C A P I T U L O 5

D I S C U S I O N

En éste capítulo vamos a tratar de llegar a la confección de un modelo de Servicio de Emergencia adecuado a nuestra realidad, tomando los aspectos positivos que presentan la organización y funcionamiento del Hospital E. Rebagliati M., y el Washington Hospital Center, a los que me permito agregar los conceptos personales emanados de la experiencia y de los progresos tecnológicos y científicos que se han operado en ésta área, y que han sido captados a través de una amplia investigación bibliográfica.

5.1. LOCALIZACION, ENTRADA DE UN SERVICIO DE EMERGENCIA

El Servicio de Emergencia debe estar localizado en el primer piso. No existe elección en éste aspecto. En los años 1960, la mayoría de los servicios de Emergencia, en países desarrollados, colocaban dicha área en lugares donde ningún departamento quería estar. Era en realidad el último lugar que se planeaba en el equipamiento de un hospital (2) (44).

Debe tener una entrada exterior que conduzca directamente dentro del departamento; los pasajes largos o rutas de circuitos bloquean el cuidado inmediato de pacientes críticos. Idealmente debe estar cerca del departamento de Rayos X y de Laboratorio. La entrada debe estar planeada de manera tal, que la ambulancia, tenga fácil acceso a fin de que aquella pueda virar después de dejar al paciente sin tener que retroceder, o en su defecto, un camino por donde la ambulancia viene, deja al paciente, y sigue de largo, eliminando cualquier posibilidad de embotellamiento.

En el Hospital E. Rebagliati M., existe un camino largo para llegar

a la puerta del Servicio de Emergencia, y la ambulancia tiene necesariamente que hacer virajes para salir del área de entrada, con el problema continuo de embotellamientos de vehículos, que ante una situación extrema de desastre masivo, produciría un caos tal, que los pacientes que pudieran ser conducidos al hospital, sufrirían las consecuencias.

Ello se evitaría si, como una solución inmediata se construyera una plataforma que sea una extensión de la pista, sobre lo que constituye hoy, el sótano, permitiendo de ésta manera llenar el criterio de amplia maniobravilidad de las ambulancias y vehículos.

Deben colocarse letreros de " NO ESTACIONAR ", y a pesar de ellos, se va a notar que el público no hace caso y no sólo el público, sino también - el equipo de médicos a quienes, NO DEBE dejársele estacionar el carro - ni siquiera un minuto a la entrada de ambulancias.

La entrada propiamente dicha puede ser de varios tipos. Hay que recordar que en la emergencia, hay más necesidad de entrar de prisa que de salir. La puerta debe ser suficientemente ancha para permitir que los miembros de la ambulancia caminen o se movilizen junto a la camilla. En la entrada debe haber un techo que proteja al paciente contra las inclemencias del tiempo. Las puertas de preferencia deben ser automáticas.

Inmediatamente después de la entrada de emergencia, debe existir la estación de enfermeras, que debe tener una visión completa de la entrada, de manera tal que la enfermera a cargo, pueda darse una idea general de la situación y en forma rápida, pudiendo estar en la capacidad de llamar a personal adicional de apoyo que se pudiera requerir. En Inglaterra, clasifican al área de emergencia en pequeños si ven menos de 25000 pacientes al año, medianos si ven entre 25000 a 60000 pacientes al año, y grandes si ven más de 60000 pacientes al año. Las áreas denominadas grandes deben necesariamente tener status de Departamento.

Las áreas importantes que debe poseer todo servicio de emergencia son - las siguientes:

AREA DE RECEPCION (76) (85)

La función principal es el pasaje al área donde los pacientes son examinados y atendidos. Debe ser suficientemente espaciosa para proveer asientos a los pacientes NO AGUDOS, que esperen atención. En algunos lugares ésta área de recepción se utiliza como área de triaje. Los familiares deberán esperar en áreas completamente separadas.

AREA DE EXAMEN Y TRATAMIENTO (85)

Es el centro más importante. Debe estar listo a todas horas para la recepción de pacientes de emergencia. Se clasifica en área para pacientes NO AGUDOS, área para pacientes AGUDOS, y área para pacientes A GUDOS EN SHOCK-TRAUMA. El área de pacientes NO AGUDOS, debe de consistir en cubículos de exámen con equipo mínimo: escritorio, mesa de exa - men fija, instrumental simple. El área de pacientes AGUDOS debe ser a - bierta, amplia, con capacidad para camillas móviles, separados por cor - tinas, con la función exclusiva de estabilización del paciente agudo, pa ra después ser enviado a las salas de observación, ó Unidad de Cuidados Intensivos. En ésta sala se colocan pacientes indistintamente del sexo. Un sólo médico puede ver en forma general un estimado total de lo que su - cede en un determinado tiempo. Anteriormente a los años 1960 (24) (76) , se construyeron cubículos privados de atención. Estos fueron condena - dos tan pronto fueron puestos en uso, y en la actualidad se utilizan á - reas amplias con cubículos separados por cortinas e interrelacionados. Es en ésta área donde debe existir todas las facilidades modernas de - tratamiento. Un equipo radiológico portátil debe estar adyacente, así - como equipo de succión y de oxígeno . El diagnóstico y el tratamiento - rápido son de importancia vital en el servicio de emergencia, y en ésta particular área. Finalmente la sala de SHOCK-TRAUMA o sala de SHOCK, en la que se encuentra todos los medios necesarios para reanimación y flui - doterapia masiva a un grupo especial de pacientes.

SALA DE OPERACIONES

Aún en discusión. La mayoría de hospitales modernos en el mundo - utiliza el área operatoria general del hospital, con excepción de los ca - sos de SHOCK-TRAUMA, que requieren intervención quirúrgica inmediata, se utilizaría la sala de operaciones de emergencia. El Primer Seminario Ta - ller sobre servicios de emergencia(66), y Formación de Emergencistas, re - comendó entre sus conclusiones que el servicio de emergencia no debe con - tar con un centro quirúrgico propio sino un ambiente quirúrgico de alta - emergencia, es decir aquellos pacientes que requieren intervención qui -

SALA DE ORTOPEDIA

Es el área equipada para reducción cerrada de fracturas y aplicación de yesos. Debe haber espacio para una mesa de fractura, así como sillas de ruedas, camillas y un equipo portátil de rayos X, ó debe estar cercano a las salas de rayos X.

SALA DE OIDO NARIZ Y GARGANTA

La mayoría de servicios de emergencia grandes, debe contar con una silla especial para examen y tratamiento de pacientes portadores de emergencias otorrinolaringológicas.

SALA DE RESUSCITACION O SHOCK TRAUMA :

Será motivo de un desarrollo especial en páginas posteriores.

SALA DE UNIDAD DE ENVENAMIENTOS E INTOXICACIONES:

Será igualmente motivo, de una revisión más amplia en páginas posteriores.

SALA DE ESPERA (40) (85)

Es de capital importancia, prevenir que personas NO AUTORIZADAS- llenen el área de tratamiento. Manejar éstas personas es ESENCIAL, y entre ellas contamos sobre todo con los familiares de los pacientes que preocupados por su destino, tratan de llegar al área de tratamiento, y el resultado finalmente es que interfieren con éste. Debe pues existir una sala de espera de familiares y relacionados con el más relativo confort, completamente separada del área de tratamiento, con material de lectura, a donde el médico debe acercarse para explicar a los familiares más cercanos acerca de la evolución y pronóstico de los pacientes.

BAÑOS Y TELEFONOS (40) (76)

Deben estar disponibles y claramente visibles con letreros. El teléfono debe ser tipo caseta y para ser pagado.

ESTAR DE MEDICOS

Es necesario un área de descanso de médicos, donde pueden leer o conversar e incluso dormir durante las noches, bien ventilada, provisto de escritorio, y sillas confortables. Es un área donde los médicos pueden utilizarla incluso para Juntas médicas o recibir familiares o amigos.

SALA DE OBSERVACION (17) (30)

Debe existir en centros medianos y grandes de emergencia. Su uso debe ser guiado por los siguientes criterios:

- a) Todos los pacientes deben tener DISPOSICION FINAL en 24 hs. Si ésto no sucede, es responsabilidad de todo el hospital buscar sus causas y darle solución.
- b) Deben ser admitidos sólo aquellos pacientes que requieren observación intensiva y su estadía debe ser temporal.
- c) La transferencia del cuidado de enfermos al final de las guardias debe hacerse de médico a médico, y por consiguiente, debe haber un médico responsable de la sala de observación.
- d) El propósito de la sala de observación, para lo cual fue creado realmente, es permitir a los médicos de emergencia retener un paciente entre algunas horas para después clarificar la disposición.

La sala de observación debe contar para su manejo con personal médico, enfermeras, auxiliares de enfermería. Con el objeto de que un paciente sea adecuadamente evaluado, debe contarse con un número de enfermeras que consideramos sea una por cada cinco pacientes y un número de auxiliares de enfermería que sea de dos por cada enfermera.

SALA DE SEGURIDAD

Algunos de los pacientes con estados emocionales difíciles de manejar no llenan los criterios para ser candidatos a salas de observación, por lo que en virtud del respeto y salvaguarda de intereses del resto de pacientes y el personal propio, ellos deberían ser colocados en cuartos separados de seguridad o servicios psiquiátricos intensivos aislados.

SALA DE AISLAMIENTO

Aquellos pacientes admitidos con enfermedades infecto contagiosas deben ser colocados en ambientes adecuados.

MORGUE:

La morgue del hospital llena generalmente los requerimientos del servicio de emergencia.

SALA DE PRENSA, POLICIA Y MIEMBROS DE AMBULANCIA

Debe contar con ella los hospitales medianos y grandes. Facilita las relaciones con hombres de prensa y por ende con la comunidad en general.

ESPACIO PARA SILLAS DE RUEDAS Y CAMILLAS

Los pacientes que no pueden caminar pero que no necesitan camillas debe proporcionárseles sillas de ruedas, las que siempre deben estar disponibles. De la misma manera, aquellos pacientes que requieren camillas deben encontrar fácilmente una, a la entrada del servicio de emergencia.

5.2. EQUIPOS Y DROGAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA:

Todos aquellos miembros propios del servicio de emergencia deben preparar una lista de equipos y drogas a utilizarse en dicho servicio. Existen equipos que deben estar LISTOS en forma inmediata en paquetes ó sets estériles y marcados (5) (40).

Debe enfatizarse así mismo que todo el equipo debe ser comprado exclusivamente para el servicio de emergencia, y debe permanecer allí mismo. El servicio de emergencia no debe pedir prestado ni prestar ningún ítem, excepto por razones muy especiales.

Una lista de los equipos para servicio de emergencia (3) (4), así como las drogas (21) se describen en el ANEXO VIII.

En éste párrafo debe mencionarse especialmente el llamado CARRO DE PARO CARDIORESPIRATORIO (29) (84), enfatizando que constituye un equipo especial en los servicios de emergencia, y en las salas de hospitalización, y cuyo uso debe generalizarse y exigirse en todo hospital moderno. La alerta de paro cardiorrespiratorio (alerta azul) puede estar presente en cualquier servicio del hospital y en cualquier momento. Es en el servicio de emergencia, donde ésta alerta tiene probabilidades de ser más frecuente, y es generalmente el servicio de emergencia, el que tiene que responder ante alertas de la misma naturaleza en otros servicios del hospital. De ésta manera, es que en la actualidad se utiliza el llamado "carrito de paro", ó CARRO DE PARO CARDIORESPIRATORIO ó CARRO DE LA ALERTA AZUL. Es el carrito que cada servicio del hospital debe poseer y su contenido debe ser familiar con cada uno de los miembros del servicio. La responsabilidad que el carrito siempre ten-

ga todos los items respectivos, recae en una enfermera y su revisión debe ser diaria. El contenido del carro de paro cardiorespiratorio, se describe en el ANEXO IX.

5.3. PERSONAL

PERSONAL MEDICO

Debe estar constituido por médicos de planta que practiquen - la medicina de emergencia y médicos especialistas de los diferentes - servicios como apoyo permanente. Así mismo el personal de médicos - en entrenamiento tanto internos como residentes son parte importante en el ofrecimiento de servicios de emergencia en hospitales universi - tarios, ya que constituye una fuente importante e insustituible de - experiencia y educación médica.

MEDICOS DE PLANTA

De preferencia son los que deben formar los equipos diarios de turno de guardia, y son los que eventualmente deben desempeñar la je - fatura de la guardia. Deben tener experiencia en medicina de emer - gencia tanto teórica como práctica y su certificación en resuscita - ción cardiopulmonar básica y avanzada. Son los que manejarían el con - trol de emergencia pre hospitalaria y la medicina por comando telemé - trico. En el momento actual en otros países son considerados como - especialistas luego de tres años de residencia, por las asociaciones - médicas correspondientes.

MEDICOS DE PISO

Constituidos por los especialistas en aquellas disciplinas que deben encontrarse estacionadas en el servicio de emergnecia, reali - zando turnos de guardia, y tomando responsabilidad asignada en cada sector de la emergencia de acuerdo a rol. Deben tener experiencia y certificación en resuscitación cardiopulmonar, y son los que reciben primariamente a los pacientes. Las especialidades a las que nos re - ferimos son las siguientes: MEDICINA INTERNA, CIRUGIA GENERAL, ORTO - PEDIA, GINECOBSTETRICIA, PEDIATRIA, ANESTESIOLOGIA.

Existen otras especialidades que deben apoyar al grupo estacionado - en emergencia y éstas son las siguientes: CARDIOLOGIA, CIRUGIA TORAX Y CARDIOVASCULAR, NEUROLOGIA, NEUROCIRUGIA, NEFROLOGIA, UROLOGIA, CUI - DADOS INTENSIVOS, QUEMADOS.

Estos especialistas, se encontrarían estacionados en el hospital, más

no en el servicio de emergencia, actuando bajo el sistema de referencias o interconsultas del mismo servicio de emergencia. Los especialistas-mencionados son los que debe contar un Hospital del Nivel I. La especialidad de Psiquiatría debe considerársele en el sistema de guardias en los hospitales que tengan Unidad de Cuidados Intensivos Psiquiátrica. Existen así mismo, otras especialidades estacionadas en casa, a disponibilidad del servicio de emergencia bajo sistema de retén, y éstas son las siguientes: OFTALMOLOGIA, OTORRINOLARINGOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA, y NEUMOLOGIA (para realizar estudios endoscópicos únicamente), y CIRUGIA-MAXILO FACIAL.

MEDICOS EN ENTRENAMIENTO:

El personal de médicos internos y residentes en todos los niveles es parte importante y fundamental de un servicio de emergencia de hospitales universitarios. Su actuación debe ser permanentemente supervisada por médicos asistentes. Sus responsabilidades de acuerdo a sus niveles deben ser específicamente asignadas. Todos deben tener certificación en Resuscitación Cardiopulmonar.

PERSONAL DE ENFERMERIA Y AUXILIAR

Deben trabajar sólo en emergencia, y ser elegidas de acuerdo a sus preferencias personales, capacidad técnica, y juventud. Deben estar preparadas para lo imprevisible (32) (35) (39) (59) (70) (76), ya que en el curso de pocos minutos, un departamento de emergencia puede cambiar de un área tranquila a un área explosiva con varias personas severamente traumatizadas que requieran atención inmediata, y se debe estar preparadas para atenderlos, no sólo a los pacientes, sino a familiares y amigos, policias, reporteros, etc. NO PUEDE SER LUGAR PARA PERSONAL INEXPERTO.

Deben estar constituidos en equipos, de enfermeros y auxiliares que hagan turnos de acuerdo a rol y de acuerdo a las necesidades de cada hospital. Siempre debe haber la enfermera subjefe o jefe de cada equipo, que debe actuar bajo responsabilidades específicas, y no debe ser sobrecargada en su labor por actividades que no sean propias de su especialidad como por ejemplo contestar todas las llamadas telefónicas, atención al público, estadísticas, admisiones al hospital, admisiones a la sala de observación, programación de sala de operaciones, programa ción de salidas de ambulancias, etc,etc. Su labor debe estar orientada fundamentalmente a la dirección del servicio de enfermería. Debe estar permanentemente supervisando la labor de las enfermeras en cada una de

las áreas del servicio (sala de observación, sala de medicina de agudos sala de no agudos, sala de agudos en shock, cirugía, ortopedia, etc). En la sala de observación debe establecerse una enfermera por cada cinco pacientes y dos auxiliares de enfermería por cada enfermera, siendo éste el único sistema que garantice atención integral a los pacientes - críticamente enfermos. Ella se responsabilizará por la administración de terapia a sus cinco pacientes, y la hoja de fluidos horarios que cada paciente crítico debe tener, se encargaría de su llenado. En cuanto a la auxiliar de enfermería, podría asignarse a una por cada turno, para cubrir las llamadas de electrocardiografía, y por tanto encargándose ella de practicar el registro de éste examen con la celeridad del caso, garantizándose de ésta manera la preservación y arreglo inmediato de éste equipo. Debe así mismo encargarse de la limpieza y mantenimiento del resto de equipo médico en el servicio de emergencia como son monitores electrocardiográficos, ventiladores, etc.

PERSONAL TECNICO

Los choferes de ambulancia y personal auxiliar de ambulancias deben tener nivel de técnicos de emergencia: Técnico Chofer de ambulancia y técnico Asistente de ambulancia. De la misma manera, debe contarse con un técnico en comunicaciones que se encargaría de toda la comunicación con las ambulancias que salen, un técnico de rayos X, que perteneciendo al equipo de radiología, esté a disponibilidad de emergencia sobre todo en las situaciones de pacientes agudos, o agudos en shock-trauma, para practicar todo examen radiológico solicitado en el acto mismo de la solicitud, y revelado de las placas inmediatamente y luego mostrársela al personal médico.

El técnico de laboratorio, que labora bajo el sistema de laboratorio central, debe estar listo para cubrir los analisis solicitados por el servicio de emergencia y procesar con celeridad los resultados.

El técnico respiratorio, integrante fundamental en la mayoría de países industrializados, es mencionado aquí por la importancia que tendrá en un futuro cercano en todo el mundo.

5.4. ADMINISTRACION-ORGANIZACION

La jefatura del departamento de emergencia debe ser tomada por -

un médico cirujano, especialista en medicina de emergencia, con interés conocimiento, y deseos de trabajar en bien del servicio. Debe ser acompañado por un número de médicos a determinar, de acuerdo a cada hospital. En ésta oficina, debe hacerse estudios incluso demográficos de la comunidad, a la que se sirve, ya que éste departamento debe estar planificado de manera tal que todo paciente que acuda a él en cualquier estado obtenga, en el tiempo necesario, una adecuada y efectiva atención. Debe pues en conclusión, existir una organización con normas establecidas, y una cadena de comando con un JEFE UNICO, con el sólo objetivo de mejorar siempre la calidad de atención a los pacientes. Un esquema de organigrama estructural de acuerdo a los conceptos vertidos en éste trabajo podría ser el presentado en el ANEXO X.

RELACION INTERDEPARTAMENTAL

El Servicio de emergencia, debe tener relación preferencial ó de alta prioridad con los siguientes departamentos:

Departamento de Admisión: Son los que proporcionan al servicio de emergencia en forma inmediata y exacta el número de camas disponibles en los diferentes servicios de hospitalización.

Departamento de Rayos X: Quienes con un técnico de Rayos X en alerta permanente acudirá cuando sea llamado al servicio de emergencia, para obtener exámenes radiológicos solicitados de pacientes agudos.

Departamento de Anestesiología: A través de turnos de médicos anestesiólogos se relaciona con el servicio de emergencia, sobre todo ante las alertas de paro cardiorespiratorio para apoyo en intubación endotraqueal.

Departamento de Cuidados Intensivos Tanto en las unidades médicas, quirúrgicas, coronarias, quemados o psiquiátricos, con el objeto de admitir pacientes que lo requieran desde el servicio de emergencia.

Departamento de Laboratorio: Debe apoyar al servicio de emergencia con la celeridad y prioridad que el caso requiere en traer los resultados de los analisis solicitados.

5.5. FUNCION DE UN SERVICIO DE EMERGENCIA. USO Y ABUSO.

La función de un servicio de emergencia es ofrecer ayuda y tratamiento inicial a toda persona que se considera así mismo agudamente en -

fermo o lesionado, y se presenta a la puerta del servicio de emergencia. En nuestro país la ley (26), define situación de emergencia, a aquella que hemos clasificado como emergente (SHOCK-TRAUMA), ó Urgente (AGUDA). Sin embargo, debemos notar que la mayoría de los casos - que se presentan a la puerta del servicio de emergencia son los clasificados como NO AGUDOS (19) (20) (21) (32) (33), pero por la sensación subjetiva de malestar persistente del propio paciente, ó por la hora de presentación, en que no hay disponibilidad de consultorios - externos para solicitar ayuda, ó simplemente porque el sistema de citas de los consultorios externos se encuentra sin espacio libre por tiempo prolongado, debido a la falta de infraestructura hospitalaria en nuestro medio, es que éstos pacientes acuden a la emergencia. Es deber de un servicio de emergencia verdadero, hacer que éste paciente sea examinado por un médico y luego del examen y la entrevista profesional, se descarte la condición de AGUDO y se le aconseje tratamiento momentáneo hasta que su caso sea visto en los consultorios externos.

Cada paciente debe ser clasificado de acuerdo a su condición, en AGUDO en SHOCK TRAUMA, AGUDO, y NO AGUDO, utilizando las definiciones modernas y ser dirigidos a ambientes especiales para su atención, por una enfermera que realiza la labor de triaje.

Queremos hacer énfasis en éste trabajo, que las definiciones importantes a que hacemos mención, serían las siguientes:

SITUACION DE EMERGENCIA:

La definición de la ley peruana (26), no llena los requisitos que queremos enfatizar en éste trabajo, y más bien proponemos la aceptación de definir la situación de emergencia como aquella condición que en opinión del paciente, su familia, o quien asuma la responsabilidad de traerlo a l hospital requiere atención médica de inmediato. Esta condición continúa hasta que un profesional de la salud determine que su vida o su bienestar no están en peligro (57).

Esta definición difiere de la ley peruana, en que especifica quien es la persona, o personas que determinan la situación de emergencia. Es decir en primer lugar la opinión subjetiva del paciente ó familiar, y en un segundo lugar, determinante, el profesional de salud de la Institución a la que el paciente fuera conducido.

CLASIFICACION DE LA SITUACION DE EMERGENCIA:

EMERGENTE (SHOCK-TRAUMA): Aquella que requiere atención médica inmediata. La demora puede ser peligrosa para el paciente. El desorden es de naturaleza aguda. Generalmente el porcentaje de pacientes que acuden a emergencia bajo ésta condición es aproximadamente 5% (23) (24) (76).

URGENTE (AGUDA): Requiere atención médica en las siguientes horas. Está en peligro si no es atendido. El desorden es agudo, pero no necesariamente severo, es decir su atención puede esperar algunos minutos. El porcentaje bajo ésta condición es aproximadamente de 25%.

NO URGENTE (NO AGUDA): No requiere los recursos de un servicio de emergencia necesariamente, pero es una realidad que debe aceptarse en la mayoría de hospitales generales comunitarios en el mundo. El porcentaje de pacientes bajo ésta condición es de 70%.

Los pacientes clasificados como AGUDOS en SHOCK-TRAUMA, ó AGUDOS, NO DEBEN ESPERAR. EL EQUIPO MEDICO DEBE ESTAR ESPERANDOLOS LISTOS PARA SU ATENCION Y TRATAMIENTO INMEDIATO. Los pacientes NO AGUDOS, SI pueden esperar , y así se les debe hacer saber. Cada una de éstas atenciones deben estar regidas por normas y procedimientos escritos, donde debe constar las obligaciones y las conformaciones del equipo que va a tratar al paciente. Estas normas escritas, así como los protocolos de atención para cada proceso posible deben estar difundidas a todo el personal médico.

En los hospitales donde los casos agudos de shock-trauma, no son numerosos , puede darse la alternativa de no contar con médicos fijos para éste servicio, sino móviles desde los consultorios de agudos,dejando siempre personal para continuar su atención en dichos consultorios. La movilidad de éste personal debe realizarse al ser accionadas las alertas visuales que deben ser AMARILLAS para los casos de TRAUMA MULTIPLE ó AZUL para los casos de PARO CARDIORESPIRATORIO ó EMERGENCIAS MEDICAS (91). Estas alertas visuales deben ser cambiadas a las alertas auditivas (radios) de comunicación personal, en los hospitales que cuentan con más recursos. Estos radios deben ser accionados desde los teléfonos internos del hospital, y éste es en definitiva el sistema -

más moderno y que ha resultado efectivo y ventajoso en hospitales de países desarrollados.

Uno de los errores más notables en el servicio de emergencia del Hospital E. Rebagliati, es que basado en la definición de situación de emergencia, por la ley peruana, sólo se aceptaba a pacientes que reunían los criterios de la definición (26). La experiencia, y los reportes internacionales han demostrado que ésta definición sólo abarcaría un 5% de pacientes que acuden a emergencia, y que por extensión podría incluso abarcar aquél 25% de pacientes definidos como agudos, pero de ninguna manera considera al número de pacientes más importantes, es decir aquellos catalogados como NO AGUDOS, y que es aproximadamente un 70%, siendo por ende el grupo mayor.

Es pues, que debemos tomar la definición de la Asociación Americana de Hospitales (7) (8) (9) (19), y ACEPTAR A TODO SOLICITANTE DE ATENCIÓN, con la diferencia de atenderlo en ambientes de acuerdo a su condición. NO DEBE EXISTIR PUES, DISCRIMINACION EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, sino por el contrario, aceptar a todo aquél que se sienta portador de una situación de emergencia.

La dirección del paciente hacia el ambiente donde debe ser visto, es realizada por la enfermera especialista en emergencia, que cumple labor de triaje en la recepción. Aquellos pacientes no agudos, pueden estar en la capacidad de esperar la atención, en cambio los AGUDOS, y sobre todo los AGUDOS en SHOCK-TRAUMA NO DEBEN ESPERAR, y deben ser atendidos desde el momento que llegan al servicio de emergencia.

La interpretación del concepto de lo que es un servicio de emergencia debería impedir el abuso de parte del público. Pacientes como por ejemplo con enfermedades crónicas o terminales sin complicación aguda, ó con complicaciones agudas menores, no deberían acudir a la emergencia. Que deberían ser vistos por un médico, eso no cabe la menor duda y antes de decirsele NO a un paciente debería de informársele con seguridad, donde debe ir para ser visto por un profesional médico en las siguientes 24 horas.(76).

Si ésta última afirmación no puede dársele, entonces el paciente tiene que ser atendido en los servicios de emergencia como condición no aguda. No hubiera necesidad de ello si aquél paciente pudiera consultar con su médico en forma inmediata y la Institución de salud a cargo de ese paciente le proveyera de dicho servicio, y tal como sucede en otros países, el servicio de emergencia estuviera admitiendo pacientes en estado agudo, con riesgo de vida.

El servicio de relaciones públicas de la Institución debe proyectar a

La comunidad mediante cartillas de instrucción de lo que constituye una situación de emergencia y la necesidad de que tienen todos los miembros de la comunidad de mantener el servicio de emergencia listo para las reales emergencias. Son pues, los miembros de la comunidad, los que deben evitar el abuso de la emergencia, con el pensamiento que ellos serán los ganadores cuando acudan en busca de ayuda real, y encuentren un servicio de emergencia no superpoblado.

Un servicio de emergencia lleno de pacientes sin condiciones de emergencia en una misma área de atención, no puede cumplir sus responsabilidades para con la comunidad.

La Asociación Americana de Hospitales, ha expresado: "El Departamento de emergencia debe ser considerado como una fuente DISTINGUIDA Y VALIOSA DE LA COMUNIDAD cuya responsabilidad es compartida entre el hospital como Institución de la comunidad y la profesión médica". Este alcance hace efectivo y posible cumplir y conducir un programa de educación médica comunitaria diseñado para limitar el abuso y asegurar una utilización óptima de todas las facilidades disponibles en la emergencia.

En forma similar y teniendo en cuenta bases normativas de carácter legal, la COMISION CONJUNTA DE ACREDITACION DE HOSPITALES en EEUU (4) (40) similar a la de algunos países de Europa, tiene un capítulo sobre niveles de servicios de emergencia, que pueden ser ofrecidos siguiendo principios y normas definidas.

EL PRINCIPIO, que ellos sugieren es el siguiente: "TODO INDIVIDUO QUE ACUDA AL HOSPITAL PARA EVALUACION DE UNA EMERGENCIA MEDICA O PARA UN TRATAMIENTO INICIAL DEBE SER APROPIADAMENTE EVALUADO POR UN PERSONAL CALIFICADO Y SE LE DEBE INSTITUIR SERVICIOS APROPIADOS DENTRO DE LA CAPACIDAD DEL HOSPITAL".

Las Normas a que hace referencia la mencionada Comisión Conjunta, y que podría proyectarse a nuestros hospitales son las siguientes:

I) Todo servicio de emergencia debe tener un plan bien definido - basado en las necesidades de la Comunidad y la capacidad del hospital. Clasifica a los hospitales en niveles de atención, de acuerdo a sus servicios de emergencia:

NIVEL I : Cuando el hospital ofrece cuidado de emergencia - en forma total. Incluye salas de Shock-Trauma, Quemaduras, etc. Funciona las 24 hs al día, siete días a la semana. Debe contar con médicos dedicados exclusivamente a la medicina de emergencia, que asumirían las funciones de jefe de -

los equipos de guardia. Debe contar con médicos de guardia del nivel de entrenamiento, y médicos especialistas estacionados en el hospital.

NIVEL II: Ofrece cuidado de emergencia 7 días a la semana, 24 hs al día, con por lo menos un médico especialista en medicina de emergencia de guardia dentro del área de emergencia, con médicos de entrenamiento en la misma área. Disponibilidad de consultas con médicos especialistas en 30 minutos.

NIVEL III : Ofrece cuidado de emergencia 24 hs al día, 7 días a la semana con personal médico del nivel de entrenamiento, únicamente, y con disponibilidad de consulta con médicos especialistas en medicina de emergencia en 30 minutos. Hospitales privados pequeños a medianos.

NIVEL IV: Ofrece cuidados de primeros auxilios por médicos en entrenamiento y referencia a centro más capacitado cuando determinan si la emergencia existe. Postas médicas o centros periféricos del tipo de policlínicos o consultorios.

II) El Servicio de Emergencia debe estar bien organizado, apropiadamente dirigido, por un médico especialista en medicina de emergencia, e integrado con otros departamentos del hospital.

Cuando el grado de complejidad y sus actividades lo garanticen debe estar organizado como departamento. Debe existir un plan que identifique al servicio de emergencia, su lugar en la organización del hospital y su relación con otros servicios de emergencia de la comunidad.

Debe existir una relación de responsabilidad educativa con enfermeras miembros del sistema pre hospitalario y médicos en entrenamiento.

III) El Servicio de Emergencia, debe tener facilidades que asegure el cuidado efectivo del paciente.

El área del servicio de emergencia debe estar cerca a la entrada del hospital, y fácilmente ubicable y accesible desde su interior. El área de recepción debe estar mantenida libre de -

obstáculos en forma permanente. Las salas de recepción, examen, tratamiento, y observación deben ser en número tal, que se cumpla con asegurar cuidado efectivo de los pacientes.

El equipo, instrumental, drogas, y facilidades de laboratorio y radiología, deben estar permanentemente disponibles.

La entrada debe estar claramente identificada desde el exterior y accesible a la entrada de vehículos de emergencia, bien alumbrada y protegida del clima. Entradas amplias, con facilidades de sillas de ruedas y camillas listas para su uso.

Los individuos no autorizados deben estar prohibidos de ingresar al área de trabajo. Las camas de la sala de observación - deben ser en número suficiente, y su uso debe ser guiado por - normas escritas para que se limite a un máximo de permanencia - de 24 horas por paciente.

IV) Todo el personal debe estar preparado para sus responsabilidades en el cuidado de emergencia a través de entrenamiento apropiado y programas educativos. El curso de la técnica de RE-SUSCITACION CARDIOPULMONAR debe ser aprobado por el personal médico y de enfermería antes de trabajar en emergencia.

V) El paciente de emergencia debe ser guiado por políticas escritas, relacionadas a los siguientes temas:

- 1.- Liberación de información autorizada a la policía y a periodistas.
- 2.- Transferencia y alta de los pacientes.
- 3.- Procedimientos a ser seguidos en el evento que un equipo falle.
- 4.- Control de tráfico de pacientes y visitantes.
- 5.- Valores de pacientes.
- 6.- Rol de la emergencia en el plan de desastre del hospital.
- 7.- Manejo de víctimas de violación o ataque criminal.
- 8.- Cadáveres que llegan al servicio.
- 9.- Manejo de pacientes en SHOCK-TRAUMA, Quemaduras, Psiquiátricos, envenenamientos, mordeduras de animales, heridos de bala, heridos de puñal, enfermedades infectocontagiosas.
- 10.- Prevención y profilaxis de tétanos y rabia.

VI) Una historia clínica, debe ser realizada a cada paciente, que acuda al servicio de emergencia. Debe contener: identificación, tiempo de llegada, medio de llegada, enfermedad actual, examen físico, impresión diagnóstica, conclusiones y conducción final del paciente al alta o transferencia. (ANEXO XI).

VII) La calidad del servicio brindado, debe ser continuamente revisada y evaluada, y mantenida a través de un mecanismo de control de calidad.

No existe otra área dentro del hospital que sea testigo de la frustración del paciente, fuera del servicio de emergencia (82). Es aquí , donde el paciente puede obtener su primer y posiblemente el único punto de vista de lo que el hospital es. Cuando, un paciente es colocado en ambientes de largas esperas, y pobres actitudes del personal , se llevará una mala impresión del hospital, que él compartirá con todo aquél que quiera escucharlo. La mayoría de miembros del personal del hospital, defienden ésta situación explicando lo ocupado que están, y que ellos tratan de ofrecer cuidados médicos de alta calidad, y que la mitad de los pacientes que llegan no deberían acudir al servicio de emergencia. Sin embargo, si un paciente ha venido al hospital pensando que él necesita cuidado médico de emergencia, y si debe esperar un largo tiempo antes que sea ayudado, es muy probable que dicho paciente se sienta profundamente decepcionado, y la solución probablemente sería que algún miembro del personal se tome un poco de tiempo explicándole la situación actual, y el por qué de la demora. El cuidado médico de buena calidad, debe siempre estar acompañado de amabilidad y simpatía. Las salas de emergencia, son lugares de lucha para la mayoría de los pacientes. Debemos aprender a otorgar cuidado de emergencia con sonrisa, eficiencia y política. Para finalizar, debemos decir, que el secreto del cuidado del paciente es CUIDAR POR EL PACIENTE, queriendo decir con esto que las necesidades del paciente han llegado a ser importantes en el ofrecimiento del cuidado de la salud en todos sus niveles. Tomemos nuestro tiempo para ver a nuestros pacientes no como estadísticas, sino como seres humanos, y con emociones igual a la de nosotros. HAGAMOS UNA PAUSA PARA SOSTENER LA MANO DE ALGUIEN CON DOLOR, TOMEMOS UNOS MOMENTOS PARA ESTAR CON ALGUIEN EN ANSIEDAD, PARA ENTENDERLO, Y COMUNICARLE QUE PRONTO SE LE VA A OTORGAR EL CUIDADO QUE EL NECESITE (82).

5.6. HISTORIAS CLINICAS Y PROTOCOLOS:

Cada Servicio de Emergencia, debe tener un modelo de historia clínica sencilla, fácil de aplicar. La historia clínica muestra el trabajo bueno o malo de todo el grupo médico, y las razones para tener un acucioso registro de lo que se hace con el paciente, son las siguientes:

- 1.- En JUICIOS, las historias clínicas protegen a todos, a los médicos, y sobre todo a los pacientes al tener un cuidadoso registro de las injurias ó daños sufridos ó síntomas referidos.
- 2.- En la EVALUACION del servicio de emergencia. La manera como se lleva los casos ante las auditorías.
- 3.- Para el seguimiento del paciente.
- 4.- Para la enseñanza, donde un tiempo después, el caso puede ser presentado como conferencias ante alumnos.

La responsabilidad de las historias clínicas, pertenece única y exclusivamente al médico que las confecciona o las firma. Mientras que el hospital lo ayudará con el apoyo de laboratorio y exámenes auxiliares, el médico es el que trata al paciente, hace el diagnóstico, y dicta las órdenes. Puede delegar la responsabilidad, pero no puede rehusarla ni huir de ella. De importancia capital, son pues los formatos, y en el servicio de emergencia, éstos deben ser del tipo ORIENTADO AL PROBLEMA (45). Muchos profesionales médicos han experimentado una sensación desagradable cuando al tener que presentar un caso ante un juzgado ó ante una conferencia médica, no han podido hallar detalles esenciales escritos en la historia clínica.

El formulario debe pues, ser pre etiquetado para que el médico llene los datos y evite tener que escribir oraciones largas (ANEXO XI).

Hace muchos años se decía que una buena historia era una formulario de una hoja en blanco de 8" x 11". ESTO NO ES VERDAD, ya que rara vez puede un médico registrar en tal hoja todos los datos esenciales para identificar a sus pacientes, describir su historia médica, indicar su condición física, justificar su diagnóstico, defender su régimen terapéutico, y verificar el resultado final. Pueden acaso, todos los médicos de un hospital escribir lo anterior de idéntica manera en una hoja en blanco?.

Se necesitan pues, de formularios, que sean verdaderas guías que aseguren datos completos y estandarizados.

Si la disposición del paciente es ser admitido a la sala de observación ó sala de piso, entonces las órdenes y las evoluciones se continuarán - en las hojas habituales para ellas. Debe recordarse lo siguiente: UNA BUENA HISTORIA CLINICA ES INSEPARABLE DEL BUEN CUIDADO MEDICO, ES PARTE DE EL(76). En éste punto, es importante referirnos a la facilidad de escalas estandarizadas internacionalmente como la Escala de GLASGOW pa_ ra evolucionar y establecer el grado de coma, ó la Escala de Trauma de CHAMPION (21). Los formularios para tal fin, deben estar adosados a la historia general(16) (23).

5.7. CUIDADO PRE HOSPITALARIO. SISTEMA DE AMBULANCIAS:

El cuidado pre hospitalario de emergencia, es un área de creci - miento rápido (33) (63) (75) (87) (88). Está constituido por personal o equipo de Soporte básico de vida, y el personal o equipo de soporte-avanzado de vida, de acuerdo a la clasificación dada en la técnica de resuscitación cardiopulmonar, que prácticamente dió inicio y origen al cuidado del paciente antes de llegar al hospital, vale decir en la esce_ na de los hechos ó en "foco" (66). Las experiencias en países en donde ésta atención está altamente tecnificada y realizada, se inició en 1960 año que se demostró que gente "inempleable" extraído de los "ghettos" - negros de los EEUU, eran capaces de aprender soporte básico de vida, e incluso soporte avanzado de vida. Por tanto eran capaces de ayudar a gente en su comunidad. Safar y Caroline, en Pittsburgh (20), y otros - pioneros en ciudades como Miami o Seattle, compartieron las mismas ex - periencias y llegaron a las mismas conclusiones. Podían las personas - NO MEDICAS aprender las técnicas sofisticadas de soporte básico de vi - da?. Después de todos éstos años, la respuesta fue rotundamente afir - mativa. Los paramédicos, así llamados bajo comando radial de un médi - co, podían verdaderamente hacer todos éstos trabajos, y hoy día, países industrializados de todo el mundo comparten la misma experiencia y han desarrollado los llamados SISTEMAS MEDICOS DE EMERGENCIA (37) (42). En los EEUU, éste sistema se divide en equipos entrenados solamente en soporte básico de vida, como son los llamados EMT-A (técnicos de emer - gencia-ambulancia), policía, bomberos, equipos de rescate, salvavidas,ó equipos entrenados solamente en soporte avanzado de vida, como son los EMT-P (paramédicos), enfermeras de la unidades móviles de cuidados inten_ sivos.

El cuidado Pre hospitalario, está involucrado en lo que se denomina Sistema de emergencia de un área determinada, y cuyos componentes son los siguientes:

- I) Reconocimiento de la emergencia, y ofrecimiento de primeros auxilios por gente de la calle, quienes merced a cartillas de instrucción de la municipalidad, centros de trabajo, universidades, etc, ó mediante un curso de resuscitación cardiopulmonar básico, tengan ésta capacidad.
- II) Inicio de la respuesta del sistema de emergencia, por medio de un número telefónico universal.
- III) Tratamiento en la escena de los hechos, por miembros del sistema que incluyen a bomberos, personal de rescate, miembros de ambulancia, utilizando la unidad de cuidado intensivo móvil, ó ambulancia, ó incluso si es necesario las ambulancias de aire ó helicópteros.
- IV) Transporte con soporte avanzado de vida, por miembros del sistema.
- V) Tratamiento en sala de operaciones del hospital.
- VI) Tratamiento en servicio de emergencia
- VII) Tratamiento en sala de cuidados intensivos.
- VIII) Organización y Comunicaciones.
- IX) Evaluación, planeamiento, educación.
- X) Investigación.

La puesta en marcha de éste sistema ha sido relacionado efectivamente con una reducción de la mortalidad de las emergencias más comunes. Tomando estadísticamente cifras recientes, el 60% de todos los pacientes con enfermedad coronaria aguda, muere en las primeras dos horas después de los síntomas. Si los pacientes presentan fibrilación ventricular, que es una entidad potencialmente reversible con equipo y personal apropiado, mueren antes de alcanzar el hospital. En cuanto a pacientes víctimas de trauma, se estima que el 15% de ellas muere en la escena de los hechos, debido a injurias que son potencialmente reversibles por el personal con entrenamiento apropiado si éstos llegaran a tiempo. De éstos, por lo menos el 40% pueden ser salvados, si llegaran vivos al hospital, y sin trauma craneano severo. Llega a ser obvio que las oportunidades para sobrevivencia del paciente mejoran pues, con las siguientes condiciones:

- a) Personal entrenado y vehículo de transporte adecuado.

- b) Equipo apropiado para el transporte del paciente crítico.
- c) Dirección apropiada desde una estación hospitalaria.

Para que éste sistema sea efectivo, todos sus componentes deben ser suficientemente fuertes y consolidados (25) (49) (89) (90) (93).

FIGURA N° 4.

Nuestro modelo debe contar en un futuro mediato, con personal entrenado que sea chofer y técnico paramédico de ambulancia, que se lo logrará con buenos deseos y voluntad. Así mismo deberá contar con ambulancias apropiadas y Centros de comunicaciones eficaz, como lo describiremos posteriormente.

AMBULANCIAS:

Idealmente deben estar compuestas por el siguiente personal y equipo (20) (33):

- 1.- Personal : Dos técnicos paramédicos y un técnico chofer.
- 2.- Ambulancia equipada para llevar dos paramédicos, chofer, uno o dos pacientes, equipo completo de comunicaciones, equipo médico y equipo de rescate ligero.
- 3.- Maletín de campo, llevado por el paramédico.
- 4.- Monitor defibrilador portátil a batería, capaz de monitorear y defibrilar a pacientes en el campo. Telemetría y comunicaciones a través de modulador con estación base.
- 5.- Personal de rescate de retén, usualmente personal de bomberos con un técnico de emergencia.
- 6.- Personal de policía, para el tráfico y control de observadores.
- 7.- Personal de estación base. Médicos que dirijan el cuidado del paciente en ésta etapa pre hospitalaria.

Entre los tipos de ambulancia que pueden ser de importancia en nuestro medio y en nuestro modelo hospitalario, serían los siguientes:

- 1.- Ambulancia tipo VAN, ofrece un gran compartimento para pacientes con espacio corto para el resto. Muy popular en la actualidad.
- 2.- Ambulancia tipo MODULAR: es una caja montada sobre chasis de camión. Llena todos los requisitos y criterios de espacio, y es muy usado para soporte avanzado de vida.
(FIGURA N°2).

La ambulancia hoy en día debe llenar además las siguientes necesidades: comunicación por radio de dos vías, cuarto de almacén, equipo de oxígeno y succión (instalado y portátil), y facilidades para la seguridad personal y del paciente.

COMUNICACIONES:

La posesión de un grado de médico cirujano, simplemente, no capacita al médico a asumir control de la unidad móvil de cuidado intensivo (20) (32) (39). Verdaderamente aún el entrenamiento avanzado en especialidades como emergencias intrahospitalarias o cuidados intensivos, raramente ofrece la visión necesaria y las capacidades para practicar medicina por radio y telemetría (67) (75) (87) (93) (94). Para esto es necesario la experiencia de campo y la experiencia en la estación base para ofrecer una variedad de habilidades únicas y conocimiento que debe incluir lo siguiente:

- 1.- Aspectos particulares y únicos de las condiciones de campo o en la escena de los hechos (rescate, extricación, control de multitudes, falta de médico-autoridad a priori en dicha escena).
- 2.- Familiaridad con comunicaciones de radio y telemetría.
- 3.- Habilidad para confeccionar y escribir protocolos.
- 4.- Conocimiento de las facilidades o instituciones de salud en la región, particularmente en la unidad de cuidados especiales y su capacidad de camas en un momento dado.
- 5.- Conocimiento de las capacidades y limitaciones de los paramédicos.
- 6.- Familiaridad completa con el manejo de emergencias agudas, que varíen desde el control de la vía aérea hasta el manejo emergencias cardíacas y parto.
- 7.- Capacidad para enseñanza.
- 8.- Capacidad para evaluar a un paciente que no pueda ser visto, tocado, auscultado o interrogado.
- 9.- Capacidad para brindar tratamiento a través de las habilidades de otros, cuyas acciones uno no puede observar.

La mayoría de los médicos corrientemente comprometidos en la medicina -

por control remoto, adquieren su experiencia con dificultades, a través de un penoso proceso de autoentrenamiento, por medio de aciertos y errores. Pero la medicina de emergencia en el campo, ha crecido lo suficiente en el mundo como para dejarla en el olvido y por contrario el entrenamiento en ésta área no debe dejarse al azar. Un curso de instrucción para médicos por "radio" es urgente y de necesidad imperiosa para brindar al médico la experiencia hasta el nivel de los paramédicos que ellos comandan.

El paciente críticamente enfermo o injuriado ha mejorado en su evaluación gracias pues, a la evolución de las comunicaciones y telemetría. Conociendo el problema del paciente ANTES DE LLEGAR AL HOSPITAL, permite la movilización de recursos, la determinación de camas, la disponibilidad y preparación de los equipos del hospital, que tratará de resolver el problema del paciente.

En la situación de desastre múltiple, la dispersión de los pacientes a varios hospitales, sin sobrecargar un único servicio de emergencia, es CRUCIAL. Unidades de refuerzo, pueden también ser llamados rápidamente a la escena de los hechos.

Los servicios del sistema de emergencia deben tener cinco componentes: FIGURA 3:

1.- NOTIFICACION

El público notifica el hecho por medio del teléfono a través del número universal o local. En la mayoría de ciudades no necesita inclusive monedas para ésta notificación. La notificación debe hacerse al centro de comunicaciones.

2.- CENTRO DE COMUNICACIONES

Dependerá de los programas de cuidado de emergencia que se den a ésa comunidad. En algunas áreas estará el departamento de bomberos, y en otras estarán completamente separadas e incluso puede recibir llamadas de otras instituciones. Este centro de comunicaciones puede actuar como la oficina de DESPACHO. El despachador es el individuo responsable de determinar qué personal y qué equipo es requerido para la llamada de rescate.

El propósito del centro de comunicación es dirigir toda la respuesta a la emergencia. Debe ser capaz de monitorear y coordinar todas las frecuencias de radio usadas en la comunidad y debe responder 24 horas al día. Debe ser capaz de recibir mensajes en una frecuencia y comunicarse en otra frecuencia, o permitir que alguien en el teléfono se comunique con otro por radio.