación efectiva entre todos los servicios médicos de emergencia, ofreciendo el despacho, el contacto médico u hospitalario y la telemetría biomédica. Los principales fabricantes del mercado, continuaron desarrollando equipos más sofisticados y en la actualidad se disponen de portátiles y pequeños.

Otro aspecto importante en la comunicación, la constituye los números telefónicos de emergencia utilizados en la mayoría de países del mundo. En Inglaterra utilizan el número 999, desde 1930. En Suiza, el número es 9000; en Bélgica el número es 900; en Dinamarca, es 000; en Rusia, el número es 03 y en los EE UU es 911. Estos números están al alcance de todos los ciudadanos. En nuestro país el número utilizado es el 05.

Los técnicos de emergencia deben clasificarse en tres tipos:

- 1) EMT: de las siglas en inglés: Emergency medical technician, pueden realizar trabajo de cuidado básico de emergencia en fábricas o áreas fijas.
- 2) EMT-AMBULANCE: de las siglas en inglés: Emergency medical technician-ambulance. Realizan cuidado básico de emergencia, ligado a ambulancia.
- 3) EMT-PARAMEDIC: realizan cuidado básico y avanzado de emergencia, incluyendo la administración de endovenosos y usos de drogas cardíacas y desfibriladores.

Se espera que con el tiempo, cada una de las comunidades en el mundo, reconozcan a los técnicos de emergencia como una carrera comparable al estado de bombero o policía. Es de interés anotar que el surgimiento de este tipo de personal entrenado para realizar ciertos actos a nivel de médicos calificados han sido adoptados por países ricos como algunos de los países más pobres en el mundo. Mucho se ha realizado (50), y mucho se necesita hacer hoy en día en los sistemas de emergencia más avanzados en el mundo. Los gobiernos locales deben aceptar la responsabilidad para ofrecer servicios médicos de emergencia así como lo hacen los bomberos y la policía. La amenaza más grande para el ciudadano común en su propia comunidad no es el fuego en su hogar o un criminal en la calle. La más grande amenaza es la incapacidad DE OBTENER CUIDADO MEDICO DE EMERGENCIA ADECUADO EN EL MOMENTO QUE SE NECESITE, CUANDO EL CONOCIMIENTO, LA HABILIDAD, Y LOS MINUTOS PUEDEN SALVAR VIDAS (41) (76).

Es en base a éste último concepto, que en el año 1966, en el Hospital Cook County, de la ciudad de Chicago, Illinois, EEUU, se inicia y se crea el Primer Centro de Trauma de dicho país y prácticamente en el mundo entero (31). Fue en base a la gran carga de pacientes, que el servicio de emergencia soportaba: en el año 1966 1000 visitas diarias, de las que aproximadamente 30% requerían admisión al hospital. El hospital de 2500 camas, permanecía lleno diariamente y era la responsabilidad del Interno de guardia, decidir las admisiones y los servicios a donde los pacientes deberían

ser dirigidos. Una vez admitidos, era la labor de un segundo interno, el examinar al paciente, resucitarlo, transfundirle líquidos, y sangre y tomar nuevamente la decisión de cuando buscar ayuda de personal médico - especializado. La escena repetida de pacientes que morían con ruptura - esplénica no reconocida en salas de neurocirugía, estimuló a la creación de una unidad especial equipada exclusivamente para el cuidado del trauma tizado múltiple o el paciente en shock. Una vez estabilizado el paciente, es reasignado a las salas de cuidados generales. El tener como característica tratar de evitar errores, mejorar las historias clínicas, recolectar datos y dotar de un ambiente de educación permanente, hicieron de ésta unidad un éxito completo, y creciente.

En ese mismo año, 1966, la Universidad de Maryland, que tenía una unidad dedicada exclusivamente al estudio, investigación de la fisiopatología de los cuadros de shock en el ser humano, estableció la UNIDAD DE SHOCK-TRAUMA extendiendo su programa de investigación, no sólo al shock, sino a los traumatizados múltiples y severos (23) (18).

Esta Unidad con el correr de los años, se ha convertido en un centro de gran prestigio en todo ese país. En la actualidad a pesar de ser todavía insuficientes los centros de trauma, han llenado ese vacío, que existía - con el cuidado de los pacientes agudos en riesgo inminente de vida, y han demostrado la importancia de su existencia con los cientos de vidas que - han sido salvadas, y estimulan a que todos los países sigan ese mismo ejemplo.

Paralelamente a la historia de los servicios de emergencia, no debemos olvidar ni dejar de mencionar la historia del desarrollo de las técnicas de resucitación cardiopulmonar, técnica que ha contribuido y contribuye diariamente a salvar muchas vidas en todo el planeta.

Se basó en el hecho que las causas más comunes de muerte, producían efectos que podían ser corregidos, como: obstrucción de vías aéreas, hipoventilación, apnea, pérdida de sangre, paro cardíaco, e injuria cerebral, y - que solamente después de algunos minutos, ocurría cambios irreversibles - cerebrales, pero que la aplicación inmediata de las técnicas de resucitación era capaz de prevenir dichos cambios. Los resultados clínicos son excelentes, y dependen de la perfección y uniformidad en el entrenamiento y el énfasis que se coloca a la importancia de iniciar la resucitación en el momento más temprano posible (12) (20) (74).

Cronológicamente, los hechos más importantes serían los siguientes(29):

- 1771 :Tossach, respiración boca a boca.
- 1878 :Esmarch, técnica de apartar la mandíbula.

- 1878 : Boehm, resuscitación cardíaca con torax abierto.
1899 : Kuhn, intubación endotraqueal.
1946 : Gurvitch, desfibrilación con corriente directa.
1940 : Negovsky, investigación fisiopatológica sobre la muerte y resuscitación.
1954 : Elam, prueba que la ventilación con aire exhalado de un operador era efectiva.
1958 : Safar, prueba de la superioridad ventilatoria de ventilación de aire exhalado sin equipo, sobre maniobras manuales de presión de torax.
1960 : Kouwenho, redescubrimiento y desarrollo de presión cardíaca externa.
1960 : Beck, concepto que el CORAZON ES DEMASIADO BUENO PARA MORIR
1961 : Elam, prueba de la eficacia de la enseñanza de la técnica de resuscitación al público.
1960 : Laerdale, producción de ayuda de entrenamiento en resuscitación.

En los últimos treinta años se han revisado los procedimientos, y se han concretado en nuevos sistemas, demostrándose la utilidad de la RESUSCITACION CARDIOPULMONAR como técnica. Es posible salvar miles de vidas, si un número suficiente de individuos puede ser apropiadamente entrenado.

En nuestro país, la historia de la medicina de emergencia, está íntimamente ligada a la historia de la ASISTENCIA PUBLICA DE LIMA, - Institución que fue creada para "atender a los accidentes que ocurrían en las calles y para control de prostitutas" en 1912 en la calle Espíritu Santo del Jirón Puno. En el año 1921, pasó a la calle San Marcelo, y recién allí se inició el sistema de guardias nocturnas realizándose pequeña cirugía y medicina de urgencia. En el año 1930, pasó a la calle Washington, y en el año 1945 pasó a la calle Grau, donde funcionó hasta hace pocos años, y finalmente se trasladó a la localidad de San Antonio, del distrito de Miraflores convirtiéndose en lo que es hoy el Hospital Casimiro Ulloa de Emergencias.

El primer Director Médico de la Asistencia Pública, fue el Dr Ricardo Palma, seguido por los Dres. José Velez Diez Canseco, y Mauricio Dávila. En 1953, el Dr. Delgado Cornejo toma la dirección de la citada Institución.

Este fue el tiempo de verdadera organización y el asentamiento de las bases de lo que es la atención de las emergencias médico-quirúrgicas. El principio en que se basó el DR. Delgado Cornejo, fue el atender al paciente "tal y como desearía que lo atendieran a él". A pesar de todas las dificultades, la Asistencia Pública de Lima, ganó prestigio en forma progresiva, de manera tal que no existía estado de emergencia en Lima que no buscara la Asistencia Pública para su traslado. Y así, ésta Institución ofrecía sus servicios silenciosamente y en forma efectiva. En el año 1958 se inicia la docencia en dicha Institución, por convenio con la Universidad de San Marcos, constituyéndose la fuente "más rica" de experiencia para todo alumno del último año de estudios de medicina. Llegó un momento en Lima, en que no existía médico graduado que no hubiera enriquecido su experiencia haciendo guardias en la Asistencia Pública. (*)

En virtud del ejemplo de la Asistencia Pública, la mayoría de los hospitales generales de Lima, iniciaron la organización de sus servicios de emergencia con el incremento progresivo del número de médicos de guardia y la calidad de la atención.

En 1958, se inauguró el Hospital EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, que en la actualidad tiene capacidad para 1333 camas, y cumple una función asistencial, permanente a una comunidad que se incrementa diariamente y que con su servicio de emergencia, en la actualidad, atiende mayor número de pacientes que cualquier otro hospital de Lima metropolitana.

El Hospital E.Rebagliati Martins, funciona en el Sistema de la Seguridad Social Obligatoria que fue creado en nuestro país el 12 de agosto de 1936 a nivel obrero, y en 1947 extendido a nivel empleado público y particular.

(*) Comunicación personal del Dr. Luis Delgado Cornejo.

C A P I T U L O 2

M A T E R I A L

Se ha utilizado en la realización del presente trabajo, los cuadros estadísticos relacionados al movimiento de pacientes y el trabajo - médico diario, obtenidos por el autor, quien es médico de planta - del servicio de emergencia del Hospital Edgardo Rebagliati Martins desde el año 1980. Así mismo, se utilizó el Manual de Normas y Pro_{cedimientos} del Servicio de Emergencia, y el Manual de Organización y funciones del mismo.

La experiencia obtenida en el Hospital Washington Hospital Center - de la ciudad de Washington, EEUU, a donde el autor concurreó invitado para un entrenamiento en sistemas de emergencia por el período comprendido entre el 01 de marzo al 31 de mayo de 1983, constituye también parte del material empleado en éste trabajo.

Se ha realizado una recopilación bibliográfica extensa relacionada con el tema, que se encuentra incluida en la discusión del presente trabajo.

C A P I T U L O 3

M E T O D O S

- 3.1. OBSERVACION.
- 3.2. SISTEMATIZACION.
- 3.3. SE ha realizado el estudio de los hospitales Edgardo Rebagliati Martins, y el Washington Hospital Center siguiendo - el esquema de la "GUIA DE ESTUDIO Y EVALUACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PERU" publicado por la Oficina Sectorial de Planificación, y Oficina de Normas técnicas de salud del Ministerio de Salud del Perú, en el año 1971.

C A P I T U L O 4

R E S U L T A D O S

En éste capítulo, realizamos una exposición breve del tipo funcional del servicio de Emergencia, del Hospital E. Rebagliati M., objetivo de nuestro trabajo y, a continuación la descripción de los hospitales E Rebagliati y Washington Center, de acuerdo a los parámetros de la Guía de Estudio y Evaluación de los Servicios de Salud del Ministerio de Salud del Perú.

4.1. CONSIDERACIONES GENERALES

El Hospital E.Rebagliati Martins, ofrece a la comunidad un Servicio de Emergencia, que el año 1982 atendió a una demanda de 179,170 pacientes, con un promedio diario de 490 pacientes, distribuidos en la siguiente forma: 53% pertenecían a la especialidad de Medicina Interna, 19% a la especialidad de Ginecobstetricia, 15% a la especialidad de Ortopedia, 9.4% a la especialidad de Cirugía General y 2.6% a la especialidad de Odontología.

Se encuentra ubicado en el lado este del hospital, y su entrada (ANEXO I) desde el exterior es mediante un corredor extenso.

Una vez que el paciente llega al mostrador central, es recibido por un profesional médico, quién hace la calificación de la situación de emergencia, por los datos que el paciente expone, y sin examinarlo. Es éste profesional, quién toma dos tipos de decisiones: 1) Negar la atención del paciente, por considerar que su situación no llena los criterios de la definición de emergencia, ó 2) aceptar su atención, para lo cual, el paciente es registrado, y admitido a la sala de espera de la especialidad correspondiente: Medicina Interna, Cirugía, Ortopedia, Ginecobstetricia, Pediatría, Odontología.

Luego de la espera correspondiente, el paciente es atendido en los -

picos o consultorios de cada especialidad, de acuerdo al número u orden de llegada. Este número no se respeta cuando, en opinión de la enfermera a cargo del consultorio, existe un paciente con cuadro más agudo que requiere atención inmediata, ó cuando un paciente es trasladado en camilla a la emergencia, tenga o no, cuadro agudo. Otra razón existente en la actualidad para no respetar el número de llegadas es el familiar del trabajador del hospital, quienes reclaman para el paciente privilegios de atención más rápida, no por la razón de su cuadro de emergencia, en sí, sino más bien por la razón de la familiaridad o relación con trabajadores o autoridades. En nuestros días, éste tipo de recomendaciones es una rutina, y se presentan en horas de más afluencia de pacientes, y cambios de turno de personal de enfermería, es decir en momentos en que la calidad del servicio tiene su punto más débil. La mayoría de los pacientes "recomendados" no son pacientes portadores de emergencia, sin embargo su atención ha sido en la práctica "exigida" por las razones antes mencionadas.

Una vez atendido el paciente, luego del exámen médico correspondiente se determina las siguientes posibilidades:

- 1.- Alta con medicación sin descanso médico.
- 2.- Alta con medicación con descanso médico.
- 3.- Admisión a sala de observación, por presentar cuadro agudo.
- 4.- Espera ambulatoriamente para considerar la posibilidad de admisión a sala de observación.
- 5.- Espera ambulatoriamente para exámenes de laboratorio y posterior toma de decisión.

Los pacientes comprendidos en los puntos 3 a 5 tienen un tiempo de espera no menor de una hora.

No existe un área especial para recepción y tratamiento inmediato de pacientes en estado de SHOCK o TRAUMA múltiple, así como tampoco existe un área especial para recepción de pacientes masivos por desastres de cualquier magnitud. La gran afluencia de pacientes, y familiares incluso en la sala de espera de los propios pacientes, producen un efecto de presión psicológica constante tanto al personal médico como al paramédico agravado más aún, por la llegada de pacientes graves en

cualquier momento, al mismo lugar de atención de los pacientes no agudos así como agravado también, por la presencia de personal del propio hospital para hacer sus "recomendaciones" provocando de ésta manera una presión desde el mismo interior de la emergencia, que sumada a la presión externa descrita anteriormente, provoca situaciones de verdadero agobio psicológico y físico en todo el personal, siendo el paciente agudo, portador de una verdadera emergencia el único perjudicado.

El personal médico de la emergencia cumple funciones dentro del área y en los pisos de hospitalización cuando es llamado, así como en las salidas de ambulancia. No existe personal específico para los pisos de hospitalización después de las 14hs, fuera del personal de enfermería, y son los médicos de guardia, los encargados de cubrir los pisos de hospitalización cuando se presenta alguna emergencia. Así mismo son ellos, los encargados de cubrir las salidas de ambulancia, que se deciden pre via aceptación por el médico encargado de la calificación.

De un total de cuatro ambulancias, en la actualidad, tres de ellas se encuentran operativas, y son conducidas por choferes, cuya máxima calificación es apenas la de poseer una licencia de conducir, así como por camilleros con calificaciones superiores apenas no mayores de la escuela primaria. Llama la atención que el trabajo principal de las ambulancias sea el traslado de enfermos del hospital a su domicilio, o del hospital a centros privados para exámenes auxiliares especiales, cumpliendo funciones tipo asistencia social, más que ambulancia propiamente dicho.

Las ambulancias de la Seguridad Social, son independientes, incluso entre hospital y hospital, dentro de la misma ciudad. No poseen equipo de radio, ni similares de comunicación, entre la ambulancia y el hospital. La coordinación se realiza a través de la enfermera jefe de emergencia, que bastante agobiada se encuentra ya, con todas las responsabilidades que tiene que cumplir como coordinación del teléfono de la emergencia, coordinación de la admisión de pacientes a sala de observación y a piso, registro de asegurados para atención, coordinación de sala de operaciones, etc, etc.

No existe en el Hospital E Rebagliati M, la unidad de envenenamientos e Intoxicaciones, así como no existe la Unidad de pacientes en SHOCK o Trauma múltiple. No existe en nuestro país un SISTEMA DE EMERGENCIA, ni nacional, ni metropolitano al que el Instituto Peruano de Seguridad Social, y el Hospital E Rebagliati pueda adherirse.

La comunidad a la que el Hospital E. Rebagliati M. sirve, es la comunidad asegurada, es decir registrada en el Instituto Peruano de Seguridad Social, y se ofrece previa acreditación de derechos vigentes, ó el pago de la tarifa acordada. Los pacientes agudos, están exceptuados del pago como requisito previo a la atención (56).

4.2. HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS

A continuación se realiza el estudio descriptivo del Servicio de Emergencia del Hospital E.Rebagliati Martins, y a fin de sistematizar el trabajo, hemos utilizado la GUIA DE ESTUDIO Y EVALUACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD, del Perú, publicada por la Oficina sectorial de planificación del Ministerio de Salud, en 1971. De acuerdo a ella tenemos los siguientes datos:

4.2.1.LOCAL : Plano, ANEXO I

UBICACION:

El Servicio de Emergencia constituye una Unidad arquitectónica construido exprofeso. Se encuentra localizada en el lado este del hospital, adyacente a los consultorios externos, al servicio de radiodiagnóstico y Laboratorio.

Cuenta con los siguientes ambientes:

- Estación de enfermeras
- Admisión.
- Hall de espera.
- Tópico de Cirugia.
- Tópico de Medicina
- Sala de observación.
- Sala de aislados.
- Farmacia.
- Obstetricia.
- Sala de observación de Obstetricia.
- Traumatología

- Area operatoria.
- Baños Públicos.
- Teléfonos públicos.
- Estacionamiento de ambulancias.
- Descargo de ambulancias.

ACCESO Y CIRCULACION

La entrada desde el exterior al servicio de Emergencia es mediante un corredor extenso de aproximadamente 150 metros de longitud, con facilidad de pista asfaltada y una vereda para peatones. Las ambulancias, ó vehículos que transportan pacientes, tienen que virar completamente para dejarlos o para salir del área. No existe helipuerto en la cercanía, y más bien éste se encuentra en el jardín central del hospital, cerca a la entrada principal sin comunicación directa con el área de emergencia.

La puerta de entrada propiamente al servicio de emergencia es suficientemente amplia para la entrada de camillas y así lo son los pasillos interiores. Permite por tanto una buena circulación interna y externa.

ILUMINACION Y VENTILACION

Existe iluminación natural y artificial adecuada a la entrada del servicio de emergencia. Buena iluminación artificial en los pasadizos, y en el área de admisión. Mala o deficiente iluminación en la sala de observación. La temperatura en todo el servicio es inadecuada en el verano, y adecuada en los meses de invierno.

CONSERVACION

Las paredes, pisos, techos, tienen una integridad que se puede calificar como buena. El funcionamiento de puertas y ventanas es así mismo calificable como bueno.

4.2.2. EQUIPO, MOBILIARIO, E INSTALACIONES

INSTALACIONES: ANEXO II

EQUIPO :

Grupo I : Muebles fijos, y empotrados, estantes, roperos, reposteros.

GRUPO II : Equipo pesado, equipo de lavado de chatas, por sistema de regado de agua fría y caliente. Servicios higiénicos y lavaderos en número adecuado. Intercomunicadores, equipos propios en sala de operaciones.

GRUPO III : Equipo médico para las atenciones médico quirúrgicos, obstétricos, traumatológicos, y pediátricos.

GRUPO IV : Equipo de escritorios, mobiliario de escritorio, lencería.

AMBULANCIAS:

El Hospital E.Rebagliati Martins, cuenta con tres ambulancias operativas del tipo camioneta, modelo del año 1975. Sus ambulancias están parcialmente equipadas, y el mantenimiento es pobre.

4.2.3. PERSONAL

MEDICO

Cumplen turnos de 12 horas. Se subdividen en médicos de piso, que rotan por emergencia, de especialidades siguientes: Medicina Interna, Cirugía, Traumatología, Ginecología, Obstetricia. Cuenta también con médicos de especialidades no estacionadas en emergencia, listos a su llamado (Cardiología, Nefrología, Urología, Neurología, Neurocirugía, Cirugía de Torax y Cardiovascular, Cuidados Intensivos, Anestesiología) y médicos propios o de planta de emergencia.

La jefatura de emergencia de la guardia corresponde al especialista en medicina interna de más antigüedad y la subjefatura corresponde al cirujano de más antigüedad.

En cada equipo, se encuentran personal médico en entrenamiento ó médicos residentes e Internos, que rotan por el servicio de emergencia, según rol del Departamento de Capacitación.

ENFERMEROS Y AUXILIARES:

Cuenta con personal propio al servicio de emergencia. Existe cinco grupos de ocho enfermeras y tres auxiliares, que rotan mediante la modalidad de turnos de 6 horas y de 12 horas. Así mismo el área operatoria cuenta con personal de enfermería propio. El consultorio de traumatología, por excepción cuenta con dos auxiliares en el turno de mañana y tarde respectivamente.

4.2.4. ORGANIZACION:

Existe un reglamento de organización y funciones, siendo la última revisión en noviembre de 1982 (56).

Es conocido por los niveles adecuados, y el personal que trabaja en el servicio de emergencia, siendo cumplido en su totalidad. Existe también los cuadros correspondientes al organigrama estructural y las líneas de autoridad (ANEXO III)

4.2.5. LINEAS DE AUTORIDAD

Existe un Jefe de servicio de emergencia, que depende del departamento de Medicina Preventiva y Atención Ambulatoria de la División de Servicios Médicos Finales, del Subdirector Médico y finalmente del Director del Hospital. Están bajo la dependencia de éste: El Jefe de guardia, el Subjefe de guardia, el médico de servicio, y los médicos asistentes, y finalmente los médicos Residentes e Internos. (ANEXO III)

4.2.6. FUNCIONAMIENTO

HORARIO : 24 horas al día, siete días a la semana.

ROL DE GUARDIAS:

Existe un rol de guardia diario, elaborado para todo el personal que labora en emergencia, que es confeccionado por el Departamento al cual pertenece el personal involucrado. (ANEXO IV).

TARIFAS

La comunidad a la que el Hospital E. Rebagliati Martins, sirve es la comunidad asegurada del Instituto Peruano de Seguridad Social, cuyos miembros acreditan su derecho, presentando su tarjeta de actividad y su carnet de asegurado. Existe sin embargo, tarifas para los pacientes no asegurados portadores de una emergencia.

ADMISION AL PACIENTE:

Previo calificación por un médico, que el paciente es portador de una emergencia, éste pasa al consultorio respectivo para su atención. Si el caso es agudo, o requiere observación u hospitalización, se confecciona una historia clínica, cuyo único formato es una hoja en blanco. Esta historia es generalmente supervisada por médicos residentes de años superiores ó

por el médico asistente. En forma paralela, para los pacientes antiguos, se solicita al archivo general, sea cual fuere la hora, la historia clínica anterior para correlacionar datos clínicos. Si el paciente es hospitalizado en piso, éste sube con su historia de emergencia y su historia anterior ya solicitada. Si el paciente no fuera hospitalizado y más bien fuera dado de alta, la historia clínica de emergencia, se archiva en su historia anterior. Este procedimiento se realiza al día siguiente.

COORDINACION CON OTROS SERVICIOS:

Existe una mala coordinación con consultorios externos, ya que al indicarle al paciente que debe ser evolucionado al día siguiente en consultorios externos, la cita de aquél la tiene - solicitar el propio paciente, luego de "largas colas" y "mucha suerte", siempre y cuando acuda antes de las 06.00 am, de manera tal que es virtualmente imposible que el paciente que tiene indicación de asistir a consultorio externo de cualquier especialidad, pueda al día siguiente lograr éste objetivo.

La coordinación con hospitalización, contabilidad, centro quirúrgico, centro obstétrico, farmacia central, es medianamente adecuada y, en algo tiene que ver la inadecuada comunicación a través de los teléfonos internos del hospital, ya que existen horas muy congestionadas en las que es imposible lograr comunicación.

SERVICIOS DE AYUDA DIAGNOSTICA Y TRATAMIENTO

Existe en el hospital facilidades para ayuda diagnóstica de laboratorio en los exámenes considerados como "urgentes", Rayos X Banco de sangre. Estas facilidades se pueden considerar como - buenas, remarcándose quizás la falta de métodos modernos como tomógrafos axiales computarizados, gamagrafías, ecosonografías.

SUMINISTRO DE ANESTESIA

Existe un área operatoria propia del servicio de Emergencia, - con maquinaria para suministro de anestesia, completa.

MOVIMIENTOS DE PACIENTES

Se establecen en los cuadros estadísticos que se presentan, y que han sido elaborados en su totalidad por el autor en los años 1981, y 1982. ANEXO V.

ALIMENTACION EN EL SERVICIO

Los pacientes que permanecen en la sala de observación, se les provee de alimentación de acuerdo a la dieta prescrita por los médicos. El promedio de raciones que se distribuye diariamente es de 90.

AUTORIZACION PARA INTERVENCIONES QUIRURGICAS

Se requiere autorización para intervención quirúrgica en las - intervenciones de emergencia sin riesgo inmediato de vida. En aquellas con riesgo inmediato o muy urgentes, se actúa de acuerdo al criterio médico. Las intervenciones quirúrgicas - son ordenadas por el Cirujano Asistente, autorizado por el Cirujano Jefe (Subjefe de guardia).

FALLECIMIENTOS

Todos los fallecimientos en el servicio, son constatados por - los médicos asistentes correspondientes, y si se encuentran en el servicio por más de 48 horas, o son pacientes antiguos del hospital con diagnóstico definitivo, en los últimos tres meses sin sospechas de lesiones por mano propia o ajena, se le otorga el certificado de defunción. De lo contrario se le envía a la morgue central.

INFORMES A LA PRENSA

La política establecida en relación a los informes a la prensa es que éstos sólo pueden ser emitidos por el Director del Hospital o por el Jefe de guardia en ausencia de éste.

COLABORACION POLICIAL

Un miembro de la policia se encuentra designado al servicio de emergencia en forma permanente. Los miembros médicos del personal de guardia prestan todo tipo de colaboración.

SUEROS Y VACUNAS

Existe una farmacia en emergencia que funciona las 24 horas del día que debe tener todos los productos de urgencia necesarios. Existe dotación de sueros (antiofídicos, antiloxocélicos) así - como productos similares de emergencia.

CUSTODIA DE VALORES Y OBJETOS DE TRAMITE MEDICO LEGAL

A todo paciente admitido a la sala de observación, se le realiza un inventario de ropa, dinero, y objetos de valor y, de ser posible se le entrega con cargo al familiar o personas que lo acompañan. De lo contrario se lo lleva a custodia, cuya responsabilidad está a cargo del departamento de enfermería.

CONDICIONES DE INGRESO

Tanto la historia médica como en la hoja de enfermería se anota lo más exactamente posible, las condiciones de ingreso del paciente cuanto se refiere a vestimenta y estado clínico.

UNIDAD EN EMERGENCIA

El Servicio de Emergencia del Hospital E. Rebagliati M., se encuentra totalmente individualizado en un área especialmente designada del hospital.

INFORMES

Se emiten informes relacionados a estados clínicos del paciente en forma general por la enfermera, y en forma detallada por los médicos asistentes o jefe de guardia, tantas veces como sea necesario.

TIPOS DE URGENCIA

En forma general, se encuentran delimitadas las urgencias de acuerdo a especialidades: Emergencias Médicas, Quirúrgicas, ortopédicas, ginecobstétricas, dentales. La relación detallada por daños, o condiciones no se encuentra disponible.

SUPERVISION Y ASESORIA

El Servicio de emergencia tiene un Jefe Propio a dedicación exclusiva y jefes de guardia en turnos rotativos, de manera que existe supervisión constante así como reuniones periódicas para evaluar problemas suscitados durante su funcionamiento. Cada jefe de guardia emite un informe relacionado en su guardia - al jefe del servicio, quién a la vez lo emite a la Dirección y niveles jefaturales del Hospital.

PROBLEMAS

El Servicio de Emergencia del Hospital E. Rebagliati M., presenta una serie de problemas, que hemos podido observar en las actividades propias del servicio, y que serán comentados en el capítulo 5. Entre ellos mencionaremos los siguientes:

- 1.- El Servicio de Emergencia brinda la atención de emergencia de acuerdo a la definición de la ley 19609 (26), por la que sólo se aceptan casos en riesgo inmediato de vida. El resto de pacientes que no se encuentre en ésta condición debe ser enviado a consultorios externos.
- 2.- No clasifica a los pacientes en las tres categorías tradicionales en otros países como son: pacientes en condición AGUDA, pacientes en condición de SHOCK-TRAUMA, y pacientes en condición NO AGUDA.
- 3.- Califica la condición o realiza la "discriminación" del paciente, en una ventanilla, antes de su atención en los consultorios designados.
- 4.- No existe la enfermera que debe realizar el triaje.
- 5.- No existe la clave de alerta para casos de shock-trauma, paro cardiorespiratorio, o desastre masivo.
- 6.- No cuenta con sala de oído, nariz o garganta, con sala de estar para médicos, con sala de prensa y policía, ni con la Unidad de Intoxicaciones.
- 7.- El área de entrada de ambulancias no cuenta con una salida para ellas, sino que éstas deben virar completamente y salir por el mismo lugar donde ha entrado.
- 8.- No se cumplen las normas internacionales para el uso de la sala de observación.
- 9.- A pesar de los letreros de ZONARIGIDA, se ve frecuentemente el paso de familiares, amigos o personal propio del hospital, al área de emergencia. En la mayoría de veces, esto es propiciado por personal propio del hospital, que no pertenecen al área de emergencia, o autorizados por las autoridades del Hospital.
- 10.- No existe un sistema de informe periódico a familiares, ya

que éste se hace en cualquier momento, y en forma sucinta muchas veces en los pasillos del servicio.

- 11.- No existe cursos periódicos de reanimación cardiopulmonar-básica y avanzada, por no contar con recursos de entrena - miento en ésta particular área (manikies, equipos especiali zados).
- 12.- Las historias clínicas se confeccionan en formatos en blan co.
- 13.- No existe un Sistema de servicio Pre Hospitalario (ambulan cias) desarrollado.
- 14.- No existe un plan de desastre.
- 15.- No se utiliza los recursos de Relaciones Públicas para la enseñanza al público sobre el uso y el abuso del servicio de emergencia.
- 16.- No se realiza autoevaluaciones anuales.
- 17.- No existe carritos de paro o de resuscitación cardiopulmo nar en el servicio de emergencia.
- 18.- No existe la especialidad en Medicina de Emergencia, como - en las principales ciudades del mundo.

4.3. WASHINGTON HOSPITAL CENTER:

A continuación, realizamos el análisis descriptivo de acuerdo a las pautas de la Guía de Estudios y Evaluación de Servicios de Salud , 1971, con el fin de realizar una comparación con el modelo actual del Hospital E. Rebagliati Martins, bajo los mismo parámetros.

El Washington Hospital Center, es un hospital de 1000 camas, localiza- do en la capital de los EEUU, privado, sin fines de lucro, asociado a la Universidad George Washington, y designado el centro de tratamiento de todo traumatizado múltiple severo en el área. Atiende un promedio de 40,000 emergencias al año (90).

4.3.1. LOCAL ANEXO VI

UBICACION

El Servicio de emergencia, se encuentra ubicado en el primer piso en el lado oeste del hospital, de fácil acceso desde el exterior, adyacente a consultorios externos, a Radiología y a Laboratorio.

Cuenta con los siguientes ambientes:

- Estación de enfermera de triaje.
- Admisión.
- Hall de espera de pacientes NO AGUDOS
- Area de AGUDOS
- Area de Ortopedia y Yesos.
- Area de Oído, Nariz, Garganta.
- Area de Envenenamientos.
- Area de Ginecología.
- Area de Sala de Observación.
- Sala de espera de familiares.
- Sala de estar.
- Sala de Seguridad
- Baños y Teléfonos
- Espacio para sillas y camillas.
- Area de Shock-Trauma, aparte completamente del Servicio de Emergencia, constituyendo un SERVICIO PROPIO, con las siguientes áreas:
 - Areas de atención de pacientes o "bahías de atención", en número de seis.
 - Area de revelado de Rayos X.
 - Area operatoria inmediatamente adyacente.
 - Area de enfermería y admisión.
 - Area de comunicaciones.
 - Sala de estar para miembros de ambulancia y helicópteros
 - Sala de estar para médicos.
 - Area de discusión de casos clínicos con negatoscopios.

ACCESO Y CIRCULACION

La entrada al servicio de emergencia, se realiza directamente desde el exterior, siendo su entrada techada, para protección contra las inclemencias del tiempo, pudiendo el paciente ser directamen-

te desembarcado desde la ambulancia, o ingresar si viene caminando, ó si es llevado en silla de ruedas. La entrada es amplia, con puertas automáticas, y lleva directamente al área de triaje donde es esperado por una enfermera que clasifica al paciente en AGUDO y NO AGUDO, y directamente es enviado al área correspondiente. Las ambulancias o vehículos que transportan pacientes, no requieren de virar, sino que continúan hacia adelante, y pueden retirarse en forma inmediata del área, sin perjudicar a otros vehículos. Los pasillos interiores son suficientemente amplios.

ILUMINACION Y VENTILACION

Completamente adecuada. La iluminación es tal que tanto de día como de noche, permanece igual. La ventilación se realiza con equipo especial de aire acondicionado.

CONSERVACION

El estado de conservación es adecuado. El hospital ha cumplido 25 años, de funcionamiento con pocas mejoras de tipo ingeniería, salvo las construcciones nuevas fuera del hospital, y las torres de Cuidados Intensivos y la Unidad de Shock-Trauma. Tiene protección especial contra ataque nuclear, y cumple todas las normas internacionales para seguridad hospitalaria. Las puertas principales son de tipo automático, calificables como óptimas, así como las puertas interiores y ventanas.

4.3.2. EQUIPO,MOBILIARIO,INSTALACIONES. ANEXO VII

AMBULANCIAS

El Washington Hospital Center, está en coordinación permanente con el Sistema Metropolitano de ambulancias, y emergencias, que a su vez coordina con el Sistema Estatal y con el Sistema Nacional de Emergencias de manera tal, que utiliza las ambulancias de éstos sistemas. semiprivados, completos, los que están en regulación y supervisión por el Ministerio de Salud y el de Transportes para su adecuada utilización. Así mismo el Servicio de Shock-Trauma utiliza helicópteros que le pertenecen para la mejor y eficiente movilización de sus pacientes.

4.3.3. PERSONAL

MEDICOS

El Servicio de Emergencia propiamente dicho, cuenta con seis médicos especialistas en medicina de emergencia, que son los jefes de guardia, en turnos de 12 horas continuas. Todo lo que acontezca en dicho período es de su responsabilidad. Cuenta así mismo con personal médico en entrenamiento de las especialidades de Cirugía, y Medicina Interna principalmente. Tienen a su disposición, según rol, especialistas estacionados en el hospital, que acuden al llamado y especialistas de retén en casa, que acuden al llamado en un máximo de 30 minutos.

El Servicio de Shock-Trauma, adyacente al servicio de emergencia cuenta con médicos especialistas en cirugía de trauma, que son los jefes de turno, ayudados por un equipo de médicos residentes de cirugía en número de 4 o 5 que realizan guardias de 24hs.

Cuenta con especialistas estacionados en el hospital que acuden al llamado y con especialistas de retén en casa que deben acudir en un máximo de 30 minutos.

Tanto el servicio de Emergencia como el Servicio de Shock-Trauma, cuenta con un Jefe de Servicio especialista.

ENFERMERAS Y AUXILIARES

Cuenta con personal propio tanto el Servicio de Emergencia, como el Servicio de Shock-Trauma. Cumplen turnos de 8 horas diarias de trabajo con desarrollo dinámico de programas de entrenamiento en forma permanente.

4.3.4. ORGANIZACION

De acuerdo a reglamentos de organización y funciones, y sobre todo de acuerdo a "protocolos" de procedimientos y tratamientos, de revisión anual.

4.3.5. LINEAS DE AUTORIDAD

El Servicio de Emergencia tiene un Jefe de Guardia, que depende directamente del Jefe de Servicio, y él da cuenta a la Administración General del Hospital. El Servicio de Shock-Trauma depende del Jefe de Departamento de Cirugía, que a su vez da cuenta a la Administración General del Hospital.

Cada uno de los Jefes de guardia, tanto del servicio de emergencia como del de shock-trauma, tiene bajo su dependencia, al per-

sonal de médicos residentes, internos, médicos especialistas en consulta, enfermeras y auxiliares.

Es de interés anotar que éstas líneas de autoridad se cumplen en forma disciplinada en forma casi militar, garantía permanente de su EXITO.

4.3.6. FUNCIONAMIENTO

HORARIO : 24 hs al día, siete días a la semana.

ROL DE GUARDIAS:

Existe diariamente, donde se encuentra asignado por escrito cada uno de los miembros de la guardia. Este rol es elaborado mensualmente y publicado con anticipación.

TARIFAS

De acuerdo a normas federales para todos los hospitales según categorías.

ADMISION DEL PACIENTE

Prevía clasificación de la condición del paciente, éste pasa a los consultorios respectivos para su atención, ó espera un turno si su condición lo permite. Una vez atendido, se confecciona una historia clínica de emergencia, y se realiza un plan de trabajo. Cumplido el plan de trabajo se decide su alta, su admisión a piso, su admisión a cuidados intensivos, o su admisión, si la condición es aguda temporal, a la sala de observación.

Las historias clínicas son colocadas en la memoria de la computadora central y son archivadas en áreas adecuadas el mismo día del alta.

COORDINACION CON OTROS SERVICIOS

Existe una excelente coordinación con consultorios externos para citar por ejemplo a los pacientes en fechas, que el médico considere conveniente. Las esperas no son largas, y el resumen o su historia clínica completa esperan al médico antes de examinar a su paciente.

La coordinación con hospitalización, contabilidad, centro quirúrgico, centro obstétrico, unidades de cuidados intensivos, farmacia central, es excelente, y se realiza mediante moderna comunicación que funciona con eficacia.

SERVICIOS DE AYUDA DIAGNOSTICA Y TRATAMIENTO

Existen servicios de ayuda diagnóstica clásicos como laboratorio, Rayos X, Banco de sangre, que funcionan adecuadamente. Existen también métodos modernos y sofisticados de ayuda diagnóstica como gamagrafías, tomografías axiales computarizadas, al servicio del hospital las 24 horas del día.

SUMINISTRO DE ANESTESIA

Existe un área operatoria del servicio de shock-trauma para alta emergencia. De lo contrario se utiliza el área operatoria-general del hospital, que funciona las 24 horas del día. Maquinaria y equipo moderno de suministro de anestesia en número adecuado y de funcionamiento eficiente.

MOVIMIENTOS DE PACIENTES

El Servicio de Emergencia admite 40,000 pacientes al año, promedio. El Servicio de Shock-Trauma admite aproximadamente 340 pacientes al año. No disponemos de cuadros estadísticos detallados de dicho hospital, por no haber tenido acceso a ellos.

ALIMENTACION EN EL SERVICIO

Se provee de alimentación a los pacientes que permanecen en sala de observación y sólo cuando su médico así lo indique.

AUTORIZACION PARA INTERVENCIONES QUIRURGICAS

Todas las intervenciones por menores que sean, requieren de la firma de autorización. Existe regulaciones para aquellos casos que la emergencia así lo requiera, y en los que el paciente no pueda firmar por su condición de agudo.

FALLECIMIENTOS

Todos los pacientes fallecidos al llegar, se les notifica al médico legista autorizado para la autopsia de ley. Los constatados en el servicio, luego de un período de tratamiento, se les proporciona la certificación correspondiente.

INFORMES A LA PRENSA

Se realiza por el médico encargado, cuando se trata de accidentes ó por autoridades mayores del hospital, cuando se trata de asuntos concernientes a un área específica.

COLABORACION POLICIAL

Los miembros médicos del personal de emergencia, prestan todo tipo de colaboración con el servicio de policia metropolitano.

SUEROS Y VACUNAS

Existe una farmacia de emergencia, para medicación de emergencia que funciona las 24 hs del día. Todo producto de urgencia necesario se encuentra en ella. Así mismo funciona un CENTRO DE INTOXICACIONES con capacidad para proveer cuidado urgente de pacientes intoxicados o envenenados con sustancias extrañas.

CUSTODIA DE VALORES U OBJETOS DE TRAMITE MEDICO LEGAL

Toda vestimenta o valor u objeto importante, es colocado en una bolsa plástica, que luego se realiza un informe de lo hallado y entregado al familiar más cercano o a la policía, según sea el caso.

CONDICIONES DE INGRESO

En la hoja clínica que es llenado por el médico, en los informes de evolución que son llenados por los médicos asistentes, ó en la historia clínica llenadas por la enfermera, se anotan indistintamente y en forma más exacta posible todos los datos relacionados con el paciente.

UNIDAD EN EMERGENCIA

El Servicio de Emergencia se encuentra totalmente individualizado en un área especialmente designada dentro del hospital, pudiendo cumplir todos sus fines.

INFORMES

El médico asistente, que trata al paciente, tiene la obligación de acercarse a los familiares y emitir un informe lo más exacto posible de las condiciones reales del paciente, y contestar todas las preguntas con la cortesía del caso.

TIPOS DE URGENCIA

Todo el detalle de los diagnósticos de pacientes que arri van al servicio de emergencia o al de shock-trauma, se encuentra en la memoria de la computadora central, y los datos a disponibilidad permanente.

SUPERVISION Y ASESORIA

El servicio de emergencia cuenta con un Jefe de Servicio, médico especialista en medicina de emergencia, y jefes de guardia en turno rotativo . El Servicio de Shock-Trauma, cuenta con cirujanos especialistas en Trauma, como jefes de la guardia, y con un Jefe de Servicio. Existen reuniones periódicas de autoevaluación y autocrítica, para corrección de defectos en beneficio del paciente y ejercicios periódicos de entrenamiento para emergencias-masivas o individuales.

PROBLEMAS

El Servicio de Emergencia del Hospital Washington Hospital Center funciona adecuadamente. Su funcionamiento es tópicamente de revisión anual, donde todos los problemas y cuestionamientos son consultados, evaluados, y se dispone su solución inmediata. En la actualidad, salvo la espera de los pacientes no agudos, de más de 10 minutos no existe problema mayor.