

¡Y funcionaba! ¡y funciona!

It worked then — and it works now!

Ricardo Juárez González

Se llamaba Efraín y era celador en urgencias. Todos en el hospital, le conocíamos como el Dr. Efraín. Inventó el triaje¹: “ahí dejo un paciente que le duele la cabeza”, el triaje avanzado²: “he metido en una cama una apendicitis, llamad a los cirujanos”, y el triaje inverso³: “esto no es para aquí, vayan ustedes al ambulatorio”. Sus compañeros, aprendieron todos, de sus habilidades; ¡y funcionaba!

El servicio de urgencias era una madriguera, nunca mejor dicho: se accedía a él por una rampa de un solo carril y cuesta abajo. Los coches y las pocas ambulancias que circulaban, salían marcha atrás, y no había atascos. La puerta se cerraba durante la noche; las visitas tenían que tocar un timbre, ¡y funcionaba!

Estaba situado en un semisótano, tenía luz natural solo en un despacho, había una sala de curas y escayolas, y un cuartucho para pediatría. Una sala de observación con seis camas y un cuarto de paradas, con “el machaca”, abuelo del tal Lucas⁴. Y un pasillo, que no llevaba a ninguna parte y que una vez se utilizó para poner pacientes de un pueblo cercano, que tras una boda acudieron por una intoxicación alimentaria. Desde entonces, se le denominó con el nombre del pueblo. La madriguera se inundaba de vez en cuando y en esas ocasiones había que trabajar con botas de goma, ¡y funcionaba!

La historia clínica la hacíamos en papel autocopiativo y a veces contestábamos en el mismo volante (P10). ¿Apendicitis? Se preguntaba el compañero parco en palabras, que mandaba el paciente, con el volante. ¡No! Contestábamos nosotros sobre dicho P10 y le remitíamos de nuevo a su consulta... ¡y funcionaba!

A un dolor torácico siempre se le hacía un electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones, pendientes de que las ventosas estuviesen en su sitio y no se soltasen. A veces para probarnos nos cambiaban las derivaciones. Una radiografía de tórax y una CPK y, si no encontrábamos nada, dábamos de alta al paciente, con tratamiento a base de aspirina. No se podía hacer más; y funcionaba.

Estábamos de guardia un adjunto, un residente, dos enfermeras, un auxiliar y dos ce-

ladores. Atendíamos alrededor de 25.000 pacientes al año, de todas las especialidades; trabajábamos como sin parar. Pruebas de laboratorio sencillas y radiología simple, que jamás, en eso seguimos igual, se nos informaba. Ecografías las justas y siempre “con morros”, ¡pero funcionaba!

¿Qué cómo lo hacíamos? Pues con las características de un buen perro de rehala: fuerza, coraje, perseverancia, vientos: el ojo clínico y dicha: nos lo contábamos todo, nos leíamos todo, asistíamos a todo. Ganas, entusiasmo y trabajo, mucho trabajo y autoformación, en una palabra: corazón. ¡Qué narices! ¡teníamos corazón!

La anamnesis era fundamental: ¿qué le pasa al enfermo?, ¿cómo le comenzó?, ¿cuánto tiempo hace? Me pregunto: ¿hacemos ahora una buena anamnesis? La exploración era completa: nos sorbíamos el “Noguer y Molins”⁵. “Es preferible meter el dedo, a meter la pata”, te decían. ¿Exploramos ahora?

Nosotros no ingresábamos, a no ser que el paciente viniese directamente desde la consulta privada de uno de los jefes de servicio. “Querido Ricardo: te ruego que ingreses en mi servicio a este paciente. Un abrazo”. Informe de derivación escrito en aquellas cuartillas de papel barba, con membrete, que traía sobre en mano el propio paciente, ya con su maleta preparada. ¿Ingresamos ahora los médicos de urgencias?

Y en cuanto a técnicas, lo hacíamos todo allí. ¡A quirófano, a quirófano, rápido! Por que sí, había un quirófano en urgencias y se operaba de urgencias. Y se cogían subclavias, se intubaba, se ponían marcapasos intracavitarios, se hacían lavados peritoneales, se intentaban los balones de Sengstaken-Blakemore y digo se intentaban a propósito.

No había tomografía computarizada (TAC), no había resonancia magnética (RMN) y no utilizábamos la ecografía a pie de cama?. Si tuviésemos un scanner... le decías al compañero cirujano, cuando tenía un paciente con abdomen agudo. No te preocupes, ya se lo hago yo con “mis propios ojos”. Los ochenta del siglo pasado; qué nostalgia. ¿Por qué tengo esa sensación de que en los 80, todo funcionaba?

Filiación del autor:
Servicio de Urgencias,
Hospital General
Universitario Nuestra
Señora del Prado,
Talavera de la Reina,
Toledo, España.

E-mail:
rjuarez@sescam.org

Información del artículo:
Recibido: 20-10-2022.
Aceptado: 27-12-2022.
Online: 5-12-2022.

Editor responsable:
Guillermo Burillo-Putze.

¿Pero de verdad funcionaba? Sinceramente creo que sí, pero a medias (a punta de gas que diríamos entonces).

Ahora, indudablemente, son otros tiempos. Basado en aquellas experiencias y ese trabajo diario, con todo aquel bagaje que hemos intentado transmitir. Con las nuevas tecnologías que tenemos a mano y con esa formación con la que acceden los nuevos urgenciólogos, aunque la consideremos insuficiente, de ahí nuestra insistencia con la especialidad en Medicina de Urgencias y Emergencias⁶. ¿Qué queréis que os diga?: creo que hemos triunfado. Los ciudadanos confían en nosotros. Por desgracia para ellos, no nos faltan clientes. Estamos de moda.

Pero quiero haceros la pregunta del millón, antes de morir de éxito: ¿Funciona? Pues sí, pero a medias. ¿Cómo en los ochenta a punta de gas? Rotundamente no, a toda máquina que diríamos ahora, pero a medias.

¿Y por qué no funciona fenomenal? Pues porque una urgencia nunca puede funcionar fenomenal. La urgencia es incertidumbre y es caos, por definición. Y es aquí y ahora. No allí y luego. Tampoco “ni lo miro y mañana te digo”, ni el “¿cómo tiene la función renal?; que beba dos litros y mañana se lo hago...” de otros compañeros.

¿Y en este caos habitual y con ese grado de incertidumbre, con cientos de miles de pacientes a diario, debemos sustituir las técnicas modernas por las antiguas? Rotundamente no. Una buena anamnesis, con una buena exploración completa y ese sexto sentido, ese “angelito”, que todos los médicos tenemos en el hombro y que nos susurra al oído: “Cuidado”, como decía mi padre, también médico y que los grandes del siglo pasado dieron en llamar “ojo clínico”, no nos debe faltar nunca. Junto a esto, lo clásico, lo más moderno:

El triaje⁷, una herramienta magnífica, empleémosla para priorizar y ubicar al paciente, no intentemos como nuestro amigo Efraín, en los 80, hacer un diagnóstico. Hagamos retriage cuando haga falta, seamos flexibles, desdoblemos el puesto en horas punta. “Los servicios de urgencias tienen un sistema magnífico para aplicar el principio bioético de justicia, que es el triaje”, dice la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). No hay más preguntas señoría, ahí lo dejo.

La historia clínica informatizada (HCI). Estupenda despesa, donde proveerse de información. Con archivos de imágenes, analíticas y trazados de ECG, informes de pruebas funcionales. ¡Una locura! Y en mi opinión con un problema fundamental: para encontrar información hay que haber introducido texto antes. Así es la vida compañero. Hay que escribir en la HCI. No debemos consentir el corta y pega, ni las faltas de ortografía, ni las siglas ininteligibles o inventadas. Si quieres encontrar la despesa bien provista, hay primero que llenarla.

Las nuevas pruebas diagnósticas: ¡maravilla! ¿Antes no había TAC? pues no había tromboembolismo pulmonar (TEP). Los tromboembolismos, en su gran mayoría, se diagnosticaban en la sala de necropsias por el anatomopatólogo, o lo que era peor, por el forense. La endoscopia, en las hemorragias por orificios naturales. La RMN en algunos códigos ictus. El cateterismo en la cardiopatía isquémica.

La ventilación mecánica no invasiva (VMNI)⁸, para aquellos no subsidiarios de intubación ¿Cuántas vidas habrá salvado? Y la bomba: la radiología intervencionista. ¿Quién dijo miedo?

Y la ecografía a pie de cama⁹, ahora nuestra estrella invitada. Útil, muy útil, pero... ¡hay que aligerar muchacho! ¿Me ayudas a guiar una punción lumbar? No lo he hecho nunca. ¡Pues vaya!

Las nuevas determinaciones de laboratorio, con marcadores utilísimos^{10,11} como el dímero-D, las troponinas ultrasensibles, el péptido natriurético, la procalcitonina, proadrenomedulina, supar, lactato, triptasa, protobilínógeno en orina, nuevas drogas de abuso, nuevos fármacos, ¡qué sé yo!. Solo un consejo, de la vieja escuela: si no vas a saber interpretarlas, no las pidas por pedir. Te vas a liar, hazme caso, compañero.

Por último, el diseño de los propios servicios de urgencias¹². Tan importante y tan poco consultado, al menos con los responsables, antes de dibujar los planos. No deben faltar las consultas: ni rápidas, ni lentas, en box como los caballos en el hipódromo, o con más o menos material de una especialidad u otra. Eso sí, siempre atendidas por nosotros los urgenciólogos. Pero muchas, necesitamos muchas consultas. Las salas de cuidados intermedios, los famosos sillones; muy versátiles.

Las salas de observación¹³⁻¹⁵, donde los enfermos estén en camas desde el primer momento si es preciso, ahora sobre todo que atendemos a tanto paciente mayor. Todas ellas debidamente monitorizadas, elemento fundamental de estas salas. Y si puede ser siempre en la misma cama, no hay que mover al enfermo cuarenta veces.

Las Unidades de Corta Estancia¹⁶, en urgencias. Tan útiles para evitar ingresos. Hay que ayudar a gestionar el hospital. Urgencias siempre ayuda al que lo necesite... como la Cruz Roja.

Las salas de diagnóstico por imagen¹⁷, unidades que tendrían que pertenecer a los propios servicios de urgencias, incluida su plantilla. ¿Y cuándo estén desocupadas?, buena pregunta, pues se las podemos alquilar al centro de gasto externo al servicios de urgencias correspondiente.

Y una cosa muy importante para la gestión del servicios de urgencias: el ingreso en planta lo debemos hacer los Médicos de Urgencias, con unos tiempos máximos para su realización efectiva. Otro gallo nos hubiera cantado en la pandemia por SARS-CoV-2, si esto hubiera sido así, en todos los hospitales de España.

Y ahora, el futuro, con la aplicación práctica de la información de la HCI, las vías clínicas¹⁸, la digitalización, el *big data* y la inteligencia artificial en Urgencias. Orientada a la automatización de procesos y al desarrollo de los sistemas de alerta para ayudar al experto. El triaje automatizado ayudará a ordenar la cola, si habéis leído bien, de los que esperan a ser clasificados. Aunque deberá ser siempre validado por un profesional¹⁹.

El procesado de los datos en tiempo real que alertará a través de algoritmos de inteligencia artificial, científicamente fuertes, para que las decisiones sean más seguras. Como

por ejemplo la captación precoz de “sospechosos” de ser portadores desconocidos de VIH²⁰, la identificación de un código sepsis²¹ o el uso de drogas en menores²². Estos avances y muchos otros ya están probados. ¡Y funciona!

Pero ¿estamos preparados para abordar este gran cambio? En mi opinión sí, pero la industria y el sistema, no se adaptan a la situación de volatilidad de estas herramientas y al cambio continuo de las nuevas tecnologías.

Lo que hoy es útil y nos ha costado implantarlo y

aprenderlo, mañana estará obsoleto... no dentro de 2 años. Y para esto no están preparados ni los investigadores, ni la administración, ni la propia industria que quieren rentabilizar su esfuerzo, lo adquirido y lo invertido.

¿Y saben lo que hacemos los urgenciólogos? No olvidar lo aprendido, que por nuestra experiencia sabemos que es lo que hay que hacer, y no perder de vista al enfermo, que es quien realmente nos sorprende a diario. ¡Y funciona!

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Conflicto de intereses: El autor declara no tener conflicto de interés en relación al presente artículo.

Financiación: El autor declara la no existencia de financiación externa en relación al presente artículo.

Responsabilidades éticas: El autor ha confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes, acuerdo de publicación y cesión de derechos a la Revista Española de Urgencias y Emergencias.

Artículo no encargado y con revisión interna por el Comité Editorial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Real Academia Española: Diccionario de la lengua española, 23.a ed., [versión 23.4 en línea]. Real Academia Española. (Consultado 24 Febrero 2021). Disponible en: <https://dle.rae.es>
2. Carballo Cardona C. Triaje avanzado: es la hora de dar un paso adelante. *Emergencias*. 2015;27:332-5.
3. Montero-Pérez J. Triaje en urgencias: “Separando el grano de la paja”. *Emergencias*. 2022;34:161-2.
4. Carmona Jiménez F, Ruiz Arránz Á, Palma Padró P, Soto García Á, Alberola Martín M, Saavedra Escobar S. Utilización de un compresor torácico mecánico (LUCAS®) en un programa de donación en asistolia: efecto sobre la perfusión de los órganos y la tasa de trasplante. *Emergencias*. 2012;24:366-71.
5. Prieto Valtueña JM, Noguera-Balcells S. Exploración clínica práctica, 26a ed. ©2005 Últ. Reimpr. 2006.
6. Miró O. Desnuda y sola ante el espejo: relato en primera persona de un maltrato. *Emergencias*. 2022;34:317-8.
7. Sánchez-Bermejo R, Garvi-García M. Triaje: más allá del rojo y el azul. *Emergencias*. 2021;33:468-9.
8. Ayuso Baptista F, Jiménez Moral G, Fonseca Del Pozo FJ. Manejo de la insuficiencia respiratoria aguda con ventilación mecánica no invasiva en urgencias y emergencias. *Emergencias*. 2009;21:189-2.
9. Villén Villegas T, Campo Linares R, Alonso Viladot JR, Martínez Mas R, Luque Hernández MJ, Ruiz Durán M, et al. Descripción de competencias básicas de la ecografía clínica en los servicios de urgencias y emergencias. *Emergencias*. 2022;34:377-87.
10. Julián Jiménez A. Biomarcadores de infección en urgencias: ¿cuáles pueden sernos útiles? *Emergencias*. 2012;24:343-5.
11. Rubio-Díaz R, Julián-Jiménez A, González Del Castillo J, García-Lambrechts EJ, Huarte Sanz I, Navarro Bustos C, et al. Capacidad del lactato, procalcitonina y de los criterios definitorios de sepsis para predecir mortalidad a 30 días, bacteriemia o infección confirmada microbiológicamente en los pacientes atendidos por sospecha de infección en urgencias. *Emergencias*. 2022;34:181-9.
12. Estandares de acreditación de los Servicios de Urgencias de Hospitales. Madrid: Edicomplet; 2004.
13. Montero Pérez FJ. Medicina de observación. 2020 Elsevier España, S.L.U. ISBN:978-84-9113-266-0
14. Perianes Matesanz JF. Unidades de Observación. *Emergencias*. 1997;9:77-8.
15. Burillo Putze G, Rodríguez Gaspar M, Fernández Rodríguez F, Alonso Lasheras E. Utilidad de la sala de Observación de los Servicios de Urgencias. Comunicación al VII Congreso Nacional de la SEMES. 1995.
16. Llopis Roca F, Ferré Losa C, Juan Pastor A, Martín Sánchez FJ, Sempere Montes G, Llorens Soriano P, et al. Proyecto REGICE. Gestión clínica de las unidades de corta estancia en España (REGICE 2). *Emergencias*. 2014;26:359-62.
17. Artigas Martín JM. Radiología de Urgencias: La imagen que no espera. *Radiología Virtual SERAM 2022*. Editorial vol 3. Julio-Septiembre. Disponible en: <https://seram.es/revista-virtual-de-radiologia/?trimselct=2>
18. Cortés Bermejo S, Alises Moraleda JM, Talavera Encinas O, Pacheco Rodríguez A, González Canomanuel MA, Cortés Ramos U. Desarrollo de las Vías Clínicas en Medicina de Urgencias y Emergencias. *Emergencias*. 2002;14:293-8.
19. Martín-Sánchez FJ, González Del Castillo J, Zamorano J, Javier Candel FJ, González Armengol JJ, Villarreal P, et al. El facultativo, un elemento necesario en el triaje de un Servicio de Urgencias en un hospital terciario. *Emergencias*. 2008;20:41-7.
20. González Del Castillo J. Papel actual de los servicios de urgencias hospitalarios en la lucha contra la pandemia VIH. *Emergencias*. 2021;33:7-8.
21. Julián Jiménez A, González Del Castillo J, Candel González FJ, Supino M, López Tapia, JD, Ulloa González C, et al. Puntos clave y controversias sobre la sepsis en los servicios de urgencias: propuestas de mejora para Latinoamérica. *Emergencias*. 2019;31:123-135.
22. Burillo-Putze G, Matos Castro S. Los servicios de urgencias como atalaya de los patrones de uso de drogas y sus consecuencias clínicas. *Emergencias*. 2018;30:377-9.