

ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE CIRUGIA DE URGENCIA

Dr. JUAN E. CENDAN ALFONZO

La organización de los Servicios de Cirugía de Urgencia debe variar de acuerdo con las necesidades, en función de las características regionales, la densidad y distribución de la población, la importancia de las unidades hospitalarias, etc.

De una correcta y adecuada adaptación al medio, depende la eficacia de su funcionamiento, cuya importancia es decisiva por su repercusión en lo individual, lo económico y lo social.

Una incorrecta conducción del enfermo quirúrgico de urgencia significa:

- Riesgo de vida.
- Pérdida de la oportunidad (a veces la única) del tratamiento correcto de una enfermedad.
- Prolongación del período de hospitalización y aumento de los gastos de tratamiento.
- Prolongación del tiempo de inhabilitación y aumento de la tasa de invalidez.
- Repercusión familiar y social.

Para asegurar la máxima eficiencia en la prestación de la asistencia quirúrgica de urgencia, hay que partir de las siguientes bases:

a) El enfermo de urgencia debe ser atendido por el mismo equipo de técnicos, desde su ingreso hasta la resolución del problema, incluyendo el postoperatorio. Es la única manera de asegurar su correcta asistencia técnica.

b) La meta en cirugía de urgencia es la solución integral del problema planteado por el accidente agudo y el tratamiento de la enfermedad de fondo que lo determinó, abreviando al máximo posible el período de recuperación.

c) La exigencia del trabajo en equipo es actualmente un imperativo. La extrema variedad de situaciones que se plantean hace también que no sea posible pretender que un solo técnico o equipo debe actuar en todos los casos. La especialización en cirugía, abarca también la especialización en cirugía de urgencia.

En base a estas premisas debe ser encarada la organización de los Servicios de Cirugía de Urgencia.

Ante todo, es necesario adecuar los servicios al tipo de enfermos a los que deben prestar asistencia. En ese sentido, por sus requerimientos diferentes, pueden distinguirse cuatro grupos:

- 1) Los quemados.
- 2) Los traumatizados.
- 3) Los ebrios y los excitados.
- 4) Los enfermos agudos quirúrgicos.

Es indudable que la importancia y la interdependencia de los servicios destinados a estos cuatro grupos de enfermos, dependen fundamentalmente de las condiciones regionales y de la importancia del hospital.

1) LOS QUEMADOS

La buena asistencia del quemado, y me refiero al quemado grave, exige un servicio especializado y bien equipado, autónomo, por las necesidades específicas de estos enfermos y por su inevitable interferencia, perjudicial en ambos sentidos, cuando son atendidos en servicios de cirugía comunes. El Dr. Suárez Meléndez se ocupará de este problema.

2) LOS TRAUMATIZADOS

¿Cuál es nuestro sistema? A partir de la inauguración del Instituto de Traumatología, y por Orden General de Servicio del Ministerio de Salud Pública, todos los traumatizados fueron concentrados allí. La consecuencia fue gran eficiencia en su tratamiento, economía en instalaciones y en personal, con las ventajosas consecuencias en lo individual y en lo colectivo.

Pero esta gran conquista trajo aparejados serios inconvenientes que no han tenido sino soluciones parciales y que deben ser seriamente encarados:

—Por una parte, la mala asistencia de los heridos con traumatismos esqueléticos que llegan a los hospitales de agudos, en virtud de la falta de material adecuado para su tratamiento de emergencia, y por no disponer de técnicos especializados, ya que su presencia en los hospitales de agudos no se justifica por el exiguo volumen de trabajo.

—Por otra, la inadecuada asistencia de los traumatizados graves de tórax, abdomen, encéfalo, etc., cuando deben ser atendidos en el Instituto de Traumatología.

Aparte de que sería imposible pretender concentrar en el Instituto de Traumatología todos los traumatismos sin excepciones, aún en épocas normales, resultaría muy difícil y oneroso organizar en él la asistencia integral de los traumatizados viscerales graves.

En estos aspectos, en base a la proximidad del Hospital de Clínicas y el Instituto de Traumatología, se ha buscado solucionar estos problemas haciendo que el personal de guardia del Instituto de Traumatología sea llamado para atender de urgencia a los traumatizados osteoarticulares que llegan al Hospital de Clínicas y no pueden ser trasladados de inmediato, y viceversa. Pero esta solución, aceptable en lo relativo al Hospital de Clínicas, no lo es respecto al Instituto de Traumatología, donde el traumatizado visceral no puede ser bien atendido, obligando a plantear el traslado con todos sus inconvenientes.

Respecto a los hospitales de Salud Pública, es imperativo dotarlos del material necesario para el adecuado tratamiento de emergencia del fracturado que por sus lesiones asociadas no puede ser trasladado.

Creo que la mejor y más práctica solución de estos problemas sería:

- Que el propio Instituto de Traumatología suministrara a los hospitales de agudos el material necesario y los técnicos especializados para el tratamiento de emergencia.
- Que todo traumatizado con traumatismos viscerales, fuera trasladado a los hospitales de agudos, para su observación y su tratamiento de emergencia.

3) LOS EBRIOS Y LOS EXCITADOS

El problema que ellos plantean en nuestros hospitales de agudos, no ha sido seriamente encarado. Sin embargo su número y por la total perturbación que esta situación acarrea a menudo en los servicios de urgencia, requieren consideración especial. Cabe incluir en este grupo a los detenidos por delitos comunes que están a disposición de la Justicia.

No podemos extendernos en este problema, pero diremos que la necesidad de locales de aislamiento, donde pueden ser adecuadamente tratados y vigilados, es obvia.

4) ENFERMOS AGUDOS QUIRURGICOS

Es para este grupo que estableceremos los requerimientos fundamentales en materia de organización.

Consideraremos tres aspectos en la organización de los Servicios de Cirugía de Urgencia:

- 1) Necesidades en materia de *instalaciones*.
- 2) Necesidades en materia de *personal técnico*.
- 3) Vinculaciones del Servicio de Cirugía de Urgencia con los demás Servicios Quirúrgicos del Hospital.

1) INSTALACIONES

Las instalaciones requeridas para el correcto funcionamiento del Servicio de Cirugía de Urgencia son:

a) *Servicio de Internación*, que, para ser breves, debe llenar con ligeras variantes, todas las condiciones exigidas para los Servicios de Recuperación.

El enfermo de urgencia debe permanecer en el Servicio de Internación mientras requiere vigilancia estrecha, preparación preoperatoria o tratamientos eventuales (del shock, hemorragia, trastornos metabólicos agudos, intubación, maniobras endoscópicas, etc.). Salvo excepciones, pasará dentro de las veinticuatro horas, al Servicio de Cirugía correspondiente.

Insistimos en la importancia de la estrecha vinculación de este Servicio con el Block Operatorio, y su adecuado equipamiento y situación para los tratamientos de urgencia y los estudios radiológicos y de laboratorio. La vigilancia por personal de enfermería especializado, es fundamental en él.

b) *Block Quirúrgico*.— La índole muy variada de las intervenciones de cirugía de urgencia exige, para su correcta realización, equipamientos completos, con locales adecuados para neurocirugía, cirugía vascular, cirugía plástica y de la mano, traumatología, cirugía séptica, quemados, etc.

Equipar en esas condiciones un Block exclusivo para Cirugía de Urgencia, resulta impracticable. Esa instalación sólo puede ser ofrecida por el Block Quirúrgico general del Hospital. Las objeciones al respecto son conocidas:

—Interferencia con el funcionamiento normal del Block.

—Desplazamientos de personal, enfermos, etc.

Pero estos inconvenientes pueden ser resueltos con soluciones intermedias, habilitando salas exclusivas para la cirugía de urgencia, con las condiciones mínimas necesarias para la cirugía séptica y la cirugía de urgencia corriente.

c) *Servicios Auxiliares*.— Los requerimientos en este aspecto no difieren de los del Block Quirúrgico general. Pero hay

que insistir en la necesidad de la estrecha conexión del Servicio de Internación, con los de Radiología, Anestesiología, Hemoterapia y Laboratorio. Además, es absolutamente necesario contar con local adecuado y bien equipado para la endoscopia de urgencia (citoscopia, rectosigmoidoscopia, esófago y broncoscopia).

d) *Habitaciones para los técnicos.*— Sobre este punto diremos, simplemente, que los locales destinados a los técnicos, dotados del confort necesario, deben ser situados en lugares de fácil acceso al Servicio de Internación y Block Operatorio, para evitar perjudiciales desplazamientos. pérdida de tiempo y desorden.

2) PERSONAL TECNICO

El personal técnico de guardia que se requiere para asegurar una correcta asistencia del enfermo quirúrgico de urgencia, tal como lo hemos visto, es muy numeroso. Su importancia dependerá además, de la del Hospital. Resultaría así muy oneroso y en algunos casos imposible de realizar. Pero no es necesario que todo el personal de guardia permanezca en el Hospital. De ese modo, se pueden llenar todas las necesidades en forma práctica y efectiva.

El personal técnico de guardia para un hospital importante (tipo Hospital Maciel, Pasteur, Clínicas) debe comprender:

a) *Personal interno:*

- Cirujano Interno (categoría asistente).
- Cirujano adjunto (categoría adjunto).
- Practicantes Internos.
- Médico Interno.
- Anestesista.
- Transfusionista.
- Laboratorista especializado en problemas humorales.
- Técnico radiólogo.

b) *Personal de guardia en domicilio:*

- Cirujano Jefe.
- Cirujanos especializados (neurocirugía, cardiovascular, plástica, urología, traumatología, oftalmología, broncoesofagología y otorrinolaringología).
- Médico Radiólogo.
- Anatomopatólogo.

La continuidad en la asistencia del enfermo agudo por el mismo equipo técnico, en el momento que más lo necesita, exige guardias no menores de 24 horas. Períodos menores conspiran contra el normal desempeño de la guardia. Para poder cumplir con esta exigencia, los técnicos tienen que tener día de guardia fijo, en la semana; pueden así organizar sus tareas extrahospitalarias, sin necesidad de salir del hospital durante las horas de guardia.

Las guardias de corta duración y rotativas, llevan inevitablemente a la desorganización del Servicio.

3) VINCULACIONES DEL SERVICIO DE CIRUGIA DE URGENCIA CON LOS DEMAS SERVICIOS QUIRURGICOS DEL HOSPITAL

Es un aspecto muy importante a tener en cuenta en la organización de los Servicios de Cirugía de Urgencia.

Esquemáticamente pueden distinguirse cuatro tipos de organización:

a) Servicios de Cirugía de Urgencia *independientes*, con locales propios y servicios descentralizados, vinculados o no a los demás servicios de urgencia, primeros auxilios y asistencia externa. Entre nosotros no existe este tipo de organización. No ofrece ventajas sobre los que veremos. Además, para ser completo es muy oneroso, pues requiere la multiplicación de instalaciones y personal especializado.

b) Servicios de Cirugía de Urgencia *independientes*, dentro de los hospitales de agudos, con instalaciones y personal téc-

nico exclusivos. Es el tipo de organización más corriente, que se ha proyectado para nuestros hospitales, y en cierto modo el que existe actualmente en el Hospital de Clínicas, pero ofrece claros inconvenientes.

Estos dos primeros tipos tienen como inconveniente fundamental, que el Servicio de Cirugía de Urgencia se convierte en un servicio más de cirugía general, llegando incluso a no disponer de camas libres para los enfermos agudos.

Además, constituyendo los enfermos de cirugía de urgencia alrededor del 30 % de los enfermos quirúrgicos, no pueden ser sustraídos, sin serios inconvenientes, a los servicios de cirugía general, y en especial los docentes.

c) Servicios de Cirugía de Urgencia *integrados* en los distintos servicios de cirugía del hospital, con guardias realizadas rotativamente por el personal técnico de dichos servicios.

Es el tipo de organización que se dio al Hospital de Clínicas en su comienzo y que tiene, entre otros inconvenientes, interferir con la labor técnica y docente dentro del servicio, y no contar con personal técnico propio y equipos de guardia debidamente especializados y responsables.

d) Servicios de Cirugía de Urgencia *autónomos*, dentro de los hospitales de agudos, con instalaciones propias, y con personal especializado, pero *integrado* en los demás servicios de cirugía del hospital.

Este último tipo de organización es el que consideramos ofrece las mayores ventajas y los menores inconvenientes. Es el que hemos defendido para el Hospital de Clínicas desde su inauguración, y que parece actualmente es aceptado. También puede ser adoptado con algunas variantes, para Salud Pública, según la importancia del hospital.

El Servicio de Internación, de agudos, es aquí atendido por equipos especializados y responsables, que, vinculados a los distintos servicios quirúrgicos del hospital, cuyo personal integran, aseguran el nexo indispensable para la asistencia correcta del enfermo quirúrgico agudo, en sus pasos sucesivos por el Servicio de Internación, el Quirófano, el Servicio de Recuperación y el Servicio de Cirugía a que se le destina finalmente.