Descargado el: 18-11-2026 ISSN 1727-897X

ARTÍCULO ESPECIAL

Tres décadas de transformaciones, experiencias y desafíos en un servicio de urgencia hospitalario

Three Decades of Transformations, Experiences and Challenges in an Emergency Department

Carlos García Gómez[1]

[1] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100

Cómo citar este artículo:
García-Gómez C. Tres décadas de transformaciones, experiencias y desafíos en un servicio de urgencia hospitalario. **Medisur** [revista en Internet]. 2016 [citado 2026 Nov 18]; 14(2):[aprox. 3 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3213

Resumen

La calidad de la asistencia médica que se brinda en los servicios de urgencia hospitalarios, depende en gran medida del soporte estructural y organizativo disponible en dichos sitios. Con el objetivo de exponer algunos elementos que reflejan la sobresaturación del servicio de urgencia hospitalario del Hospital General Dr. Gustavo Aldereguía Lima, así como sus posibles causas y consecuencias, se elaboró el presente artículo. Se realizó un recordatorio cronológico de las trasformaciones organizativas más importantes, ocurridas en función de mejorar la calidad asistencial. Se aportaron datos relacionados con el incremento de la asistencia médica en los últimos años, así como acerca de los factores que pueden afectar la capacidad resolutiva del servicio de urgencia hospitalario.

Palabras clave: servicio de urgencia en hospital, calidad de la atención de salud, sistemas de atención de salud

Abstract

The quality of emergency care in hospitals depends largely on the structural and organizational resources available in such settings. This paper aims to show some elements that reflect the overcrowding of the emergency department of the Dr. Gustavo Aldereguía Lima General Hospital and its possible causes and consequences. A chronological summary of the most important organizational transformations that have been implemented in order to improve the quality of care was performed. Data related to the increased use of this service in recent years were provided, as well as factors that may affect the response capacity of the emergency department.

Key words: Emergency service, hospital, quality of health, delivery of health care

Aprobado: 2016-03-24 15:38:13

Correspondencia: Carlos García Gómez. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos carlosagz@jagua.cfg.sld.cu

INTRODUCCIÓN

El Sistema de Salud Cubano se ha perfeccionado y fortalecido desde el triunfo de la Revolución, y con él los servicios de urgencias se han adecuado a las exigencias de nuestros tiempos, para conformar así un sistema capaz de dar solución de forma efectiva, adecuada y oportuna, respecto a las demandas de la población.[1]

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define que la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente durante el proceso.

Según la OMS la calidad debe cumplir los siguientes requisitos:[2]

- Alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos.
- Un mínimo de riesgo para el paciente.
- Alto grado de satisfacción para el paciente.
- Impacto final en la salud.

La calidad radica en cumplir con los requerimientos para satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios. Lo complejo de lograrla en un servicio de salud, radica en las múltiples variables que influyen para lograr la satisfacción de los usuarios. En la actualidad se ha incrementado el nivel de información de los usuarios y por lo tanto su nivel de exigencia; así mismo, ha disminuido la mentalidad de competencia y mejora por parte del personal médico y administrativo.

Durante varios años hemos estudiado diferentes aspectos relacionados con la medicina de urgencia.[3-5] En el presente artículo se pretende exponer algunos elementos acerca de la sobresaturación del servicio de urgencia hospitalario (SUH) del hospital general Dr. Gustavo Aldereguía Lima (HGAL).

DESARROLLO

Breve reseña histórica

En sus inicios, el sistema de urgencias del HGAL difería de como se conoce hoy. Varias transformaciones han tenido lugar en el orden estructural y tecnológico en los últimos quince años, todas con el objetivo de elevar la calidad de la asistencia médica. Una de las primeras modificaciones llevadas a cabo a finales de la década de los años 90, fue la apertura de la unidad de atención al grave (UAG), compuesta por especialistas entrenados en la atención a este tipo de enfermo. Esta unidad fue diseñada para el manejo de pacientes con demanda de atención médica inmediata, lo que garantizaría la asistencia priorizada a este tipo de enfermo. Otro logro importante fue la incorporación del sistema de clasificación según código de colores—en lo cual nuestro hospital fue pionero a nivel de país—, que permite clasificar a los pacientes de acuerdo a su morbilidad.[6]

- Código verde: paciente que no necesita acudir al hospital para resolver su problema de salud (puede ser resuelto en el nivel primario de atención). En el centro provincial de urgencias y emergencias médicas (CPEM) puede esperar para ser atendido, es la menor prioridad.
- Código amarillo: paciente con enfermedad de urgencia que debe ser atendido en el nivel secundario (hospital), pero cuya vida no peligra de forma inmediata, por lo que debe ser atendido antes de los 30 minutos.
- Código rojo: paciente con peligro inminente para la vida; su atención es prioritaria (emergencia). Debe ser atendido de forma inmediata.

En el año 1999 se comienza a aplicar la trombolisis en el SUH para pacientes con infarto agudo del miocardio,[7] reduciendo de manera significativa el tiempo entre el evento coronario y la asistencia médica especializada. Un año después se incorporó la tomografía axial computarizada como proceder de urgencia para todos los pacientes con sospecha de enfermedad neurológica aguda, siendo más amplio su uso en la enfermedad cerebrovascular.

En el año 2001 se introducen las guías de buenas prácticas clínicas del servicio de urgencia, quedando establecidos los diferentes protocolos de actuación de las especialidades que tributan al SUH. En el año 2002 se inaugura el CPEM, nombre con el que se designó el SUH. A partir de ese momento la urgencia quedó divida en dos áreas bien establecidas: una amarilla, compuesta por todas las especialidades médicas afines; y un área roja (otrora UAG) devenida en unidad de

cuidados intensivos emergentes (UCIE). Este último sitio cuenta con la ventaja de asistir a los pacientes de manera inmediata, pues se encuentra ubicado en la puerta de arribo de pacientes graves al hospital; además, dispone de una mejor capacidad de atención dado el mayor espacio físico con que cuenta.

Con la creación del CPEM se inició un proceso de dedicación exclusiva a la urgencia, es decir, "éramos un grupo de clínicos", en su gran mayoría especialistas recién graduados que asumíamos la asistencia médica del área clínica de urgencia las 24 horas del día. Dicha modalidad dejó de funcionar cuatro años más tarde, dada la poca disponibilidad de especialistas para desempeñar tal función. Otro avance importante fue la creación y la puesta en funcionamiento de la unidad quirúrgica de emergencia (UQUE), sitio independiente de la unidad quirúrgica central y encargado de asumir de manera inmediata toda la urgencia quirúrgica que llegara al HGAL.

Desafíos poblacionales

En la década de los 80 se reportó la cifra más elevada de casos vistos en el servicio de urgencia del hospital, que en los años siguientes decreció. A juicio del autor, esta disminución estuvo relacionada con la posterior revitalización de la atención primaria de salud (APS). El incremento del número de consultorios del médico de la familia y la puesta en marcha del policlínico principal de urgencias (PPU), centro que entonces disponía de recursos humanos entrenados en la asistencia a pacientes con urgencias médicas -representando un eslabón intermedio entre la APS y el HGAL- contribuyeron a disminuir de manera significativa el número de pacientes clasificados como código verde que asistían al sistema de urgencia del hospital.

Son varias las causas que han propiciado un incremento en el número de pacientes que acude al CPEM en los últimos años –más evidente a partir del año 2007-, algunas de ellas relacionadas con las transformaciones sucesivas que han tenido lugar en la APS y la reducción significativa del número de consultorios debido a reestructuraciones organizativas, otras con la asistencia de pacientes al servicio de urgencia sin referencias médicas, es decir, de manera espontánea, sin tener en cuenta la APS como primera opción. Esto, unido al creciente número de remisiones médicas inadecuadas y a la aparición reciente de enfermedades reemergentes como la influenza, el dengue y el cólera, justifican, en parte, el aumento de la morbilidad en la urgencia del HGAL.

El envejecimiento poblacional también constituye un desafío adicional para los SUH; es evidente el incremento del número de consultas en la urgencia a expensa de pacientes geriátricos, grupo etario con mayor incidencia de enfermedades crónicas degenerativas, y mayor demanda de asistencia médica. El HGAL es un reflejo de este fenómeno poblacional, al contar con una población de referencia de más de 400 mil habitantes[8] con tendencias al envejecimiento progresivo. El 60 % de los casos remitferidos al SUH y más del 80 % de los ingreso del HGAL corresponde a pacientes geriátricos.

Capacidad de ingreso disminuida

El adecuado funcionamiento de los SUH depende en gran medida del movimiento hospitalario, tanto en salas de especialidades clínicas y quirúrgicas, como en salas de cuidados progresivos. Si las estadías son prolongadas, si las camas hospitalarias son insuficientes, entonces la sobresaturación del servicio de urgencia es un hecho.

Al revisar el comportamiento de la variable *estadía hospitalaria*, se observa que no se ha incrementado en los últimos tiempos, sin embargo, el déficit de camas del HGAL repercute de manera negativa en los procesos que tienen lugar en la urgencia. La no disponibilidad de camas de manera expedita, propicia que los enfermos pendientes a ingreso tengan que continuar esperando en el SUH.

Los pacientes con criterio de ingreso en salas de cuidados progresivos, también son candidatos a prolongar su estancia en el servicio de urgencia, ya que en muchas ocasiones las distintas unidades de terapia no pueden efectuar sus traslados a salas abiertas por carencia de camas. La reducción de las capacidades de admisión es generalizada, problema este con consecuencias siempre negativas para el SUH, pues debe seguir funcionando y admitiendo pacientes durante las 24 horas del día.

Algunos elementos que podrían explicar la insuficiente disponibilidad de camas con que cuenta el HGAL, son los siguientes:

- Reducción del número de camas de uso clínico después de la incorporación de la maternidad

(200 camas menos).
- Disminución de aproximadamente ¼ de la capacidad de ingreso, propiciado por el cierre de una torre, debido a necesarias e impostergables reparaciones.
- Apertura de tres salas para el manejo de pacientes con sospecha de dengue y cólera, fenómenos relativamente nuevos en el HGAL y que en ocasiones demandan más camas.
- Envejecimiento poblacional creciente, que demanda atención a enfermos polimórbidos y en condiciones cada vez más precarias.

CONCLUSIONES

El efecto negativo de la sobreexplotación a la que está sometido el SUH del HGAL, se evidencia en esperas innecesarias, insatisfacciones de los pacientes y familiares, diagnósticos tardíos, violencia verbal y física hacia el personal de salud, mala comunicación médico-paciente, gasto de recursos, incremento de la carga de trabajo, peligrosa demora para los códigos rojos, lentitud del servicio demandado (consulta médica y de enfermería, radiología, electrocardiografía, etc.). Esta situación obedece a múltiples causas, muchas de ellas de reciente aparición y otras arraigadas en el tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chan De La Rosa M, Alemán Lage MC, García Roche R, Miranda JR. Evaluación de la calidad de la atención médica en el subsistema de urgencias del municipio 10 de octubre, 1997. Rev Cubana Salud Pública. 2000 ; 24 (2): 110-6.

2. Gilmore C, de Moraes Novaes H. Manual de Gerencia de la calidad [Internet]. Washington DC: OMS; 1996. [cited 18 Abr 2015] Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174005/1/Manual de gerencia de la calidad (3), 9.pdf.

3. García Gómez C, Rivero Rodríguez R, Rivero Ortega R, Nieto Cabrera R, Rodríguez Amador L. Efectividad del proceso de remisiones médicas en servicios de urgencia [Internet]. Cienfuegos: Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima; 2006. [cited 6 Dic 2015] Available from: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/028_-_efectividad_del_proceso_de_remisiones__medicas_en__servicios_de_urgencia.pdf.

4. García Gómez A, Delgado Figueredo R. Intervención en el proceso de clasificación del Centro de Emergencia Médica [Internet]. Cienfuegos: Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima; 2006. [cited 6 Dic 2015] Available from: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/029_-_intervencion_en_el__proceso_de_clasificacion_del_centro_de_emergencia_medica.pdf.

5. García Gómez C, Nieto Cabrera R. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la emergencia hipertensiva. Medisur [revista en Internet]. 2009 [cited 8 Oct 2015] ; 7 (1): [aprox. 12p]. Available from: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/731/862.

6. Rodríguez Suárez G, Leal Oliver A, Rodríguez Fernández F. Impacto del sistema de clasificación aplicando códigos de colores en la urgencia de Ortopedia. Rev Cubana Ortop Traumatol [revista en Internet]. 2001 ; 15 (1-2): [aprox. 8p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-215X2001000100003&lng=es.160113.

7. Ordúñez García P, Iraola Ferrer M, Salinares Y, La Rosa-Linares Y. Reducing mortality in myocardial infarction: Experience in Cuba shows optimizing thrombolysis may reduce death rate in poor countries. BMJ. 2005 ; 330 (7508): 586.

8. Oficina Nacional de Estadística e Información [Internet]. La Habana: ONEI; 2013. [cited 5 May 2015] Available from: http://www.one.cu/EstadisticaPoblacion/EstadisticaPoblacion.asp.