



Artículo de opinión

¿Qué es una urgencia?

Greta Miranda Cerda*

RESUMEN

Se realiza una revisión de la evolución del concepto de urgencia, desde los orígenes de la palabra hasta sus aspectos sociales, económicos y de calidad actuales.

Palabras clave: urgencias, gerencia, atención.

ABSTRACT

We review the evolution of the concept of emergency, since the origins of the word to their social, economic and current quality.

Key words: emergency, gerency, attention

Definir urgencia nos lleva a indagar sobre su origen en el idioma español. Se conoce como *Urgencia* (ur'-xenθja) y es un sustantivo que significa: *calidad de lo que necesita ser solucionado de inmediato*.¹

Siendo entonces el plural y enfocado a la atención médica. *Urgencias: Sección de los hospitales en la que se trata a los enfermos o heridos graves que necesitan cuidados*.²

En México se denomina *urgencia* a todo problema médico-quirúrgico agudo que ponga en peligro la

vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata,³ que requiere de tratamiento en un espacio determinado de las unidades prestadoras de servicio denominado: *Servicio de Urgencias*, que es el conjunto de áreas y equipamiento destinado a la atención de urgencias, ubicado dentro de un establecimiento de atención médica.⁴

Si tomamos la consideración de sustantivo, cae en un *estado de excepción*⁵ todo aquel individuo, en cualquier etapa de la vida, que inicie con una urgencia, ya que ésta califica a un evento agudo o a la descompensación, una patología crónica que la agudiza.

La urgencia médica con sustantivo no implica necesariamente un solo calificativo, sino que en contenido aplicable a las características intrínsecas del individuo, el entorno social, la necesidad de atención, la evolución del padecimiento, y la más subjetiva, el grado de ponderación médica en la conjunción de factores que oscilen entre «gravedad», «crítico» o «muerte», siendo determinantes en la terapéutica dirigida a la solución del problema o limitación del daño. El concepto de urgencia médica va de un extremo restrictivo hasta uno muy laxo que no per-

* Jefe de Departamento Central de Emergencias. Subdirección de Regulación y Atención Médica. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Ex presidente del Consejo Mexicano de Medicina de Urgencias, A.C.

Correspondencia:
Dra. Greta Miranda Cerda
Correo electrónico: greta.miranda@gmail.com

Recibido para publicación: 20 de octubre de 2011
Aceptado: 21 de mayo de 2012

Este artículo puede ser consultado en versión completa en
<http://www.medigraphic.com/archivosdemedicinadeurgencia>

mite organizar la atención médica requerida por el paciente o usuario.

Los sistemas de clasificación del estado médico de personas que acuden a los Servicios de Urgencia son conocidos como triage⁴ y tratan de semicuantificar el grado de urgencia mediante la definición del tiempo promedio que una persona puede esperar antes de recibir una atención médica. La clasificación de la urgencia es una estrategia que utiliza los conocimientos adquiridos de la ciencia médica, a fin de priorizar a un paciente, mientras se excluye a otro que pueda presentar la misma patología pero con regulación fisiológica del individuo que puede establecer la diferencia.

La consideración médica es un fenómeno complejo que puede diferenciarse de otros estados clínicos por su rápida evolución, al no tener intervención terapéutica, generando descompensación a corto plazo. El tratamiento enérgico reclamado por la urgencia justifica procedimientos expeditos que saltan la lista de espera con conductas de menor calidad y asumiendo riesgos anormales, por lo que la urgencia es muchas veces el pretexto para una mediocre calidad de asistencia.

Es necesario destacar que la trascendencia actual de esta disciplina debe basar su estrategia en la solidaridad con el paciente siendo considerada una política de salud ya que el derecho de libre elección del prestador del servicio es a priori para el paciente que solicita atención, e inaplicable aun para aquellos que tienen una real necesidad de atención médica de urgencias a causa de las modalidades de organización de los servicios. Por lo que el prestador de servicio requiere asumir la responsabilidad de coordinación, atención de la urgencia, procedimientos y egreso del servicio con fundamento científico y evidencia terapéutica.

Los mecanismos de regulación fisiológica varían en su capacidad para compensar un estímulo o evento al que se ven expuestos conforme a la edad biológica del paciente.

La urgencia significa, entonces, sobrepasar la capacidad de respuesta de los mecanismos fisiológicos que regulan el organismo llevándolo a un estado de desequilibrio en corto plazo.

El grado de urgencia no depende sólo del grado de disfunción orgánica, sino también del riesgo de llegar al desequilibrio (*Figura 1*), por lo que el fenómeno de la urgencia médica implica la conjunción de tres conjuntos que en regresión forman una línea de factores:⁶

- A. La condición previa del paciente y su homeostasis.
- B. Factor precipitante o evento.

- C. Desequilibrio, función vital que presenta el individuo como respuesta.

En un plano que siempre observa el tiempo como relación inversa a la salud del paciente.

Estas circunstancias como integrantes del individuo presentan en asociación con la repercusión social determinantes en las oportunidades de desarrollo individual y por tanto, económico.

Durante el desarrollo del hombre siempre ha estado presente la necesidad de permanecer vivo y saludable, lo mismo en el entorno social y económico; son capacidades de proveer su vida y en algunos países también de proveer ciertos insumos a su entorno familiar. Esto en conjunto genera un valor social, por lo que el hombre tiene la necesidad de conservar años de vida saludable.

Considerando el modelo más sencillo de la salud como ausencia de enfermedad (por tanto, sin urgencia), la razón lógica es: si estás sano no padeces enfermedad, y por lo contrario: si estás enfermo no puedes estar sano. Como se observa en este modelo, la correlación de la salud en un modelo matemático de igualdad a cero de partida de un individuo que permite el desarrollo de las capacidades que desee. La expresión sería: El valor social es la salud y su expresión sería (V).

Sin embargo, la pérdida del bien como salud lleva a un colapso económico y lo hace necesitar atención médica inmediata, de ahí la urgencia y el estado de excepción.

Considerando a la urgencia médica como un conjunto difuso de necesidades a satisfacer y acciones para recuperar el bien perdido, es necesario analizar de forma individual los siguientes puntos:

1. La pérdida súbita de la salud como un bien, que permite años de vida saludable y productiva, generadora de una estabilidad económica, de ahí el valor social.
2. La influencia en el entorno social ante usos y costumbres, el impacto en la familia por la incertidumbre que genera la salud del paciente (presión social).

Por tanto, la urgencia implica la necesidad de un estatus de excepción social por la pérdida experimentada. De aquí que toda enfermedad como evento desencadenante B reciba sin excepción el calificativo de urgencia.

La urgencia, entonces, permitiría un estado de excepción, y por fundamento, la proclamación de un gobierno, el derecho de poder realizar aquello que ha-

bitualmente no le está permitido. Un paciente declarado urgente tiene un status prioritario sobre los demás; este status se le otorga porque se admite que su patología evoluciona o puede evolucionar rápidamente hacia estados de gravedad, al punto que no puede permanecer en una cola de espera o esperar cita.

Esto es, a mayor tiempo, menos oportunidad de recuperar la salud.

Si utilizamos la expresión como un nivel prioritario de intervención terapéutica y con un nivel de complejidad terapéutica permitido, *la urgencia debe ser atendida oportunamente y no puede esperar hasta ser grave, siendo la intervención terapéutica expedita*, integrantes de factores que se verán modificados por el tiempo (factor de evaluación).

En expresión matemática $1/T$, de donde:

1. Incluye los factores observados en la figura.

T. El tiempo de atención.

Así, cuanto menores son los tiempos de atención mayor es la urgencia y menos los cambios homeostáticos.

El pronóstico y la oportunidad de la evaluación de los síntomas ignoran las demás teorías ideales para el diagnóstico y el tratamiento, el nivel de urgencia que califica a un paciente basado en su entorno social, geográfico y los niveles operativos de la organización otorgante del servicio. Por esta razón, las clasificaciones o triage existentes no son muy precisas para la determinación de la gravedad y sus tratamientos ni sus derivados temporales, lo que genera falta de organización en los servicios. Esto nos lleva a explorar el ámbito social.

Una definición social de la urgencia resultaría entonces más operativa y equivalente al estatus eco-

nómico que por sí misma desencadena. De aquí se desprende una noción de prioridad de conflictos, de estatus social de la urgencia. Aunque los médicos la comprendemos muy bien, debemos pensar que la urgencia no es sólo un concepto teórico o técnico médico; no existe un sólo tipo de urgencia de un paciente delante de un médico; las urgencias son atendidas en una sociedad por médicos que forman parte de una organización social.

Una definición social de la urgencia permitiría determinar de forma operativa en una organización la equidad, objetividad, solidaridad y aplicabilidad para dar tratamiento a las urgencias en su *totalidad*, incluyendo escenarios de un solo paciente o de víctimas múltiples como es el caso de un desastre.

El factor de ponderación social de la urgencia, tomando en cuenta la noción de prioridad en los cuidados, es rechazado por los médicos y pasado por alto en múltiples ocasiones, por la presión ejercida por la familia o el entorno, dado que una gravedad nula (la muerte) puede resultar de gran urgencia a causa del impacto psicológico y social que la rodea.

El peso social, que hemos denominado «presión social» para quien la experimenta y «valor social» para aquel que la valoriza, es la conjunción de varios subfactores: «edad», «sexo», «apariencia», «cantidad de implicados», «incertidumbre», «angustia», y finalmente, importancia de esta valoración, para aquel que decide sobre su urgencia (*Figura 1*).

La intervención médica no es más que un tratamiento «social» dado que es *la crisis social* la que presiona y no una necesidad real de cuidados médicos. El factor de ponderación médica que cuantifica teóricamente la urgencia es el universo del conjunto de individuos a ser asistidos y el factor de ponderación social de la urgencia individual dentro de la urgencia de

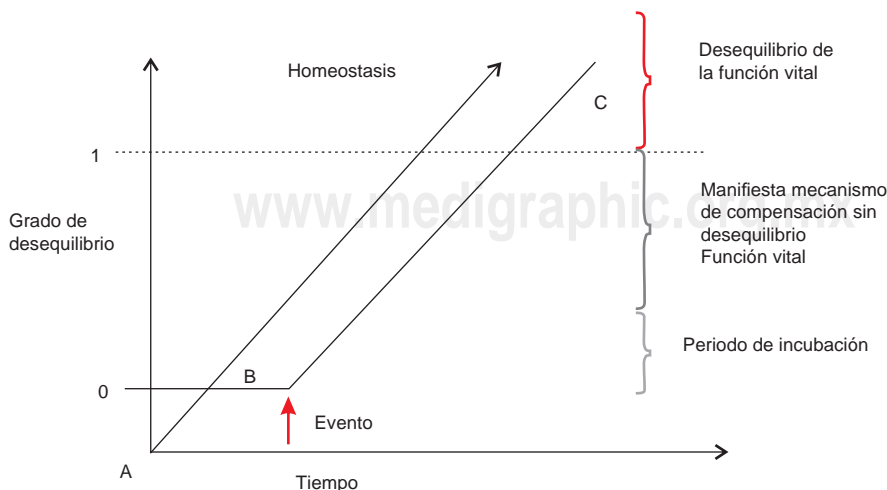


Figura 1. Factores involucrados en el grado de una urgencia.

la comunidad, ambos modulados por el factor «T», en tanto que cuando menor es «T» mayor es la urgencia.

Para que un evento sea calificado como urgente, es necesario que su tiempo de resolución sea muy breve como para no permitir una atención programada o ponerlo en lista de espera. La cuantificación del grado de urgencia, o mejor aún, del grado de prioridad, asocia la cuantificación de dos grupos de factores: uno médico y técnico, y el otro social.

Se puede utilizar para facilitar la comprensión de esta cuantificación necesaria para la categorización de la urgencia una fórmula pseudomatemática que resume esta ponderación multifactorial:

Quantum de urgencia es igual a: Grado de gravedad «G» x Grado de tiempo «T» x Grado de cuidado «C» x Valor social «V»

$$U = G \times T \times C \times V$$

En la traducción de esta expresión matemática, el grado de gravedad: corresponde a los datos clínicos evaluados del paciente; una propuesta podría ser su asociación con la categorización por color.

El grado de tiempo: tomando desde su inicio hasta establecer la primera intervención diagnóstico-terapéutica.

El grado de cuidado: considerando el número de procedimientos o acciones realizadas para el restablecimiento de las constantes fisiológicas.

Valencia social: los datos de presión social observados.

La organización de los Servicios de Urgencia debe ser dirigida por los responsables de las Unidades donde se decide su creación, puesto que la misma en la práctica agrava la vulnerabilidad del sistema por no encargarse cada uno de sus urgencias y por la transferencia progresiva de tareas hacia un servicio paralelo que no se va cumpliendo y dilata la atención del paciente.

El otro riesgo es la creación de una inflación peligrosa para todos si se produce colisión entre los intereses de la oferta y la demanda de urgencia.

Un Servicio de Urgencia debe ser regulado y su actividad debe mantenerse en un nivel negociado entre el político y el técnico.

CONCLUSIONES

1. Esencialmente, las urgencias como calificativo de un evento o estado generan la necesidad de atención médica encaminada a limitar el daño, o bien, restablecer en forma íntegra la salud.

2. La intervención terapéutica debe ser en el momento, con decisiones acertadas y protocolos de atención concatenados que promuevan la seguridad del paciente.
3. Es preciso afrontar cambios en la organización de los Servicios de Urgencias, adaptarlos a la realidad actual y que pasan obligatoriamente por la existencia de médicos y enfermeras con dedicación exclusiva a esta labor. Profesionales responsables y cada vez más especializados y calificados serán más capaces de aplicar las herramientas de gestión adecuadas y obtener los recursos necesarios, para atender correctamente las necesidades asistenciales que la sociedad actual.
4. Por estudio del problema, concluimos que es necesario tener un procedimiento previsto con soluciones alternativas. Este método requiere un gran esfuerzo previo al momento de la toma de decisiones. Tampoco da respuesta a todas las situaciones posibles, aunque suele resolver aquellas que destacan por su frecuencia o relevancia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Diccionario de la Real Academia Española.
2. Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002. Regulación de los pacientes y atención en los Servicios de Urgencias de los establecimientos de atención médica.
3. Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002. Regulación de los servicios de salud que establece los criterios de funcionamiento y atención en los Servicios de Urgencias de los establecimientos.
4. Manual de regulación médica de los SAMU. Traducción y adaptación al español por los Dres. Muro MR, Carosella JM, Valcárcel O, Montessi LJ. Same de Buenos Aires; 1998.
5. Artículo 72 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
6. Definition of emergency medicine [Accessed Jun 15th 2009]. Available at: <http://www.acep.org/webportal/PracticeResources/PolicyStatements/PracticeManagement>
7. Definition of emergency service [Accessed Jun 15th 2009]. Available at: <http://www.acep.org/webportal/PracticeResources/PolicyStatements/PracticeManagement>
8. Schneides SM, Hamilton CG, Moyer P. Definition of emergency medicine. Acad Emerg Med 1998; 5 (4): 349-351.
9. Menéndez FJM. Gestión de urgencias: organización y gestión de la atención urgente extrahospitalaria. En: Gestión sanitaria.
10. Gómez Rubi JA. La influencia de la escasez de recursos en la limitación del esfuerzo terapéutico. En: Springer-Berlag Ibérica. Ética y costes de la Medicina Intensiva. Barcelona, España; 1996: 97-103.
11. Martínez AIM. Une nouvelle fonction de l'hôpital public: la gestion en réseau des demandes de soins médicaux urgents. En: Gestion Hospitalière un défi pour l'hôpital brésilien. ENSP Ed Rennes; 1993: 220-235.
12. Quintana MR. Centros de Coordinación de Urgencias. En: avances en emergencias y resucitación III. Barcelona, España; 1998: 37-43.
13. Heller R. La toma de decisiones. Ed. Grijalbo. Madrid, España; 1998.