

Una especialidad que crece en Uruguay

# La Medicina de Emergencia tuvo su Congreso

Tal como sucede anualmente desde 1978, a fines de octubre se realizó el XXII Congreso Uruguayo Médico Quirúrgico de Emergencia. Esta vez fue en Montevideo, sede bienal del encuentro que con el correr de los años está convocando a un público cada vez más importante

ALEJANDRA FRUTOS

Mundialmente se va imponiendo con mayor fuerza que la medicina de emergencia sea considerada como una especialidad más, avance que aún no se ha podido lograr en Uruguay donde la Escuela de Posgrados no cuenta con esta especialidad entre sus opciones. Impulsores como la Dra. Martha Ragos, presidenta de la Sociedad Uruguaya de Emergencia y Trauma, el Dr. Ignacio Lezama y la licenciada en Enfermería Ana Eguía no pierden la esperanza de que esto suceda. Y pronto. Con un programa variado que intentó actualizar los temas clásicos de la emergencia (coma, dolor torácico, mantenimiento de órganos para posibles donantes, intoxicaciones, politraumatismos, crisis respiratorias) y aquellos que no habían sido tratados años anteriores como es el caso de las emergencias neurológicas, se reunieron en el Radisson Victoria Plaza Hotel 550 profesionales de la salud. Médicos que trabajan en puertas de emergencia y en las móviles, licenciados y auxiliares en enfermería, estudiantes y hasta choferes de ambulancias, escucharon o participaron en el encuentro. Del total de los participantes más de la mitad llegaban del ámbito de la enfermería. Porque además del XII Congreso Uruguayo Médico Quirúrgico de Emergencia, se celebraron también, como ya es habitual, el XVII Congreso rioplatense de Medicina y Cirugía de Emergencia, las VI Jornadas Rioplatenses



de Emergencia Pre-Hospitalaria, las VII Jornadas de Residentes de Emergencia, las VIII Jornadas de Enfermería de Emergencia

El Congreso se dividió en tres capítulos: medicina, cirugía y enfermería y para cada una de esas áreas se recibieron invitados extranjeros como el Dr. Enrique Gurfinkel del Instituto Favalaro, el Dr. Germán Ambach, presidente de la Sociedad Panamericana de Infectología y el Dr. Alexandre Borges del Hospital Pronto Socorro de Porto Alegre, quien presentó como novedad un Posgrado de Emergencia.

En general, en el encuentro se buscó la integración de las diversas especialidades que se cruzan en el área de emergencia para enfatizar en la idea de que el paciente es un todo. Así, por ejemplo, sucedió en las mesas sobre "Intoxicaciones en la Emergencia" y "Coma", integradas por equipos interdisciplinarios de médicos internistas, intensivistas, emergencistas y personal de enfermería. La participación de choferes de ambulancia en las charlas de las Jornadas de Medicina Pre-Hospitalaria debe ser vista como una señal más del compromiso que se quiere lograr de los más diversos involucrados en el área de la medicina de emergencia.

La Dra. Ragos resume, a modo de conclusión sobre el congreso, la buena unión que hubo con los profesionales de las emergencias móviles. "No es fácil que todas quieran participar", reconoció. Sin embargo, esta vez se

logró. En el mismo sentido opinó la licenciada en Enfermería y directora del Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas, Ana Eguía. "Salimos con la idea de que todos los profesionales de las instituciones pú-



**En Clínicas, entre 100 a 120 pacientes llegan por día, y aproximadamente unos 20 a 35 quedan internados en diferentes ambientes de la emergencia (en camas, camillas, sillas o bancos)**

blicas y privadas nos tenemos que unir para unificar los criterios y tener los mismos protocolos de atención. Porque estamos todos haciendo esfuerzos pero por separado". La experta agregó que aunque "estamos tratando de trabajar cada vez más con la evidencia científica, y estamos en el Hospital Universitario donde podemos contar con mucho material formativo, a veces

nos falta el tiempo para realizar los ateneos y los protocolos, como se tienen en otras áreas de la medicina".

De acuerdo con Eguía "si todas las emergencias tuvieran protocolos de atención en enfermería y medicina sería espectacular porque tendríamos un solo criterio de atención".

Pero el congreso no sólo buscó la integración a nivel nacional. Esta idea de unificar criterios de atención también se manejó para en un futuro implementarla a nivel regional. Al final del Congreso los miembros de la Sociedad Uruguaya de Emergencia y Trauma (SUET) se reunieron con los invitados argentinos y de Brasil para trabajar en la creación de una Sociedad de Emergencia y Trauma del Mercosur; proyecto que continuará siendo analizado en mayo de 2005 en Colonia del Sacramento. "Tenemos que hablar lenguajes comunes", manifestó la Dra. Ragos.

#### PREMIOS, SIMULACROS Y SATURACIÓN

La realización de un simulacro de un derrumbe en el centro montevideano, coordinado por el presidente del Congreso, Dr. Marcos Mouliá, y el Dr. Juan José López, fue también una muestra del espíritu de integración del Congreso y una buena excusa para la práctica y capacitación de diversas áreas que encierra la emergencia. Esto incluye la clasificación de los pacientes, su evacuación, atención prehospitalaria y envío de los enfermos a

las diferentes emergencias hospitalarias. Incluso, un veedor de la Organización Panamericana de la Salud aprobó el procedimiento y quedó muy satisfecho por la profesionalidad con que fue llevado adelante.

En el simulacro participaron personal de Bomberos, del Comando del Ejército y del Sistema Nacional de Emergencia. La lic. Eguía explicó que para su organización personal de enfermería, choferes, médicos de medicina de emergencia prehospitalaria e intrahospitalaria visitaron las instalaciones del Comando General del Ejército para ver cómo se preparaban para cuando hay inundaciones. Y "es espectacular ver toda esa organización que tienen", manifestó.

Otras de las actividades que destaca Eguía fueron los trabajos de colegas premiados sobre terapia inhalatoria, satisfacción del usuario e intoxicaciones por drogas, entre más de 40 investigaciones presentadas durante el congreso. A su entender, la evidencia demostrada hizo que hubiera trabajos muy buenos.

Por ejemplo, el referido a terapia inhalatoria ya que demostró la mala utilización de los inhaladores entre los pacientes que llegaban a la emergencia, así como la falta de tiempo del personal de enfermería para la educación sobre el uso de aquellos aparatos. La investigación demostró que son los médicos quienes enseñan a los pacientes cómo utilizar los inhaladores cuando debería de ser una tarea para enfermería.

**COVERSYL**  
 PERROQUIL  
 Mantajazs terapéuticas  
 y homeopáticas  
 exclusivas en la hipertensión

“Tenemos que tener más protagonismo en la educación de los pacientes para evitar que vuelvan a consultar”, apuntó la experta.

También destacó el trabajo presentado por personal de enfermería de la emergencia del CASMU cuyo título fue “Reflexiones de una realidad” ya que “*todos nos identificamos con lo que decía, con eso de que te mandan hacer una cosa, pero después te*

**“Muchos pacientes van a puerta en vez de ir a las policlínicas porque con un solo tique solucionan su problema o porque, por sus horarios, no pudieron ir a policlínica”**

*llaman de allá y no podés terminar lo que te habían indicado. Estuvo muy bueno porque hasta nos hizo reír de nosotros mismos y de las cosas que nos pasan. Al final del día tenemos la sensación de que no hicimos nada. Y no es así, porque pasamos corriendo de un lado a otro haciendo veinte mil cosas”.*

Eguía destacó que enfermería es responsable de la atención directa de los pacientes que concurren a la emergencia. En la del Hospital de Clínicas, por ejemplo, entre 100 a 120 pacientes llegan por día, y aproximadamente unos 20 a 35 quedan internados en diferentes ambientes de la emergen-

cia (en camas, camillas, sillas o bancos) debido a la saturación que hay.

Pero no sólo las salas de internación están saturadas en muchos hospitales. Los expertos aseguran que todos los servicios de emergencia, tanto públicos como privados, viven con su capacidad colmada por fallas en el primer nivel de atención en las policlínicas y porque no todos los enfermos que ahí concurren necesitan una atención de urgencia.

La bibliografía científica indica que sólo un 20% de las pacientes que concurren a las emergencias son urgencias verdaderas con riesgo inminente de vida.

“La atención primaria no está todo lo organizada como para ofrecerle al paciente un adecuado servicio. Y a veces los pacientes vienen a la puerta de emergencia porque no consiguen hora para su médico. Asimismo, la desafiliación en el sector mutual ha hecho que el sistema público tenga hoy más pacientes, sobrepoblando los servicios de emergencia”, explicó la Dra. Ragos.

#### ASPECTOS LABORALES

A los aspectos de actualización científica, se sumaron al Congreso aspectos referidos a la situación laboral de los médicos emergencistas a raíz del conocido cierre de ocho mutualistas, de las cuales seis tenían puertas de emergencia.

El tema se trató durante la mesa redonda “Principios básicos que

se deben de exigir en las puertas de emergencias”, coordinada por el Dr. Ignacio Lezama, quien resumió la situación actual: “Se perdieron 338 camas sanatorias, 170 cargos médicos y hay 130 mil socios de las mutualistas que cerraron que fueron fundamentalmente absorbidos por el resto de las mutualistas pero que están siendo atendidos por la misma cantidad de médicos, consultorios y materiales que antes. Eso significa un abarrotamiento de las puertas de emergencia y un mayor plazo de espera”.

El Dr. Lezama explicó que “*no es un tema sindical de venir a pelear nosotros los médicos por lo nuestro sino una preocupación por cómo está siendo atendida la salud de la población*”. Esta situación colabora con el deterioro de la relación médico-paciente.

Lezama describió varias situaciones en las que los pacientes no son atendidos como se debería. Por ejemplo, casos de enfermos fracturados o con arritmias que debieron esperar sentados en sillas mientras se desocupaba un box para ser atendidos.

“*La culpa es tuya*”, me dicen algunos colegas”, explica Lezama, “*porque atiendo un caso de sarna que no era para emergencia. Pero después que entró a emergencia no podemos dejar de atenderlo.*

Además, muchos pacientes van a puerta en vez de ir a las policlínicas porque con un solo tique solucionan su problema o porque, por sus horarios, no pu-

dieron ir a policlínica. Una vez atendido hay que explicarle al enfermo que emergencia no era el lugar apropiado para su caso, la población no tiene por qué saber a dónde debe ir”.

Lezama también sugirió que las mutualistas deben de ofrecer precios de tiques y horarios razonables de policlínicas.

La Dra. Ragos también sugirió que las mutualistas deberían implementar un sistema por el cual cada tantos socios debe haber un médico de medicina general en cada emergencia y no uno solo cada 50 mil socios como actual-

**“Tenemos que tener más protagonismo en la educación de los pacientes para evitar que vuelvan a consultar”**

mente sucede en varias mutualistas de la capital.

“*Lo que queremos es mejorar*”, concluyen los especialistas.

Para eso, entonces, queda pendiente la implementación del Posgrado en Medicina de Emergencia y una revisión de los temas planteados en la mesa sobre “Principios básicos que se deben de exigir en las puertas de emergencias” y que abarcó los más diversos temas: área de recursos humanos, planta física, mobiliario, ventilación, iluminación, cuartos médicos, higiene y confort de funcionarios y pacientes, áreas limpias y sucias y trato con el paciente.

