



Capítulo 2

SERVICIO DE URGENCIAS CONCEPTOS Y ORGANIZACIÓN

Y. Delgado Cejuto - A. Julián Jiménez

INTRODUCCIÓN

Actualmente, en el Servicio de Urgencias, los médicos que actúan en él proceden de distintas especialidades, siendo generalmente residentes de los primeros años. Por ello es necesario unificar conductas diagnósticas y terapéuticas según protocolos de actuación. El objetivo fundamental es solucionar el problema por el que el enfermo consulta y tomar decisiones rápidas. Con frecuencia hay que limitarse a mantener al enfermo con vida y muchas veces sólo se llega a un diagnóstico sindrómico.

Todos los Servicios de Urgencias suelen estar sobresaturados por enfermos con patología no urgente, muchos de ellos presentan problemas que se podrían haber solucionado fuera del hospital. Por ello, es fundamental seleccionar el orden de atención de los enfermos según su gravedad.

En muchas ocasiones se dan situaciones banales en las que el médico debe tranquilizar al paciente y a los familiares indicándoles que los síntomas que presenta carecen de importancia.

CONCEPTO DE URGENCIA MÉDICA

En la Medicina de Urgencias y Emergencias existe un criterio definitorio fundamental: "el factor tiempo". Según este criterio podemos definir como:

- ▲ **Emergencia:** situación de inicio o aparición brusca que presenta un riesgo vital o de función básica que necesita asistencia inmediata (minutos) y que es objetivable. Esta situación obliga a poner en marcha recursos y medios especiales para prevenir un desenlace fatal. *Ejemplos* de estas situaciones son: parada cardio-respiratoria, neumotórax a tensión...
- ▲ **Urgencia:** situación de inicio rápido pero no brusco que necesita asistencia rápida (horas) y puede presentar un componente subjetivo. *Ejemplos* de estas situaciones son:
 - * situaciones sin un riesgo vital inmediato pero que pueden llegar a presentarlo en un periodo de tiempo breve si no se diagnostican y tratan de forma precoz, (p.ej: una obstrucción intestinal, neumonía, etc).
 - * situaciones sin riesgo vital donde es importante un diagnóstico precoz desde el punto de vista epidemiológico (p.ej: una tuberculosis).
 - * urgencias sociales: una deficiente asistencia social obliga a resolver de forma inmediata problemas no médicos.
 - * urgencias por inadecuada asistencia primaria.

ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS

¿CÓMO LLEGAN LOS ENFERMOS A URGENCIAS?

Los pacientes llegan a Urgencias de distintas formas. La más frecuente, es por iniciativa propia (*petición propia*) cuando el paciente percibe una aparente o real pérdida de salud y opta por acudir al nivel asistencial que prevé que le va a dar una respuesta más rápida, definitiva y eficaz a su dolencia. Además, pueden acudir referidos por su médico desde su centro de salud (*orden facultativa*). Finalmente, a través de Ser-

vicios de Emergencias como es el 061. Éste representa un modelo asistencial y coordinador al que se tiene acceso a través de un número de fácil memorización y que garantiza una asistencia rápida, con unos recursos de alto poder asistencial. También colabora en la derivación de los enfermos a los distintos niveles asistenciales o les indica cuál es el más adecuado para la resolución de su demanda.

¿QUIÉN RECIBE A LOS ENFERMOS?

La entrada de ambulancias y pacientes a pie deberían estar separadas para proporcionar un fácil acceso y seguridad a ambas poblaciones. A su llegada a Urgencias los pacientes son recibidos por personal no sanitario (celadores o conserjes), que confirman que se trata de una demanda de atención sanitaria y los acompañan a la zona de admisión facilitando su identificación y registro. Una vez cumplimentados estos requisitos, el paciente accede al Servicio de Urgencias pasando directamente a la *zona de triage o de clasificación de enfermos* donde se decide el orden de asistencia y destino según la especialidad a la que compete y dependiendo de su nivel de gravedad y origen del problema. Todo ello, después de realizar un interrogatorio inicial al enfermo y/o acompañantes de forma rápida.

UNA VEZ CLASIFICADO EL PACIENTE DEPENDERÁ DE UN MÉDICO QUIEN SERÁ EL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN DEL MISMO Y REALIZARÁ LOS SIGUIENTES PASOS:

Siempre que la situación del enfermo lo permita intentaremos seguir un orden. En los casos de enfermos críticos, inestabilidad o en situaciones especiales deberemos adaptarnos a las circunstancias.

1.- Valoración inicial general del paciente e Historia Clínica: en un primer momento interrogaremos al enfermo por el motivo de su consulta requiriendo de él informes médicos previos que nos aporten información sobre sus patologías y situación basal. Valoración de las constantes vitales: T.A, F.C, F.R, Tª que deberán ser anotadas en la Historia Clínica que se realizará según lo comentado en el capítulo 1.

2.- Exploración física: debe ser lo más completa posible una vez estabilizado el paciente, si lo requiere.

3.- Iniciar tratamiento: si se precisa de forma inmediata, siendo en la mayoría de las ocasiones sintomático al principio hasta poder utilizar uno más específico.

4.- Pruebas complementarias: una vez evaluado el paciente y hecho un diagnóstico inicial de presunción, se solicitarán las pruebas complementarias mínimas necesarias en función de los síntomas y signos. Éstas nos ayudarán a confirmar o descartar nuestras sospechas y a realizar un tratamiento correcto. Para evitar errores y demoras en los resultados es imprescindible realizar los volantes correctamente e identificar de forma adecuada todas las muestras. Se deberá estar pendiente de los resultados de las pruebas para agilizar la toma de decisiones. Para algunas de las pruebas solicitadas será necesario que el paciente o sus familiares estén de acuerdo y firmen un consentimiento por escrito que se les facilitará.

5.- Información al enfermo y los acompañantes: es un paso fundamental ya que con frecuencia se producen quejas por no informar o por hacerlo con retraso. Al principio debe informarse sobre el posible diagnóstico, las pruebas complementarias que se van a llevar a cabo y la actitud que se va a seguir sobre el paciente.

Después de valorar los resultados de las pruebas y evolución del paciente durante su estancia en Urgencias decidiremos la actitud a seguir con el enfermo (observación,



ingreso, alta o traslado a otro centro), informando a los acompañantes de todo ello y contestando a las dudas que puedan plantearnos.

RECUERDA:

- ▲ El objetivo principal de la actuación en Urgencias debe ser intentar solucionar el problema por el que el paciente consulta con la mayor premura que sea posible. Si durante el estudio encontramos una patología asociada no será indicación de atención inmediata siempre que no suponga un riesgo vital para el paciente.
- ▲ En ocasiones es necesario emitir un parte judicial. (Ver capítulo 3: Aspectos Médico-Legales en Urgencias).

ZONAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS

Zona de "triage": debería estar ubicada directamente frente a la entrada de los pacientes ambulatorios. Aquí, el personal sanitario realiza una evaluación clínica breve para establecer la gravedad de un paciente respecto a otros enfermos, decidiéndose en ese momento la zona del área de Urgencias donde debe ser atendido (consulta rápida, box lento, críticos-reanimación, consulta de policlínica, observación). Esta actividad debería llevarse idealmente por médicos y/o enfermeros. Esta zona nace como consecuencia del aumento en la presión asistencial de las áreas de Urgencias debidas al "factor tiempo" (aumento de las situaciones en que la asistencia debe ser precoz, p.ej: cardiopatía isquémica, accidentes de tráfico...) y al "factor social" (el usuario exige una atención inmediata y rápida en la franja horaria en el que él crea más conveniente).

Zona de críticos-reanimación: contará con varias camas para emergencias y estará ubicada junto a la entrada de ambulancias. En esta zona se atenderán a los pacientes críticos, iniciándose inmediatamente medidas de resucitación o de mantenimiento de funciones vitales hasta la estabilización de los mismos o su traslado a la U.V.I.

Zona de consulta rápida (box rápido): a esta zona llegan problemas urgentes pero simples que pueden ser tratados de manera rápida y eficiente. Son atendidos por médicos residentes de años avanzados junto a médicos adjuntos que estarán disponibles para la consulta. La mayoría de estos enfermos son derivados a los médicos de Atención Primaria. Con esta zona se permite atender a más pacientes, con mayor rapidez y menor tiempo de espera. En general, son enfermos estables y que no precisan estar encamados.

Zona de box lento: en ella se reciben los enfermos que precisan atención urgente o inmediata y a aquellos que por su situación general necesitan estar encamados. En esta zona son estabilizados para pasar posteriormente a la zona de observación.

Zona de observación: son espacios físicos utilizados por las distintas especialidades. En esta área los pacientes llegan estabilizados de las áreas anteriores y permanecen en ella, hasta la resolución o mejoría del problema agudo, atendidos por personal específico de esta zona del Servicio de Urgencias. El enfermo puede permanecer en ella hasta 48 horas decidiéndose su alta o ingreso definitivo.

BIBLIOGRAFÍA:

- ▲ S.E.M.E.S (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias) Actitud integral en urgencias. [Citado en 15 de Noviembre del 2000]. Disponible en URL: http://www.semes.org/web_institucional/la_semes/semes_institucional.htm

- ▲ Moya Mir MS. Concepto de urgencia médica. En: Moya Mir MS., editor. Normas de actuación en urgencias. Clínica Puerta de Hierro. Ed. 2000. Madrid: Smithkline-Beechan; 2000. p. 23-26.
- ▲ Vicente Rañada M. Organización de la urgencia médica. En: Medina Asensio J, editor. Manual de urgencias medicas. Hospital 12 de Octubre. 2ª. ed. Madrid: Díaz de Santos; 1998. p. 29-30.