

Revista Mexicana de Medicina de Urgencias

Volumen
Volume 1

Número
Number 1

Enero-Marzo
January-March 2002

Artículo:

Unidades de observación y la práctica de la medicina de urgencia

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Sociedad Mexicana de Medicina de Emergencia A.C.

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



[Medigraphic.com](http://www.Medigraphic.com)

Unidades de observación y la práctica de la medicina de urgencia

Dr. Rubén Gutiérrez Luna*

Palabras clave: Unidades de observación, urgencias.

Key words: Observation units, emergency department.

A lo largo de la historia de la medicina se han suscitado un sinnúmero de eventos que han marcado la pauta para el progreso de la medicina, hablando en todos los aspectos, pero sin duda un aspecto que es y será relevante son las áreas de observación, esos espacios que inicialmente sólo servían para vigilancia y hacer observación objetiva del enfermo. Se sabe de la historia que ya Hipócrates en el año 410 a.C. realizaba internamientos para observar el comportamiento de los enfermos. En Egipto en el año 1700 se tiene documentado un espacio físico para la estancia de los pacientes en espera de la resolución a sus padecimientos, no es hasta 1960 con la Guerra de Vietnam en que las áreas de observación se vuelven un recurso indispensable en el tratamiento de los pacientes hospitalizados, no sólo para observación sino también para la resolución a sus problemas de salud. Estos dos últimos puntos: observación y resolución son los que han marcado la evolución de estos servicios dentro de los hospitales, a lo largo de todos estos años se han buscado alternativas para reducir tiempos de estancia, mejorar diagnósticos de ingreso y de egreso, implementando terapéuticas de vanguardia, elevando así la esperanza de vida de cada uno de los pacientes que ahí ingresan; diversas organizaciones se han dado a la tarea de unificar y perfeccionar los lineamientos que rigen las unidades de observación y en 1998 la Sociedad Médica Americana da los lineamientos para optimizar los recursos materiales y humanos para que las unidades de observación sean hoy en día el reflejo del hospital, en relación a la capacidad resolutive de éste, promoviendo la estandarización de algoritmos para el tratamiento de un sinnúmero de patologías, reconociendo que existen urgencias reales y urgencias sentidas y que cada una de estas urgencias merecen una atención individualizada. La medicina de urgencia, en estas circunstancias juega un papel preponderante ya que este especialista se está capacitando para enfrentar todos los advenimientos que se presentan en las unidades de observación, pero es bien cierto que la medicina de urgencia es joven y aún no se cuenta con una vasta experiencia, ya que

ésta se adquiere con la práctica de la medicina día con día aun en años, de ahí que reconozcamos la labor que realizan otras especialidades afines, principalmente medicina interna, cirugía general, medicina familiar y médicos generales, que con tenacidad se enfrentan al diario quehacer de la medicina de urgencia adquiriendo en su práctica médica, paciencia, tenacidad y experiencia como dijera los maestros, el ojo clínico, ese pequeño detalle que hace la diferencia.

No hay que olvidar que las unidades de observación son sitios habilitados para recibir todo tipo de pacientes tanto de urgencia médica, como de urgencia traumática, en este último rubro la famosa hora dorada es el punto cardinal de la atención ya que si se cumple, la unidad es considerada como eficiente y resolutive y esto para los indicadores es aceptable. En los últimos años se han tomado como indicadores e incluso institucionales, cuántos pacientes ingresan y cuántos egresan, y bien porque ingresamos pacientes a observación, primero porque el paciente cursa con una enfermedad con un alto grado de complicaciones graves y segundo porque el diagnóstico inicial es dudoso, con estos dos conceptos la mayoría de los pacientes que ingresan a observación se justifica, pero existen dos conceptos que no debemos de olvidar, el primero es saber que existen enfermedades riesgosas y segundo que existe un término denominado probabilidad. A lo que me refiero es lo siguiente: cuando nosotros atendemos a un individuo, que acude a urgencias por presentar dolor torácico, se interroga, se explora, vertiéndose un diagnóstico inicial en donde los factores de riesgo incrementan la probabilidad de que el paciente esté cursando con angina inestable, o infarto agudo al miocardio, incrementando así la morbimortalidad de la unidad de observación. Cuando decidimos internar a nuestro paciente, lo ideal en relación a la evaluación y al manejo, es una estancia de 2 a 6 horas como mínimo en el paciente grave, y hasta 24 horas en el paciente no grave, debe de suponerse que la capacidad de resolución es aceptable; el paciente grave se envía a dos destinos, uno es terapia intensiva, o a quirófano y la otra es su traslado a un nivel de atención más especializado. Pero eso es lo ideal, en México, en nuestros hospitales, las horas de estancia varían enormemente, en el paciente grave hasta 12 horas en las áreas de observación y el paciente no grave en promedio 5 días, esto tiene que ver con varios aspectos, ini-

* Médico Especialista en Medicina de Urgencia.

Vicepresidente, Sociedad Mexicana de Medicina de Emergencia AC.

ciando por la capacidad resolutive del médico tratante, los recursos con los que cuente el hospital, estudios de laboratorio, imagenología, camas disponibles en cada uno de los pisos de los diferentes servicios, que en cuestión la norma dice que en las áreas de observación debe existir el 5% de las camas sensibiles de un hospital, esto se refiere a las camas en donde se pueden hospitalizar pacientes e iniciarles un protocolo de estudio, la Norma Oficial Mexicana recomienda 12 horas de estancia en este rubro. Pero no hay que perder de vista que las unidades de observación deben de contar con recursos humanos suficientes para resolver la problemática de los pacientes hospitalizados, con los materiales y equipos, indispensables y el último punto la infraestructura óptima. Para esto la Norma Oficial Mexicana presentará los requerimientos mínimos necesarios para las unidades de observación y que sin duda estos aspectos se verán reflejados en una adecuada práctica de la medicina de urgencia.

Y de acuerdo al hospital será el tipo de paciente que ingrese, adaptándose la infraestructura, los recursos materiales y humanos, recordando que en el Distrito Federal y área metropolitana sólo existen dos centros de concentración traumatológica refiriéndonos al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), siendo Traumatología de Lomas verdes y Traumatología Magdalena de las Salinas haciendo que en los hospitales del área conurbada se reciban pacientes con patología traumatológica, aun sin seguridad social, comparativamente con los grandes centros traumatológicos, el número de ingresos es menor, siendo el motivo de ingreso a observación patologías de urgencia médica, (insuficiencia cardiaca, neumopatías, enfermedad de las arterias coronarias etc.). Existen grandes retos a los que nos enfrentamos los médicos que vivimos de la medicina de urgencia, y que de lograrse las áreas de observación registrarían un menor número de ingresos y por lo tanto menos días de estancia hospitalaria:

- Integrar diagnósticos, no sólo presuntivos, tratando de llegar a un diagnóstico inicial, que no diste demasiado del diagnóstico de egreso. Considerando que si el médico de urgencias está mejor capacitado en educación médica continua los temores y dudas se diluyen con mayor facilidad. Haciendo menos uso de recursos, recordando que son apoyo diagnóstico.
- Iniciar tratamientos adecuados, echando mano de la medicina basada en la evidencia, en donde por experiencia, y de acuerdo a lo ya investigado y escrito, individualizando y adecuando el tratamiento, de acuerdo a los requerimientos de nuestros pacientes. No son recetas de cocina.
- Disminuir costos. En relación a tiempos de estancia, si desde el ingreso se le realiza un diagnóstico acertado y se le inicia una terapéutica adecuada a su padecimiento, se reducen tiempos de estancia, aunado a racionalizar

los estudios de laboratorio, imagenología, interconsultas etc. Los costos se reducen en un porcentaje relevante, teniendo la alternativa de utilizar esos recursos financieros en otros rubros.

Pero lo más importante que no debemos olvidar y en lo posible realizar cotidianamente es la relación médico-paciente, que no se nos olvide que un porcentaje importante de las demandas legales, son por una mala relación médico-paciente, pero justamente dirán, con la cantidad de trabajo que se realiza en observación “no hay tiempo de platicar con mi paciente, mucho menos con el familiar, si tengo tiempo le doy informes” pero entonces en donde queda *El satisfacer al paciente* que es uno de los marcadores de los últimos días que denotan un buen servicio evaluando al médico y a la institución.

La medicina de urgencia en su *Diario quehacer* va más allá impulsando la educación médica continua como arma contra ese enemigo llamado Diablo, y al que nos enfrentamos día con día, cuando se dice “lleva 3 días de estancia en observación pero le falta un estudio para ver qué sale, no vaya a ser que sea el diablo” el promover, la realización y adecuación de algoritmos de tratamiento, realizando consensos y protocolizar a cada una de las patologías que de acuerdo a la estadística registrada sean las patologías más frecuentes, todo esto con bases firmes bibliográficas y de experiencia propia.

Finalmente la *Práctica de la medicina de urgencia* es tan amplia como las necesidades mismas de las *Unidades de observación* enfrentémoslas con responsabilidad y respeto, creciendo con la experiencia que nos da el mejor libro de medicina “*Los pacientes*”.

REFERENCIAS

1. ACEP Policy Statement, Emergency Department Observation units. *Ann Emerg Med* 1995;25:863-864.
2. American College of Emergency Physicians: Emergency Department Observation Units. *Ann Emerg Med* 1988;17:95-96.
3. Brillman L, Mathers-Dunbar L, Graff L et al. Management of observation units. *Ann Emerg Med* 1995;25:823-830.
4. Graff L. *Observation Units: implementation and Management Strategies*. Dallas, TX, ACEP Publications, 1998,p47.
5. Graff L. *Observation medicine: Implementation and Management Strategies*. Dallas, Tx, ACEP Publications, 1998,p47.
6. Graff L. *Observation Medicine*: Boston, Andover Medical Publisher Inc, 1993,p3.
7. Graff LG. Control of observation medicine: Emergency medicine versus utilization review. *Am J Emerg Med* 1989;7:649.
8. Observation Medicine Committee, SAEM: Observation medicine curriculum. *Ann Emerg Med* 1992;21:963-996.
9. Michel R, Louis G. *Emergency Medicine Clinics of North America* 2001; 19(1):01-19.

Correspondencia:

Dr. Rúben Gutiérrez Luna
glunar@prodigy.net.mx