

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

URGENCIA: CALIDAD Y COSTO-EFICACIA

Drs. JOSE MIGUEL MARDONES U.*, RICARDO ESPINOZA G.**, EDGARDO CRUZ M.***

INTRODUCCION

La medicina de urgencia es una especialidad médica. Su objetivo principal es evaluar, manejar, tratar y prevenir toda enfermedad o lesión que, por la intensidad o gravedad de sus manifestaciones, requiere de una atención inmediata. Por esta característica, la atención de urgencia debe estar disponible las 24 horas del día como un componente esencial de todo sistema de salud. Los conocimientos y destrezas que un profesional en esta área domina, deben permitirle realizar una rápida evaluación y tratamiento inicial de cualquiera urgencia médica o de toda condición que el paciente crea requiere atención de urgencia. Además, por la naturaleza de su quehacer, debe estar disponible para todos los segmentos de la población, independientemente de su situación previsional. Esta tarea debe realizarse en un espacio físico conducente a la eficacia y eficiencia considerando la dignidad del paciente, las necesidades especiales de cada segmento de la población atendida y las instalaciones que los familiares o acompañantes necesitan. La atención de urgencia no se limita a su ámbito físico, sino que incluye una fase pre-urgencia (manejo *in situ*, estabilización y traslado), continúa en el servicio y concluye con la derivación de paciente a otros equipos de salud, ya sea en el ambiente intra o extra hospitalario, siendo responsabilidad de la urgencia velar que el paciente reciba la atención adecuada en este continuo.

Calidad y costo-eficacia no son términos nuevos. Por muchos años nuestra actividad se ha desarrollado sobre la base de conceptos y acciones que incluían de manera implícita los objetivos antes mencionados. Hoy, a través de principios claros nacidos de la experiencia y con el apoyo de una metodología científica que permite evaluar nuestras acciones, es posible explicitar las principales características de este proceso.

Para abordar este aspecto, lo haremos en relación a los problemas que enfrenta el Servicio de Urgencia del Hospital Clínico de la Universidad Católica y nos referiremos a las

soluciones que hemos seleccionado de acuerdo a nuestra experiencia y la vasta literatura internacional existente. Creemos que este enfoque puede resultar más útil que un análisis teórico exhaustivo.

PARTES DEL SISTEMA

El paciente

Por definición, toda persona que requiere de una atención de urgencia debe ser atendida en el lugar más próximo y con la disponibilidad adecuada para evaluar, manejar y tratar el problema por el que consulta. De esta proposición surgen varias consideraciones.

No todo lo que el paciente percibe como urgencia es una urgencia. Uno de los principales problemas de la calidad es ajustar las expectativas del paciente a lo que el prestador del servicio cree estar llamado a dar. Durante 1994, con una pauta simple, clasificamos el motivo de consulta en urgente y no urgente, entendiéndolo a esta última como toda atención que pudiese haber sido prestada en un ambiente de atención primaria de consulta o domicilio. Nuestros resultados confirmaron nuestra percepciones, ya que entre el 60 y 70% de las consultas entraron en la categoría de no urgente. Un 70% de los pacientes de este grupo estimó que ese era el lugar adecuado, un 80% respondió que siempre había consultado a servicios de urgencia por problemas similares y un 20% acudió porque no tenía tiempo para acceder a otra instancia. De la población estudiada en ese momento, un 70% tenía una cobertura total en los costos de atención de urgencia.

Son varios los estudios que han analizado retrospectivamente el motivo de consulta en los servicios de urgencia, concluyendo que entre uno y dos tercios de los pacientes pudieron haber resuelto su problema en un contexto de atención primaria. Nuestra realidad no se aleja del patrón internacional.

* Instructor de Medicina, Jefe Servicio de Urgencia.

** Subjefe, Servicio de Urgencia

*** Profesor Titular de Medicina. Director del Hospital Clínico.

Por otra parte, desde la perspectiva del personal de urgencia (médicos, enfermeras y auxiliares), esta situación fue vista como uso inapropiado de los recursos destinados a verdaderas urgencias, prolongación del tiempo de espera y motivo de estrés laboral. En las encuestas de satisfacción al usuario, con todas las limitaciones que éstas puedan tener al haber sido realizadas por nosotros mismos y al no poder medir las expectativas del paciente, el mayor grado de incorformidad estuvo en la demora de la atención (30 minutos a 2 horas).

Toda urgencia debe ser atendida. Más allá de cualquier consideración legal, la consideración ética implícita en nuestra actividad debe llevarnos, no sólo en el plano personal e institucional, sino como sociedad, a entender y ejercer este derecho de dar y recibir salud. Aquí fallamos y fallamos como sociedad. Es en el médico de urgencia en quien recae la decisión de dejar en una camilla un paciente infartado, sin los debidos cuidados, sin el tratamiento apropiado, por no disponer de otra alternativa. La pregunta sigue abierta, ¿quién paga los costos? Por el momento el paciente, a costa de su salud, y el personal de urgencia, a costa de frustración.

Recursos humanos

El médico. En el país, el médico de urgencia, "el postero" como se lo ha denominado peyorativamente, pareciera ser un profesional de menor categoría. Lejos están los días en que los profesores eran los que ocupaban los cargos de atención en los servicios de urgencia, o en que cualquier cirujano que se preciase de tal debía haberse entrenado en centros de urgencia bajo la tutoría de estos profesores. Son pocos los profesionales (porque todavía los hay) que están dispuestos hoy a hacer de la urgencia un proyecto de vida. Las condiciones son adversas: deben entrenarse en práctica; no hay educación médica continua en urgencia; no hay un espacio de reflexión entre los médicos que desarrollan esta actividad; deben mantener un sistema de turnos; sus ingresos no les permiten hacer de la urgencia su única actividad; son limitadas las expectativas de desarrollo. Muchos buenos médicos ven la urgencia como una instancia transitoria, un espacio donde redondear un ingreso hasta afianzarse en su práctica funcionaria y privada. En nuestro hospital, la urgencia se había constituido en una instancia transitoria para el académico joven, con el fin de mejorar un ingreso que su departamento era incapaz de cubrir. Con este elemento humano es difícil construir, ya que sus metas no están en el lugar donde hacen turnos y, por consiguiente, no hay ideas y si las hay, no hay proyectos, no se investiga, no se evalúa, no puede haber calidad ni costo eficacia.

Un médico general, especialista o subespecialista de otra área, puede dar la atención de urgencia, pero difícilmente podrá planificar, desarrollar, implementar y evaluar la eficacia de un sistema de salud de la complejidad de un servicio de urgencia. El salto cualitativo necesario en la medicina de urgencia debe excluir la improvisación, que debe ser reemplazada por una especialización programada. Así ha sido entendi-

do en otros países donde, no sin problemas, se han establecido sistemas con cuyos parámetros podemos evaluar objetivamente nuestro actual nivel.

Lo anterior significa que los servicios de urgencia formadores deben adquirir características académicas, tanto por la incorporación planificada de docentes a su planta, como por la coordinación con académicos de otros departamentos a través de interconsultas y actividades formativas.

La enfermera. Sin lugar a dudas enfermería tiene mucho que enseñarnos a los médicos en cuanto a organización. Desde 1993 incorporamos a nuestro servicio a la enfermera de admisión, con formación en el área de diagnóstico, tradicionalmente considerada en nuestro medio como inherente al médico. Estimulados por una necesidad y amparados en la experiencia internacional, su incorporación nos ha permitido hacer uso del recurso enfermería para diferenciar en el momento de ingreso aquellos pacientes con problemas más urgentes, que no pueden esperar un turno de atención. El sistema aún debe perfeccionarse, pero nos ha permitido mejorar la calidad de nuestra atención. Es interesante destacar que existe en nuestro país una Sociedad de Enfermería de Urgencia, que imparte a nivel nacional un curso de entrenamiento en técnicas avanzadas de manejo del trauma.

La interconsulta. Si bien el médico de urgencia tiene capacidad para resolver la mayor parte de la patología por la que consultan los pacientes, existen casos en los cuales es útil recurrir a ayuda especializada, escalonadamente desde el residente de la especialidad hasta el profesor. Esta es una ventaja comparativa para los servicios integrados a hospitales universitarios. El costo en la toma de decisiones, cuando no existen claros algoritmos de manejo del paciente, es inversamente proporcional al grado de experiencia del médico que toma las decisiones. La disponibilidad oportuna de un interconsultor experimentado disminuye tiempos de espera, costos en estudios, mejora resultados y satisfacción del paciente. La interrelación del servicio de urgencia con los servicios hospitalarios es esencial.

El psiquiatra. La prevalencia de consulta médico-psiquiátrica en nuestro medio es alta (10-20% de las consultas de urgencia) y por su complejidad requiere de atención integral y en equipo. Desde hace dos años se implementó la interconsulta psiquiátrica en nuestro Servicio de Urgencia para la patología grave, lo que ha significado una considerable mejoría en la calidad y expedición de la atención. Sin perjuicio de lo anterior, el médico de urgencia debe tener una importante formación en esta área.

Recursos físicos

Como ya se mencionó, la infraestructura debe ser conducente a la eficiencia y eficacia. Por otra parte, no se puede desconocer que ella debe conferir una imagen de seguridad, limpieza y comodidad. Hasta no hace mucho tiempo, nuestras plantas físicas no contemplaban espacios adecuados para los familiares, y la hostilidad de su diseño era sólo homologable

al de las oficinas públicas. Mesones altos, colas interminables, asientos incómodos e insuficientes, gente de pie, mala ventilación. En suma, un ambiente conducente a la irritación.

Nuestra actual planta física recuerda un poco esta descripción, pero en el curso de este año se hará entrega de una admisión con otra concepción. La recepción de pacientes será fácilmente identificable desde el ingreso al servicio, acogiendo estructuralmente al que consulta y con una disposición que permita resolver su admisión en un solo lugar. La espera se hará en salas diferenciadas para adultos y niños. Los pacientes que ingresen en camilla tendrán un acceso independiente y directo, no a través de la recepción general.

La señalización en la periferia de un Servicio de Urgencia debe ser lo suficientemente clara como para no retrasar la atención. De más está decir que el acceso al mismo debe ser expedito.

EL SISTEMA DE ATENCION

Atención Primaria y Atención de Urgencia

Al reconocer que el 70% de nuestros pacientes consultan por problemas de atención primaria, debemos preparar nuestro sistema para atenderlos diferencialmente, optimizando nuestros recursos y reduciendo consecuentemente los costos derivados de su atención. La priorización por enfermería (triage en la literatura especializada) desempeña un papel fundamental, pudiendo mediante simples algoritmos diferenciar efectivamente al paciente de urgencia del de atención primaria, iniciando la atención desde el ingreso del paciente a la recepción del Servicio de Urgencia. Esta modalidad tiene muy buena sensibilidad para discriminar entre ambos tipos de pacientes, lo que de acuerdo a la literatura anglosajona tiene una relación costo beneficio adecuada. Además, el paciente recibe una primera atención y orientación casi inmediata por alguien calificado, reduciendo así la ansiedad de la espera. La disposición interna de la planta física debe considerar una división entre ambos tipos de atención, y el recurso humano debe adecuarse a las características propias de cada una.

La reorganización de nuestro sistema de atención desde mediados de 1995 nos ha permitido reducir los tiempos de espera, pese a atender el mismo número de pacientes con el 75% del personal antes empleado. En los últimos meses hemos incrementado nuestro número de atenciones en un 15%, demostrando que el sistema puede absorber incrementos aún mayores sin resentir la calidad de la atención, si la medimos en tiempo de espera.

LOS FLUJOS

Hacia el Servicio de Urgencia. Los pacientes acceden a nuestro servicio por sus propios medios o son trasladados por ambulancias de otras instituciones. Si bien existe la alternativa de montar una red propia de ambulancias, el costo beneficio de ella necesita ser evaluado. En todo caso, existe una responsabilidad hacia los servicios de ambulancia que no cuen-

tan con dirección médica y se encargan exclusivamente del traslado de pacientes, respecto a formar al personal de la misma, de manera que nuestros pacientes sean trasladados en las mejores condiciones posibles. De igual manera, estamos empeñados en participar en actividades de extensión que involucren la prevención de accidentes, el manejo de situaciones de primeros auxilios, de tal forma que nuestros pacientes lleguen en mejores condiciones.

Desde el Servicio de Urgencia. La urgencia genera flujos internos hacia laboratorios generales y de especialidad, a rayos, a servicios de hospitalización, etcétera. La relación entre los diferentes servicios del hospital y la urgencia es fundamental para mejorar la calidad de la atención, mantener una actitud constante de acogida al paciente que consulta y facilitar su ingreso.

La derivación programada desde la urgencia hacia los sistemas de atención ambulatoria es de vital importancia, ya que permite mantener la continuidad de la atención médica y retroalimentar al Servicio de Urgencia sobre la calidad de su atención.

LOS COSTOS Y LA EFICACIA

En los últimos años hemos asistido y formado parte de la escalada en los costos de salud y los indicadores generales apuntan a que los mismos seguirán incrementándose. Su origen es multifactorial y complejo. Recordaremos algunos:

1.- El incremento de la drogadicción, malos hábitos y estilos de vida poco saludables; las crecientes tasas de accidentes automovilísticos y de SIDA son algunas consideraciones sociobiológicas que incrementan dramáticamente los costos y que escapan muchas veces del área de intervención de la salud.

2.- El desarrollo tecnológico y la sobreutilización de estos recursos.

3.- La población creciente de ancianos.

4.- El aumento de la demanda.

5. El ejercicio de una "medicina defensiva" que busca proteger al médico de aparecer en las primeras páginas de los diarios.

6.- No existe todavía una definición universalmente aceptada de un estándar de atención costo efectivo sobre el cual guiar los parámetros de atención.

El objetivo final de nuestro quehacer es dar la mejor atención posible a nuestros pacientes. Muchos asocian una mejor atención con el aumento de recursos y consecuentemente de los costos. En ocasiones, efectivamente lo costo-efectivo es más caro; nadie negará la eficacia de una TAC de cerebro vs la impresión clínica ante un déficit neurológico agudo. Sin embargo, ¿cuántas de nuestras acciones están debidamente fundamentadas en la evidencia científica existente?. En 1984 la OTA (Office of Technology Assessment) objetivó que sólo entre un 10 y 20% de los procedimientos clínicos utilizados en la práctica médica de la época habían demostrado su eficacia en estudios controlados; investigaciones efectuadas en los años '90 demuestran cifras similares. Mucho de lo que hace-

mos tiene un origen obscuro que se pierde en la bruma de las experiencias personales y de ensayos metodológicamente cuestionables.

En los últimos años ha habido un interés creciente en el desarrollo de normas de atención, con la esperanza de que éstas reduzcan los usos inapropiados y mejoren la calidad y eficacia en el cuidado de nuestros pacientes, permitiéndonos estimar nuestros costos y consecuentemente planificar. Las normas que cumplan con la rigurosidad de la evidencia disponible y su continua revisión nos permiten evaluar con objetividad nuestra actividad.

REFERENCIAS SELECCIONADAS

- 1.- ACEP. Definition of emergency medicine and the emergency physician. *Ann Emerg Med* 1986; 15: 1240-1241.
- 2.- Emergency Nurses Association. *Standards of Emergency Nursing Practice*, 2nd Edition. St. Louis, CV Mosby Co, 1990.
- 3.- Primary care in the emergency room high in cost and low in quality. *N Engl J Med* 1982; 306: 998.
- 4.- The effectiveness of an organized emergency department follow-up. *Ann Emerg Med* 1986; 15: 911-915.
- 5.- Emergency department satisfaction What matters most? *Ann Emerg Med* 1993; 22: 586-591.