
**DIPLOMATURA EN GESTIÓN Y DISEÑO
DEL RECURSO FÍSICO EN SALUD**

2019

2019

**Directora: Arq. María Elvira Contreras
Coordinación Académica: Arq. José Turniansky**

Organizan:

**Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria (AADAIH)
Universidad del Gran Rosario (UGR)**

TRABAJO FINAL

SERVICIO DE GUARDIAS Y EMERGENCIAS

CASO: HOSPITAL GUTIERREZ

Arq. María Inés Hassan

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
---------------------------	---

CAPÍTULO I: Guardias y Emergencias

1.1. Conceptos Generales. Definiciones	4
1.2. Antecedentes históricos	7
1.3. La emergentología como especialidad	9
1.4. Normativa para la atención de urgencias	9

CAPÍTULO II: Desarrollo del Recurso Físico

2.1. Tipo o perfil de pacientes	11
2.2. Recursos Humanos	15
2.3. Organización y características físicas de la unidad Accesos y flujos circulatorios	18

CAPÍTULO III: H.Z.G.A Dr. Ricardo Gutierrez

3.1. H.Z.G.A Dr. Ricardo Gutierrez. Caracterización de la Institución. Ubicación	22
3.2. Plan de Guardias 2015 – 2019	24
3.3. Proyectar una guardia y emergencia	28

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	39
--------------------------------------	----

INTRODUCCION :

El objetivo del presente trabajo es estudiar los Servicios de Guardias y Emergencias analizando los aspectos físicos y funcionales adecuados para su correcto funcionamiento.

El método propuesto es dividir el trabajo en tres capítulos : En el primero se estudia qué es un Servicio de Guardias y Emergencias. Se describen conceptos generales, definiciones, antecedentes históricos, la Emergentología como especialidad y se menciona la normativa utilizada.

En el segundo se aborda el Desarrollo del Recurso Físico : el tipo de paciente a asistir, el recurso humano, las características físicas y funcionales de la unidad, el programa que requiere dicho servicio, sus flujos circulatorios y las relaciones entre los diferentes paquetes con el resto de las áreas del centro de salud.

Finalmente en el tercero: se expone el caso del Servicio de Guardias y Emergencias del Hospital Gutierrez de la ciudad de La Plata, en donde se ejemplifican los procesos descriptos y se intenta corroborar si la arquitectura actual del servicio da respuesta correctamente a las necesidades requeridas.

CAPITULO I: GUARDIAS Y EMERGENCIAS

1.1. Conceptos Generales. Definiciones.

El servicio de emergencia se encarga de dar respuestas a situaciones de amenazas a la comunidad, sean de origen natural o por acciones gestadas por los seres humanos, en los cuáles la seguridad, la vida de las personas y el ambiente puedan exponerse al peligro. (1)

- Sistema de emergencias

Dentro de un sistema de emergencias existen varios actores participantes. Cada uno de ellos tiene un rol y realizan diferentes acciones.

En cuanto al Rol de Salud, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “ un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones, y recursos, destinados a promover, mantener y mejorar la salud de la población.(2)

Se considera Emergencia Médica a aquella situación en la cual, por la importancia o gravedad de la afección, se deben tomar acciones y decisiones médicas en forma inmediata, en general se trata de cuadros que ponen la vida del paciente en peligro. (Ospital; Hobert, 2005).

Por lo tanto la función del sistema de emergencia es la de resolver la emergencia y el control del daño en el lugar, con capacidad de derivación a través de redes jurisdiccionales de salud, contando con recursos físicos adecuados, comunicaciones, unidades de traslado y equipamiento necesario. Además debe adecuarse y dar respuesta al perfil demográfico y epidemiológico de la población, al tipo de demanda y geografía del lugar. Según rol y caracterización del propio sistema o institución (local, zonal, regional, general de agudos, monovalente).

- **Emergencia y Urgencia :**

Existen varios conceptos y definiciones para los términos de emergencia y urgencia. Sin embargo desde el punto de vista sanitario todos coinciden en que una emergencia pone en compromiso la vida del paciente y requiere de una atención inmediata, mientras que una urgencia puede no ser necesariamente mortal pero debe atenderse rápidamente para que no existan mayores complicaciones.

La emergencia implica una situación de peligro o desastre que necesita de una acción inmediata en un grado superior al de la urgencia, con peligro real para la vida o el funcionamiento de algún órgano, pudiendo contar con riesgo de secuelas graves permanentes.

Por lo tanto existe un riesgo de vida real (emergencia) o potencial (urgencia) en donde en cualquiera de los dos casos se deben tomar acciones y decisiones médicas inminentes por parte de personal calificado.

- **Emergencia :**

Según el diccionario de la Real Academia Española, emergencia significa suceso o accidente que sobreviene o también situación de peligro que requiere una acción inmediata. (3)

Según la Asociación Médica Americana (AMA), es aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de un órgano. (6)

Y según la Organización Mundial de la Salud (OMS), emergencia es aquel caso en que la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos en el que la aplicación de primeros auxilios por cualquier persona es de importancia vital. También se dice que en una emergencia, la persona afectada puede llegar hasta a la muerte en un tiempo menor a una hora.

Algunos ejemplos son: dificultad respiratoria, pérdida de conciencia, heridas profundas hemorragia severa, posibles fracturas óseas, síntomas típicos de un ataque al corazón, posibles fracturas óseas, debilidad y cambios en la visión abruptos, toser o vomitar sangre, etc.

- **Urgencia:**

Del latín urgentia, urgencia hace referencia a la cualidad de urgente (que urge, apremia o requiere de pronta atención). Una urgencia implica una necesidad apremiante que debe resolverse de forma inmediata.

Según la Asociación Médica Americana (AMA), urgencia es toda aquella condición que, en opinión del paciente, su familia, o quien quiera que asuma la responsabilidad de la demanda, requiere una asistencia sanitaria inmediata. (6)

Y según la Organización Mundial de la Salud (OMS), urgencia se puede definir como la aparición fortuita, en cualquier lugar o actividad, de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia.

Según la OMS, urgencia también es definida como la patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que debe ser atendida en seis horas como máximo, para evitar complicaciones mayores.

Algunos ejemplos son: quemaduras, disrritmias, traumatismos vómitos y diarrea severa, etc.

1.2. Antecedentes históricos

“Evolución de la emergencia: los servicios de emergencia han aumentado su complejidad en lo tecnológico y estructural como consecuencia del explosivo desarrollo científico ocurrido en las últimas décadas. También se han incrementado las patologías originadas de la violencia, descontrol del tránsito, ansiedad social y otras formas de patología comunitaria”. (Giani; Frye; Cadullo, 1985).

Puede decirse que la urgencia médica existe desde la misma aparición del hombre sobre la faz de la tierra. Su contacto con el medio ambiente, otros seres vivos, y, obviamente, otros hombres, lo han hecho víctima de situaciones en las que repentinamente su salud e integridad física fueron amenazadas.

Y esta situación persiste el día de hoy. Con el progreso de la humanidad y la aparición y posterior evolución de ciencia y tecnología, el abordaje de las urgencias fue cambiando, pero no sería hasta los últimos años en que tomaría la emergencia un perfil propio como patología.

Por eso, para seguir un breve discurrir histórico de la atención intrahospitalaria ante las urgencias y emergencias, deberemos echar un vistazo a la historia de la institución hospital.

El término “hospital” tiene su origen en “hospicio”, albergue de pobres y menesterosos. Sobre todo en la Edad Media, eran los sitios donde los pacientes se “hospedaban”. La función principal de estos establecimientos era ayudar a “bien morir”, desprovistos de fundamentos científicos, incluso con menos intención de curar que los templos de Esculapio y sus prácticas de hibernación.

Los objetivos de aquel momento eran la caridad y el aislamiento, y, por supuesto, la atención de urgencias y emergencias no contaba con ningún tipo de práctica programada.

En Latinoamérica, el primer hospital lo fundaría Hernán Cortés en México, durante el año de 1524, con el nombre de "Hospital de Jesús". En Argentina, ochenta y siete años después, se fundaría el Hospital San Martín de Tours, cumpliéndose una disposición de Hernandarias de 1605.

La fisonomía del hospital no cambiaría sustancialmente hasta el Siglo XIX, cuando se abre el campo de la ciencia y la tecnología con numerosos investigadores, como Pasteur y Lister entre los más prominentes.

Se concibe la Sala con doble hilera de camas y la separación en "boxes". Pero lo más importante, comienza el estudio de las causas de la enfermedad y el ensayo de posibles esquemas terapéuticos.

Para fines del Siglo XIX y comienzos del XX, el hospital se va profesionalizando, tanto en las áreas médicas como paramédicas, y se atiende solamente a la demanda espontánea.

Con el fin de llevar a cabo el seguimiento de los pacientes luego del alta, y controlar la respuesta al tratamiento, surgen los consultorios externos.

Simultáneamente, va estableciéndose el concepto de la Guardia Médica, donde los pacientes pueden ser atendidos en una especie de consultorio que queda abierto las veinticuatro horas, y los cirujanos practican operaciones de urgencia.

En 1956, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definiría al hospital como: "...una parte integrante de la organización médico social cuya función es la de proporcionar a la población atención médica completa, tanto preventiva como curativa, y cuyo servicio de consultorio externo alcanza a la familia en el hogar.

El hospital es también un centro para la preparación y adiestramiento del personal que trabaja en salud y además un campo de investigación biosocial."

Se llega a la concepción de la atención integrada, accesible, eficaz y eficiente. El hospital trabaja con un área programática, y una de influencia, que habitualmente no se corresponde exactamente con la anterior, pero destina programas de salud a los individuos y el medio. (Cubelli, R. 2003).

1.3. La Emergentología como especialidad

Se conoce como “Emergentología”, “Emergenciología”, o “Medicina de Urgencia y Emergencia” a la asistencia médica que debe prestarse de manera urgente a una persona cuya vida está en riesgo. En los hospitales existen sectores especialmente destinados a este tipo de atención.

La Emergentología como especialidad se origina en los Estados Unidos a fines de 1960. Para ese entonces muchos hospitales no contaban con departamentos de emergencia y los pocos que si tenían, contaban con médicos de todas las especialidades disponibles de planta. Tampoco existía ninguna normativa para el cuidado de la emergencia, y por lo tanto los resultados clínicos variaban enormemente.

En el campo de la medicina se empezó a comprender que el cuidado de la emergencia requería habilidades propias diferentes a aquellas utilizadas en la práctica de la medicina general. Sin embargo, en ese momento ninguna residencia tenía programas educativos dedicados a la enseñanza de dichas prácticas. Cuando el Congreso aprobó las leyes que requerían la creación de servicios médicos de emergencia, algunos pequeños grupos de profesionales empezaron a desarrollar métodos propios para mejorar los cuidados y la atención de emergencia brindada a los pacientes.

Hasta 1968 no existía la especialización. Por aquel año, se creó el College of Emergency Physicians y, dos años más tarde se estableció el primer programa de residencia en Emergentología, con el objetivo de educar a los médicos que practicaban la medicina de emergencia y mejorar el nivel de los cuidados de emergencia en los Estados Unidos. Reconociendo que los pacientes en situaciones de urgencias, merecían ser tratados por profesionales formados expresamente ante el amplio espectro de enfermedades y lesiones de atención urgente especializada.(5)

A partir de 1984 el American College of Emergency Medicine, junto con la Academia Americana de Pediatría, trabajaron conjuntamente para optimizar la atención de emergencia pediátrica, reconocida como especialidad en 1991. Luego otras naciones fueron siguiendo los mismos pasos.

En nuestro país la primera residencia en emergencias data de 1990. En el año 2001, se fundó la Sociedad Argentina de Emergencias, quien en 2004 certificó a los primeros especialistas, y en 2010 finalmente la Emergentología fue reconocida por el Ministerio de Salud de la Nación. Por lo tanto es una especialización joven.

Este año 2020, Argentina será la sede del Congreso Mundial en Emergencias, lo que pone en evidencia el lugar que ocupa en la medicina de actual.

Estos hechos se condicen con un crecimiento de la demanda a nivel mundial, lo cual necesita del incremento de personal capacitado en el sector.

La medicina de urgencia, como especialidad en sí misma, es el resultado de un desarrollo histórico particular. Por muchos años, constituyendo no más que un título abarcativo de fragmentados conocimientos pertenecientes a distintas especialidades, tuvo su equivalente pragmático en las ya referidas “guardias médicas”, policonsultorios en los que cada especialista atendía las consultas que correspondían a su perfil profesional. Los cambios producidos en el conocimiento médico, y el surgimiento del trauma como principal causa de muerte en las primeras décadas de la vida, con su característica de entidad propia, fueron modificando la actuación de los planteles profesionales, transformando las guardias médicas en servicios o departamentos de urgencias o emergencias, dando lugar al desarrollo de una nueva disciplina, particular y definida, la medicina de urgencia o emergentología o emergenciología, según distintos autores, buscando aproximar el lenguaje a una realidad nueva. (Cubelli; Muro; Neira, 1997).

1.4. Normativa para la atención de urgencias

El Ministerio de Salud de la Nación, en la resolución 428/2001 trata la normativa para la atención de urgencias cuyo objetivo es la organización y funcionamiento de los Servicios de Guardia en los establecimientos asistenciales. Dicha norma se incorporó al PROGRAMA NACIONAL DE GARANTÍA DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD y considera: La Planta Física. Equipamiento. Recursos Humanos- Normas de funcionamiento. (7)

CAPITULO II: DESARROLLO DEL RECURSO FISICO

2.1. Tipo de pacientes

Con el objetivo de describir el Recurso Físico se estudia previamente el **tipo o perfil del paciente** a asistir y las unidades de producción que dicha asistencia implica.

Los pacientes que acuden al Servicio de Guardia y Emergencia son pacientes no programados que llegan por problemas de salud de inicio súbito pudiendo comprometer su vida e integridad. Dicho servicio debe ser una unidad integral que tiene como función su recepción, clasificación, admisión, estabilización, evaluación y tratamiento oportuno e inmediato.

En esta unidad se atienden las urgencias de patologías correspondientes a los establecimientos de atención primaria y de las emergencias vinculadas a la complejidad del hospital. También se encarga de la recepción y manejo de víctimas masivas en situaciones de emergencias y desastres.

Debe funcionar los 365 días del año durante las 24 horas, y se caracteriza por su rápido accionar desde que ingresa el paciente, hasta su paso a los diferentes espacios de exploración y tratamiento. La permanencia de los mismos, no debe extenderse.

El tipo o perfil del paciente a asistir puede ser **ambulatorio** o de **internación**.

El paciente **ambulatorio** es aquel que concurre al servicio generalmente por sus propios medios o bien puede ser trasladado en ambulancia u otro vehículo. Este tipo de paciente consulta por una patología aguda o crónica reagudizada. Las consultas que evacúa la guardia son referidas a: clínica médica, cardiología, traumatología, cirugía, ginecología y pediatría.

El paciente de **internación** lo hace por decisión del médico que lo asiste ambulatoriamente en el servicio o por derivación de otras instituciones o servicios de emergencias extrahospitalarias. Esta internación dependerá de la gravedad que el paciente presente. Pudiendo ser: **Observación; Hospitalizado de urgencia; Hospitalizado de emergencia.**

Observación : Son pacientes cuya patología no está definida en cuanto a la necesidad de hospitalización y que son sometidos a control o algún tipo de medicación (analgésicos, broncodilatadores, antiespasmódicos). La observación es una internación transitoria, hasta la seis horas. Luego se decide su derivación o su pase a hospitalización o su alta .

Hospitalización: Esta internación en Guardia puede clasificarse en dos :

a) de urgencia y b) de emergencia.

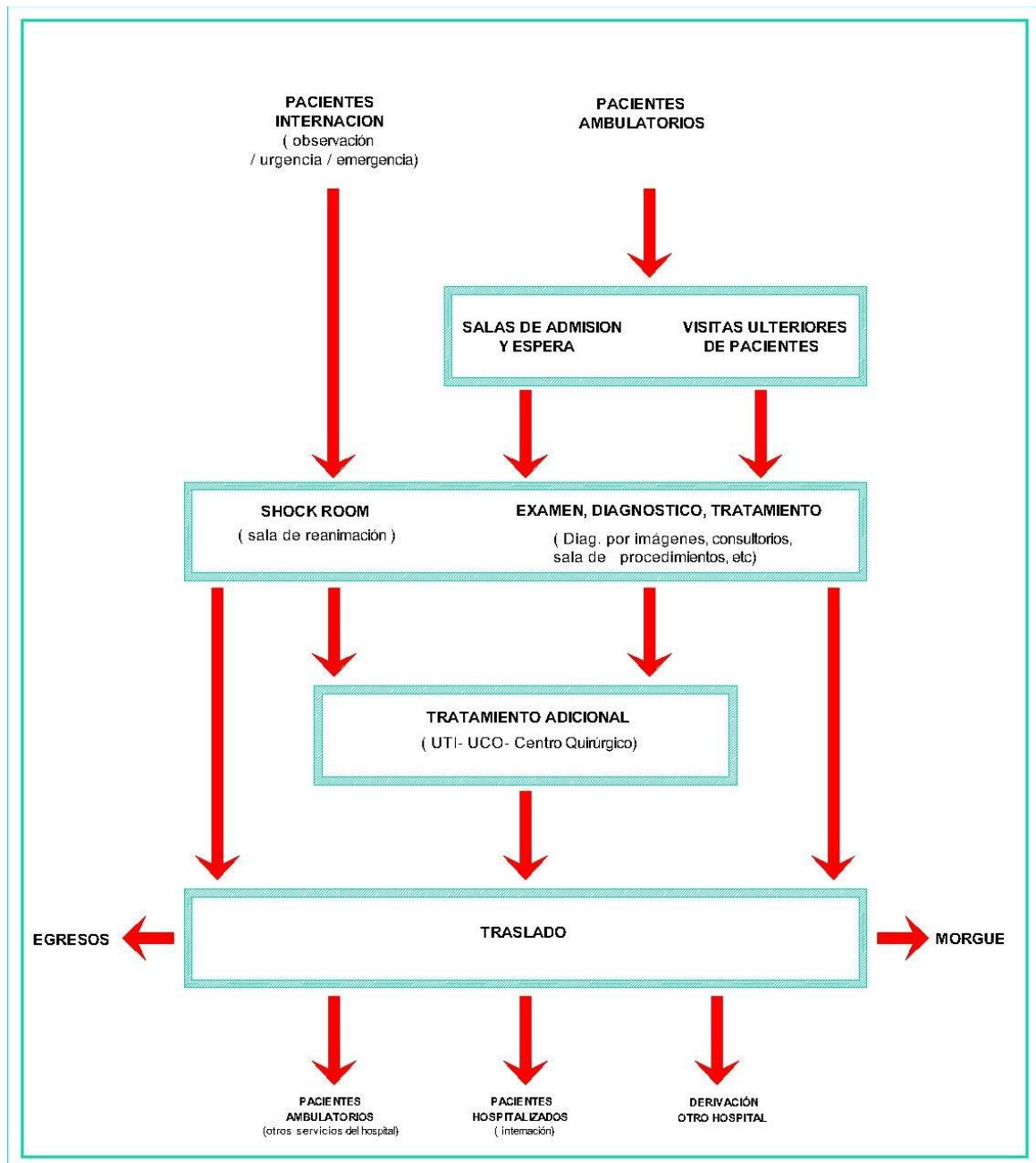
b) Hospitalización de Urgencia: Comunmente llamada hospitalización de guardia. Utilizada por el paciente que ingresa con una patología aguda de moderada o severa gravedad pero sin muerte inminente por la misma.

Su destino posterior es unidades de cuidados intensivos (UTI-UCO), quirófano, o internación general a cargo de los distintos servicios.

El alta se da entre la 24 y 36 hs de su ingreso pudiendo trasladarse a otro servicio del hospital, a otro hospital, o a su domicilio.

c) Hospitalización de emergencia: Utilizada por pacientes críticos con inminencia de muerte. Para ello debe disponerse de una sala de reanimación o Shock Room (estabilización hemodinámica).

Su destino posterior es unidades de cuidados intensivos (UTI-UCO), quirófano, o morgue.



Fuente: Circulación en Servicio de Guardia y Emergencia / Elaboración propia.

A veces sucede que los pacientes que se presentan solos o mediante referencia, poseen una gran variedad de condiciones que si bien deberían ser urgentes, no siempre lo son.

La utilización de éstos servicios es cada vez mayor, conduciendo a la saturación de los mismos.

Dichos servicios constituyen el vértice de la pirámide del sistema de atención médica urgente donde convergen tanto los pacientes atendidos en el resto de los

niveles de la red de servicios de salud, como aquellos que van por propia iniciativa. Ya que existe un amplio espectro de pacientes que subjetivamente pueden calificar su padecimiento como una urgencia.

Durante los últimos tiempos éstos se han visto sometidos a una presión asistencial cada vez mayor. Como consecuencia, con gran frecuencia se acumulan esperas superiores a las deseables, con el consiguiente deterioro en la efectividad y la calidad.

Frente a estos períodos de colapso se debiera considerar varios parámetros tales como los tiempos reales de asistencia, los tiempos de tratamiento o los tiempos de espera.

La situación de sobrecarga en las guardias es un problema de todo el hospital, y no es exclusivo de estos servicios, por lo cual al verse llenos los servicios de hospitalización, los pacientes en espera de cupo deben permanecer en los Servicios Guardia y Emergencia.(4)

En un informe del Ministerio De Sanidad y Política Social del año 2010 en España describe las causas más frecuentemente implicadas en la saturación de urgencias, identificadas como las siguientes:

- Obligación de los Servicios de urgencias hospitalarios de atender al paciente con patología no urgente (que en algunos hospitales supera el 70% de las urgencias).

- La movilidad de la población y la dotación de hospitales más próximos a los ciudadanos, facilitan el acceso a la servicio de Urgencia.

- Alta derivación de pacientes muy ancianos y con pluripatología.

- Pacientes poli consultantes.

- Personal sanitario insuficiente o con inadecuada preparación.

- Retrasos en la realización del ingreso o en el transporte en ambulancia.

-Falta de camas para el ingreso en el hospital. En muchos estudios esta es la causa más importante de saturación.

- El uso del Servicio de Urgencias por condiciones que pueden resolverse desde la Atención primaria, revelando las falencias de acceso a éste nivel de atención.

Existen otros factores que justifican este aumento de la presión asistencial en urgencias al crecimiento y envejecimiento de la población, el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, la accesibilidad a los servicios de Guardias y Emergencias, la cultura de la inmediatez, las expectativas excesivas de atención hospitalaria, y, en muchas ocasiones, la utilización de estos servicios como fuente alternativa de cuidados ambulatorios para patologías no urgentes. (Sanchez Lopez; Bueno Cabanillas, 2005).

Esta situación se repite en diversos países en los que los orígenes del problema pudieran ser diferentes, pero con los mismos efectos.

En los últimos años se han establecido estrategias que intentan mejorar la atención que se ofrece en los Servicios de Guardia y Emergencia, entre ellas mejoras estructurales, cambios organizativos, priorización del Recurso humano y del Recurso físico necesario, para que se puedan obtener los mejores resultados y en donde la comunidad pueda sentirse respaldada y contenida frente a las circunstancias dadas.

2.2. Recursos Humanos:

El Servicio de Guardia y Emergencia estará conformado por un plantel que contará con personal médico, de enfermería, de mantenimiento, y seguridad.

El área podrá contar con un Director de Emergencias, Coordinador o Jefe de Servicio dependiente de la Dirección Médica del Hospital. El perfil corresponde a un

médico **Emergentólogo** a cargo de la misma. Dicho médico podrá ser clínico, cirujano, terapista intensivo o anestesista con dedicación a emergencias y con título obligatorio certificado y recertificado en ATLS.

- El personal **Médico** se completa con :
 - **Jefe de Guardia de Día** : Cirujano con experiencia en politraumatismos. Con residencia completa o cinco años de recibido. Opcional ATLS certificado y recertificado. Dedicación 24 hs.
 - **Médicos Auxiliares** : De acuerdo al hospital debe contarse con uno o dos médicos auxiliares del jefe de guardia pudiendo ser estos clínicos o cirujanos, residencia completa con experiencia en medicina de urgencia y atención del politraumatizado agudo.
 - **Traumatólogo**: Con residencia completa y entrenamiento en atención del politraumatizado, de preferencia con ATLS certificado o recertificado.
 - **Anestesiólogo** :Este podrá ser del hospital pero disponible las 24 hs.
 - **Pediatra** : Si el hospital no tuviere guarda pediátrica aparte debe contarse con un médico pediatra con residencia completa o 5 años de experiencia y con dedicación a urgencia y emergencias. Opcional ATLS certificado y recertificado.
 - **Ginecobotetra**: Deberá disponerse la presencia de ésta especialidad en el hospital las 24 hs. de acuerdo a demanda.
 - **Cardiólogo**: Deberá poder efectuar electrocardiogramas las 24 hs. del día.
 - **Otros Médicos**: Estos podrán incorporarse a la guardia de acuerdo al tipo de hospital y a la demanda: endocrinólogo (guardia pasiva), neurocirujano, urólogo, oftalmólogo, neonatólogo, psiquiatra, etc.

- El personal de médico se completa con **técnicos** en diferentes áreas :
 - **Hemoterapia**: Técnico de guardia activa en el hospital. Médico hemoterapeuta pasivo.
 - **Laboratorio**: Técnico de Guardia activo del hospital las 24 hs.

- **Diagnóstico por imágenes:** Técnico de guardia activo del hospital, las 24 hs. Médico radiólogo pasivo.

- El personal de **Enfermería** se conforma por:
 - **Encargada** : jefa de guardia o coordinadora dependiente del departamento de enfermería. El perfil corresponde a enfermera de nivel superior.
 - **Enfermera:** Deberá contarse por turno con 1 cada 6 camas o fracción, incluyendo el Shock Room.
 - **Auxiliar de Enfermería:** Deberá contarse con 1 cada 8 camas o fracción.
 - **Mucamas:** Deberá contarse con 1 cada 12 camas.
 - **Enfermera ambulatoria:** Puede ser enfermera o auxiliar de enfermería. Según necesidad una por turno o cubriendo mínimamente de 8 a 22 hs.
 - **Camillero** :Puede ser del hospital pero se debe disponer de 1 por turno para el sector.

- El personal de **Mantenimiento** se conforma por:
 - **Mantenimiento General:** Guardia activa en el hospital.

- Y finalmente el personal de **Seguridad** se conforma por:
 - **Seguridad** : Personal de vigilancia del hospital y afectación al servicio

3.3. Organización y características físicas de la unidad. Flujos circulatorios.

El Servicio de Guardia y Emergencia debe contar con un sector de admisión de pacientes que accedan directo desde el exterior. La primera instancia por la que pasan es el “**triage**”. El término proviene del francés “to sort” clasificar, este concepto de fue utilizado inicialmente en las guerras napoleónicas. El método se utilizaba cuando había muchos lesionados y los recursos eran limitados. Actualmente se aplica como el método de selección y clasificación de pacientes de manera diaria para valorar los recursos de los servicios y la atención de dichos pacientes.

Este evento también debe ser aplicado en el sitio del accidente en el momento de seleccionar el hospital al cual se trasladará el accidentado.

Dicha clasificación permite establecer un orden de prioridades de acuerdo al grado de compromiso vital, aplicándose un código de colores internacionalmente establecido:

se usa el color **rojo** cuando hay compromiso vital inmediato que obliga a un tratamiento reanimador inminente. Es un paciente grave, crítico pero recuperable y constituye la primera prioridad; el color **amarillo** se utiliza cuando el compromiso vital no es inmediato pero el posible desarrollo de complicaciones en poco tiempo puede llevar a comprometer la vida por lo que se dispone de algunas horas para su tratamiento. Es un paciente grave pero estable y constituye la segunda prioridad; y el color **verde** se aplica a pacientes que pueden esperar sin que exista afectación vital constituyendo la tercera prioridad. En casos de un desastre o fenómeno natural, se aplica también el color **negro** para identificar al paciente fallecido o agónico. (Villatoro Martinez, A. 2005).

Luego del triage inicial en el sitio del rescate se realiza una segunda evaluación sistemática en el Servicio de Guardias y Emergencias del hospital, donde se corrobora el diagnóstico establecido, permitiendo la definitiva decisión de los pasos a seguir.

Los pacientes de acuerdo a cada caso en particular, serán trasladados en camillas, sillas de ruedas o caminando. Es óptimo que exista un circuito de circulación diferencial entre adultos y niños. La admisión debe conectarse con el sector de **atención ambulatoria** y con el sector de **internación de guardia**.

- La **atención ambulatoria** deberá contar con:
 - **Sala de espera** adecuada con equipamiento suficiente para pacientes y acompañantes (discriminando adultos de niños) con sanitarios públicos por sexo.
 - **Consultorios** pudiendo ser generales o diferenciados por especialidad (por ejemplo: ginecobstetricia, traumatología, etc) dependiendo de la complejidad de establecimiento asistencial.

La cantidad de los mismos será consecuente con el tipo de hospital, la epidemiología, la demografía y otras circunstancias que configuren la demanda. Se recomienda una sala de procedimientos médicos para realizar punciones, suturas, drenajes, etc, siendo la sala de yesos una de ellas, previendo que su ubicación sea contigua al consultorio de traumatología.

Los consultorios ginecológicos y obstétricos deben tener baño.

Los consultorios pediátricos deben estar separados de los consultorios de adultos.

Todos los consultorios deben contar con un lavabo, poseer bolsas en receptáculo para descarte de material y residuos patológicos y estar equipados con instrumental y mobiliario adecuado.

- **Office de enfermería:** Este sector deberá contar con mobiliario adecuado, vitrinas y armarios para el depósito de medicamentos y materiales de uso diario. Heladera para medicamentos y vacunas. Cocina de 2 hornallas u horno microondas. Iluminación de emergencia y conexión a grupo electrógeno.
- **Administración :** Este sector puede ser el mismo que el destinado a la admisión de pacientes. Cuenta con comunicación adecuada con consultorios, otros sectores del área y el resto del establecimiento asistencial. Además, contará con equipamiento informático necesario.
-

- **Areas de apoyo:**

- a. **Hemoterapia:** Banco de sangre accesible, y la ejecución de técnicas de compatibilización adecuadas y grupos sanguíneo disponibles las 24 hs.
- b. **Laboratorio:** pudiendo ser propio del área (usa métodos automáticos al lado del paciente) o central del hospital (deberá remitir de urgencia varios estudios como: hematocrito, recuento y fórmula, ionograma, glucemia, bilirubina, amilasa, urea, etc).
- c. **Radiología:** Pudiendo ser propia del área o del hospital. Debe contar mínimamente con equipo convencional de buena resolución. Ecógrafo portátil (de preferencia). Equipo de radiología portátil (opcional). Para hospitales de mayor nivel deberá disponerse de TAC las 24 hs.

- La **internación de guardia** deberá contar con :

- **SHOCK ROOM (Sala de reanimación y estabilización hemodinámica) :** Las dimensiones de la misma deben permitir la libre circulación de personal y equipos. Se estima como mínimo una superficie de 12 mts² por cama.

Deben tener acceso desde el exterior con puerta de entrada que permita el libre acceso de camillas.

La cama camilla debe tener cabecera rebatible, articulada, con espacio para proceder desde la cabecera a maniobras de reanimación. Allí deben ubicarse soportes para sostener monitores y bombas de infusión. Alarmas (paro cardíaco, gases, etc) y sistemas de comunicación.

Deben poseer tomas suficientes (como mínimo cinco) a setenta centímetros del suelo, o en su defecto en poliductos u otros sistemas.

Debe contar con pileta para el lavado de manos con grifería automática u operada con el pie o codo y de profundidad suficiente para evitar salpicaduras de agua.

Las paredes y coberturas de piso deben ser lavables y adecuadamente pintadas.

Debe tener una iluminación adecuada (tanto general como lámparas cialíticas) y conexión al grupo electrógeno.

- **Observación de pacientes:** cuenta con camas para observación de pacientes que no están en estado crítico. El número de las mismas dependerá del tipo de hospital y la demanda. Como mínimo 2 camas y de preferencia 4. Se estima una superficie no menor a 6mts² por cama. Estas habitaciones deben contar con cama camilla con cabecera rebatible y barandas laterales, equipamiento mobiliario adecuado.

Deben poseer tomas suficientes (como mínimo tres) a setenta centímetros del suelo, o en su defecto en polductos u otros sistemas.

Debe contar con pileta para el lavado de manos con grifería automática u operada con el pie o codo y de profundidad suficiente para evitar salpicaduras de agua (1 cada 2 camas).

Las paredes y coberturas de piso deben ser lavables y adecuadamente pintadas.

Debe tener una iluminación natural y artificial general adecuada (luz de examen y de lectura en cabecera).

- **Habitaciones de internación de guardia :** las utilizaran aquellos pacientes que prolonguen su estadía en la guardia.

Deberá contar con todos los elementos de la habitación de observación pero con mayor privacidad. Solo para una o dos camas.

- **Office de enfermería:** se utiliza como apoyo también de los consultorios y cuenta con equipamiento adecuado, sector limpio y usado con depósito de medicamentos e insumos necesarios, heladera para medicamentos y vacunas.

CAPITULO III: CASO H.Z.G.A Dr. Ricardo Gutierrez

3.1. H.Z.G.A Dr. Ricardo Gutiérrez. Caracterización de la Institución. Ubicación.



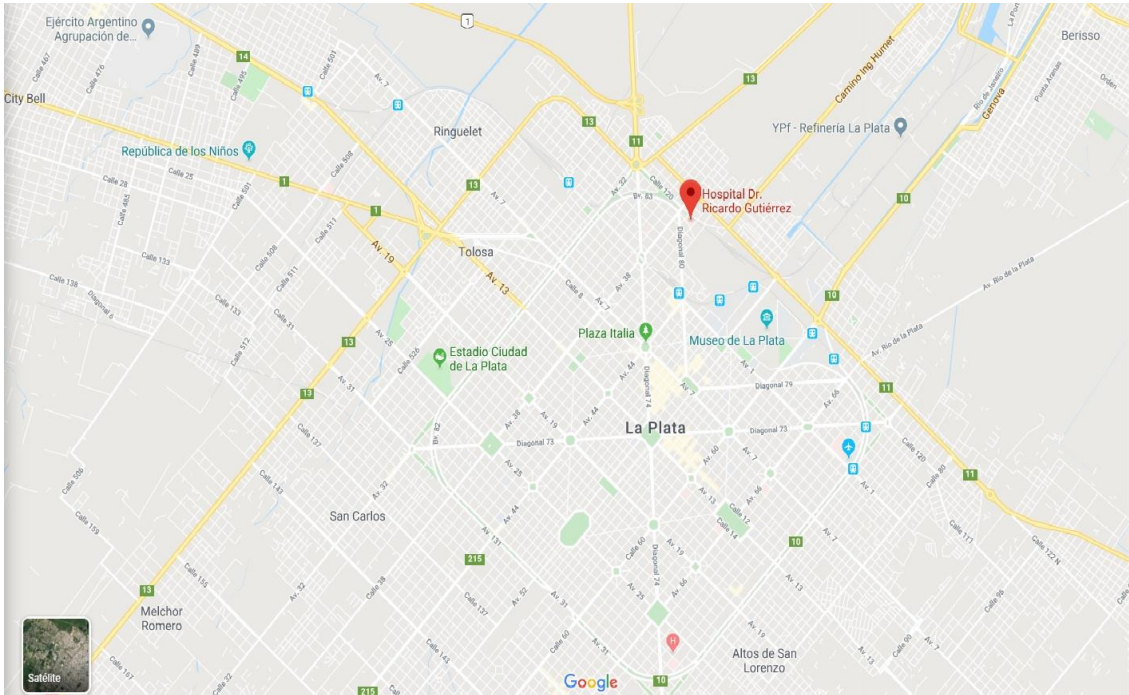
Acceso principal del hospital

El HZGA. Dr. Ricardo Gutiérrez se encuentra ubicado en el diagonal 114 entre 39 y 40 en el Barrio Hipódromo de la ciudad de La Plata. Pertenece a la Región Sanitaria XI. Desde su inauguración en el año 1954 tiene una fuerte impronta materno-infantil y en la actualidad es un hospital de referencia para la población trans, realizándose en este efector las cirugías de reasignación genital o reafirmación de género.

Al igual que la mayoría de los hospitales provinciales de la ciudad de La Plata el HZGA. Dr. Ricardo Gutiérrez no cuenta con una actualización de su área programática de referencia, atendiendo generalmente parte de la población de la ciudad de La Plata, Berisso y Ensenada pero también de Magdalena, Berazategui y Florencio Varela, entre otros, debido a su cercanía con la estación de trenes.

Superficie cubierta: 6.368 m²

Número de plantas: Planta Baja y un nivel, 2º nivel en el frente, subsuelo.



UBICACIÓN



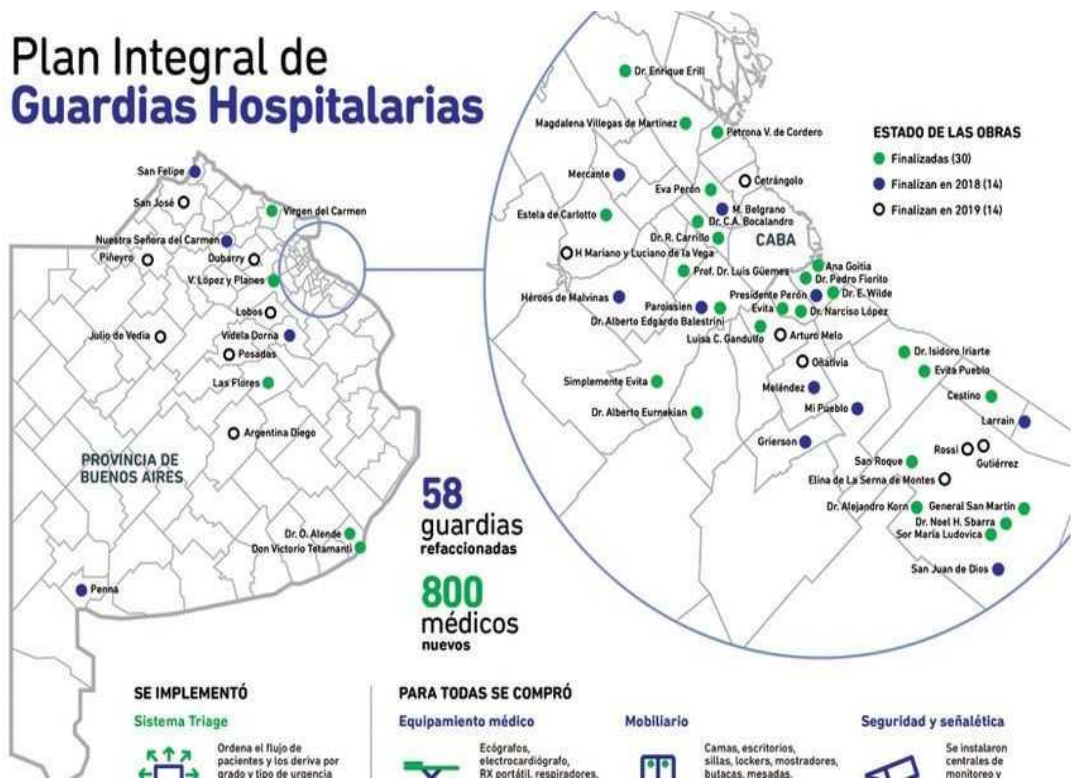
IMPLANTACION

3.2. Plan de Guardias 2015 - 2019

El caso del Servicio de Guardias y Emergencias del Hospital Gutierrez de la ciudad de La Plata recientemente inaugurado, forma parte del Plan Integral de Guardias impulsado por el gobierno.

El anteproyecto estuvo a cargo de la Dirección de Infraestructura del Ministerio de salud de la pcia de Bs As y la obra a cargo del Ministerio de Infraestructura de la pcia de Bs As.

Dicho Plan consta de 58 guardias en donde la intervención realizada varía de acuerdo a cada caso en particular: ampliación, refacción, puesta en valor, obra nueva, etc.



- 1- Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Región I, Bahía Blanca.
- 2- Hospital Zonal General de Agudos "Julio de Vedia". Región II, 9 de Julio.
- 3- Hospital Interzonal General de Agudos "San José". Región III, Junín
- 4- Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Abraham Piñeyro". Región VI, Pergamino.
- 5- Hospital Zonal Especializado en Agudos y Crónicos "Dr. Cetrángolo". Región V, Vicente Lopez.
- 6- Hospital Local General "Nuestra Señora del Carmen". Región IV, Carmen de Areco.
- 7- Hospital Interzonal General de Agudos "San Felipe". Región IV, San Nicolás.
- 8- Hospital Interzonal General de Agudos "Eva Perón". Región V, Gral. San Martín.
- 9- Hospital Zonal "Dr. Enrique Erill". Región V, Escobar.
- 10- Hospital Zonal General de Agudos "Magdalena V. de Martínez" (Pacheco). Región V, Tigre.
- 11- Hospital Zonal General de Agudos "Petrona V. de Cordero". Región V, San Fernando
- 12- Hospital Zonal General "Manuel Belgrano". Región V, Gral. San Martín.
- 13- Hospital Zonal General de Agudos "Virgen del Carmen". Región V, Zárate.
- 14- Hospital Interzonal General de Agudos "Evita". Región VI, Lanús.
- 15- Hospital Interzonal General de Agudos "Luisa C. De Gandulfo". Región VI, Lomas de Zamora.
- 16- Hospital Materno Infantil "Ana Goitía". Región VI, Avellaneda.
- 17- Hospital Interzonal General de Agudos "Pedro Fiorito". Región VI, Avellaneda.
- 18- Hospital Zonal General de Agudos "Dr. Isidoro G. Iriarte". Región VI. Quilmes
- 19- Hospital Zonal General de Agudos "Dr. A. Oñativia", Región VI. Almirante Brown.
- 20- Hospital Zonal General de Agudos "Lucio V. Meléndez". Región VI. Almirante Brown.
- 21- Hospital Zonal General de Agudos "Dr. Narciso López". Región VI. Lanús
- 22- Hospital Zonal General de Agudos "Mi Pueblo". Región VI. Florencio Varela.
- 23- Hospital Interzonal "Dr. Alberto Eurnekian". Región VI. Ezeiza
- 24- Hospital Interzonal General de Agudos "Presidente Perón". Región VI, Avellaneda.
- 25- Hospital Subzonal de Wilde. Región VI, Avellaneda.
- 26- Hospital Zonal General de Agudos "Evita Pueblo". Región VI, Berazategui.
- 27- Hospital "Dr. Arturo Melo". Región VI, Lanús.

- 28- Hospital Interzonal General de Agudos "Vicente López y Planes" . Región VII. Gral Rodríguez.
- 29- Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Ramón Carrillo" .Región VII. Tres de Febrero.
- 30- Hospital Interzonal General de Agudos "Prof. Dr. Luis A. Güemes" . Región VII, Morón.
- 31- Hospital Zonal General de Agudos "Gobernador Domingo Mercante" . Región VII, José C. Paz.
- 32- Hospital Zonal General de Agudos "Héroes de Malvinas" .Región VII, Merlo
- 33- Hospital Zonal General de Agudos "Dr. Carlos Alberto Bocalandro" . Región VII, Tres de Febrero.
- 34- Hospital Materno Neonatal "Estela de Carlotto" .Región VII, Moreno.
- 35- Hospital Zonal General de Agudos "Mariano y Luciano de la Vega" . Región VII, Moreno
- 36- Hospital Interzonal General de Agudos "Oscar Alende" . Región VIII, Gral. Pueyrredón.
- 37- Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "Victorio Tetamanti" . Región VIII, Gral. Pueyrredón.
- 38- Hospital Zonal General de Agudos "Las Flores" . Región IX, Las Flores.
- 39- Hospital Materno Infantil "Argentina Diego" . Región IX, Azul.
- 40- Hospital Zonal General de Agudos de Lobos. Región X, Lobos.
- 41- Hospital Zonal General de Agudos "Blas Dubarry" .Región X, Mercedes.
- 42- Hospital Zonal General de Agudos "Dr. Posadas" . Región X, Saladillo.
- 43- Hospital Interzonal General de Agudos "General José de San Martín" . Región XI, La Plata.
- 44- Hospital Interzonal Especializado de Agudos "Superiora Sor María Ludovica" .Región XI, La Plata.
- 45- Hospital Zonal General de Agudos "Horacio Cestino" . Región XI, Ensenada.
- 46- Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos "Dr. Alejandro Korn" . Región XI, La Plata.
- 47- Hospital Zonal General de Agudos "San Roque" .Región XI, La Plata.
- 48- Hospital Zonal Especializado "Elina De La Serna" .Región XI, La Plata.

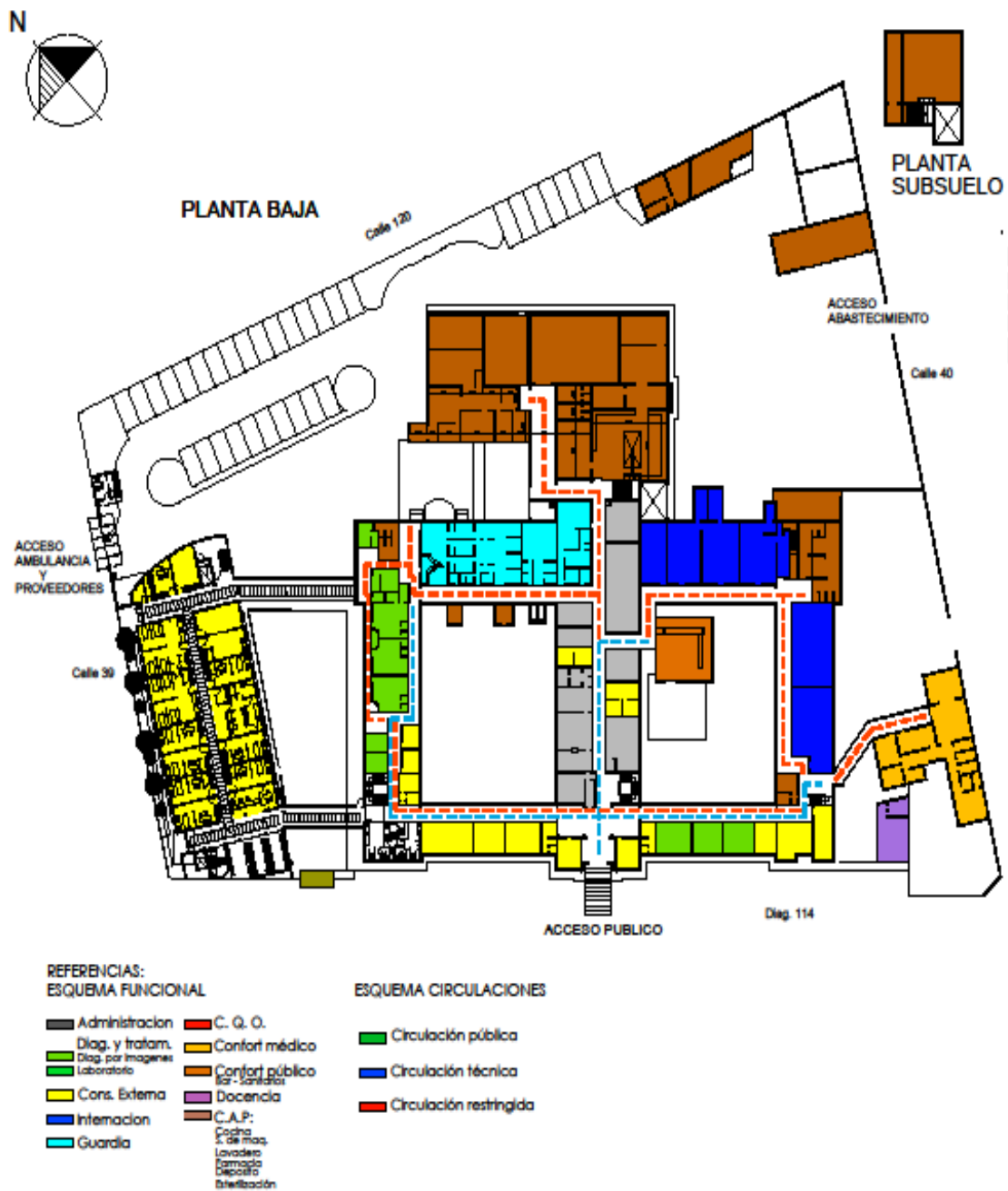
- 49- Hospital Zonal Especializado "Noel Sbarra". Región XI, La Plata.
- 50- Hospital Zonal General de Agudos "Dr. Mario Víctor Larrain". Región XI, Berisso.
- 51- Hospital Zonal Videla Dorna. Región XI, Monte.
- 52- Hospital Zonal General de Agudos "Dra. Cecilia Grierson" Guernica. Región XI, Presidente Peron.
- 53- Hospital Interzonal Gral. De Agudos "Dr. Rodolfo Rossi". RegiónXI, La plata.
- 54- **Hospital Zonal General de Agudos "Dr. Ricardo Gutiérrez"**.RegiónXI, La plata.
- 55- Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos "San Juan de Dios".RegiónXI, La plata.
- 56- Hospital Dr Alberto Balestrini. RegiónXII, La Matanza.
- 57- Hospital Zonal General de Agudos de González Catán "Simplemente Evita". Región XII, La Matanza.
- 58- Hospital Zonal General de Agudos "Dr. Diego Paroissien". Región XII, La Matanza.

3.3 Proyectar una guardia y emergencia.

El proyecto fue previsto dentro del planteo general para el Plan Director del hospital. En dicho Plan Director se organizan tanto los paquetes funcionales como también las circulaciones, identificándose las públicas, técnicas y restringidas. Se propone el crecimiento de ciertas áreas que se reconocen como conflictivas actualmente y requieren mayor superficie para su correcto funcionamiento. Estas áreas son: guardia y emergencia, centro quirúrgico – obstétrico y centro quirúrgico. Para dichas áreas se propone una nueva placa en tres niveles con un núcleo de circulación vertical. Esta placa se ubicara en el lugar donde actualmente se encuentra Anatomía Patológica, los consultorios de Urología, Servicios sociales y parte de los depósitos de la cocina, también se toma parte del estacionamiento, contemplando el traslado del tanque de oxígeno central del hospital.

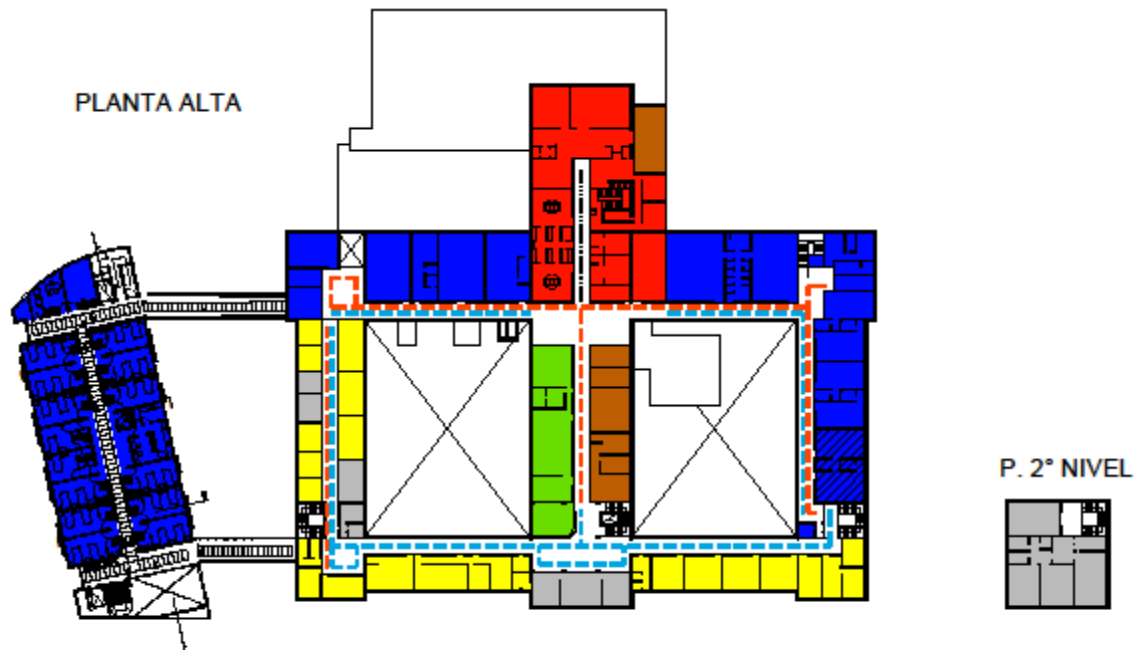
Para el sector de Anatomía Patológica se prevé un anteproyecto que fue consensuado y se genero a partir del programa de necesidades provisto por la Dirección del hospital. La obra de este sector se debió realizar en primera instancia para que no se vea interrumpido el trabajo. Una vez terminada, se realizó la mudanza al sector nuevo y luego se comenzó la obra de la guardia. El resto de los traslados y adecuaciones quedó a cargo de la Dirección del establecimiento.

En la segunda etapa de obra, se realizó la ampliación y adecuación del servicio de guardia y emergencia, para lo cual se calculó la estructura resistente para la placa completa con sus tres niveles.



PLAN DIRECTOR SITUACION ACTUAL

Fuente: Plano Base Hospital Dr. Ricardo Gutierrez / Elaboración profesionales de la Dirección de Infraestructura del Ministerio de Salud de la Pcia de Bs As.



REFERENCIAS:
ESQUEMA FUNCIONAL

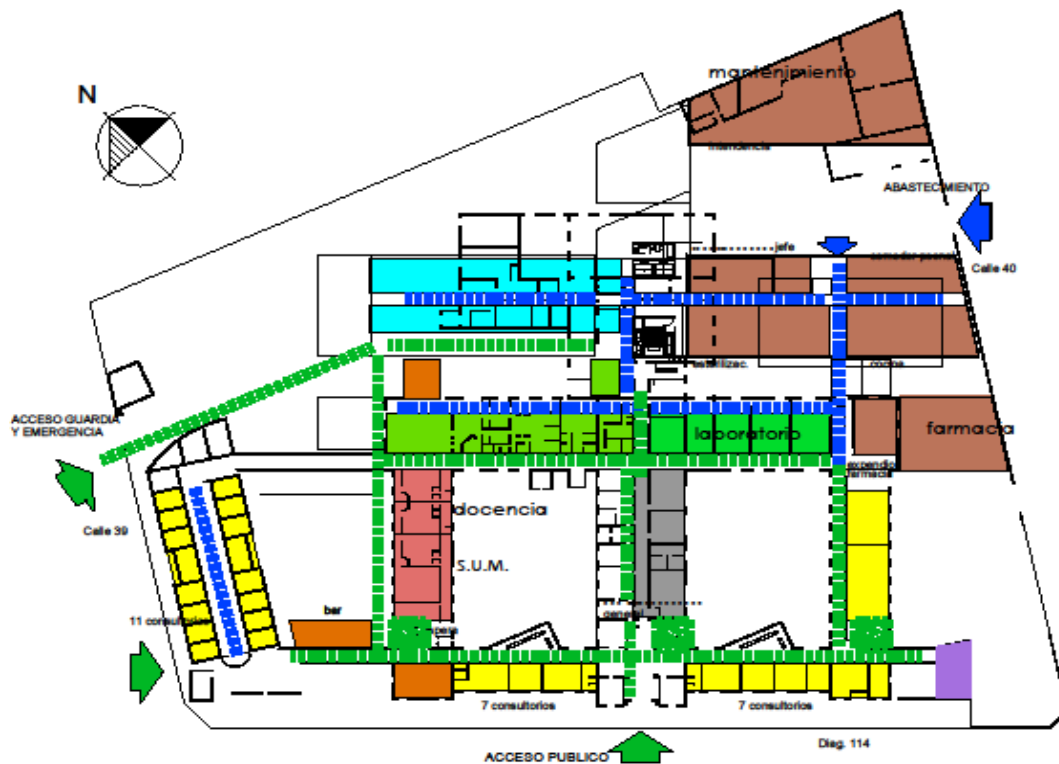
- | | |
|----------------------|--------------------|
| ■ Administración | ■ C. Q. O. |
| ■ Diag. y tratam. | ■ Confort médico |
| ■ Diag. por imágenes | ■ Confort público |
| ■ Laboratorio | ■ Bar - Sanitarios |
| ■ Cons. Externa | ■ Docencia |
| ■ Internación | ■ C.A.P.: |
| ■ Guardia | ■ Cocina |
| | ■ S. de maq. |
| | ■ Lavadero |
| | ■ Farmacia |
| | ■ Depósito |
| | ■ Esterilización |

ESQUEMA CIRCULACIONES

- | |
|---------------------------|
| ■ Circulación pública |
| ■ Circulación técnica |
| ■ Circulación restringida |

PLAN DIRECTOR SITUACION ACTUAL

Fuente: Plano Base Hospital Dr. Ricardo Gutierrez / Elaboración profesionales de la Dirección de Infraestructura del Ministerio de Salud de la Pcia de Bs As.




**REFERENCIAS:
ESQUEMA FUNCIONAL**

- Administración
 - C. Q. O.
 - Diag. y tratam.
 - Confort médico
 - Laboratorio
 - Confort público
 - Cons. Externa
 - Docencia
 - Internación
 - C.A.P:
 - Guardia
- Cocina
S. de maq.
Lavadero
Farmacia
Deposito
Esterilización

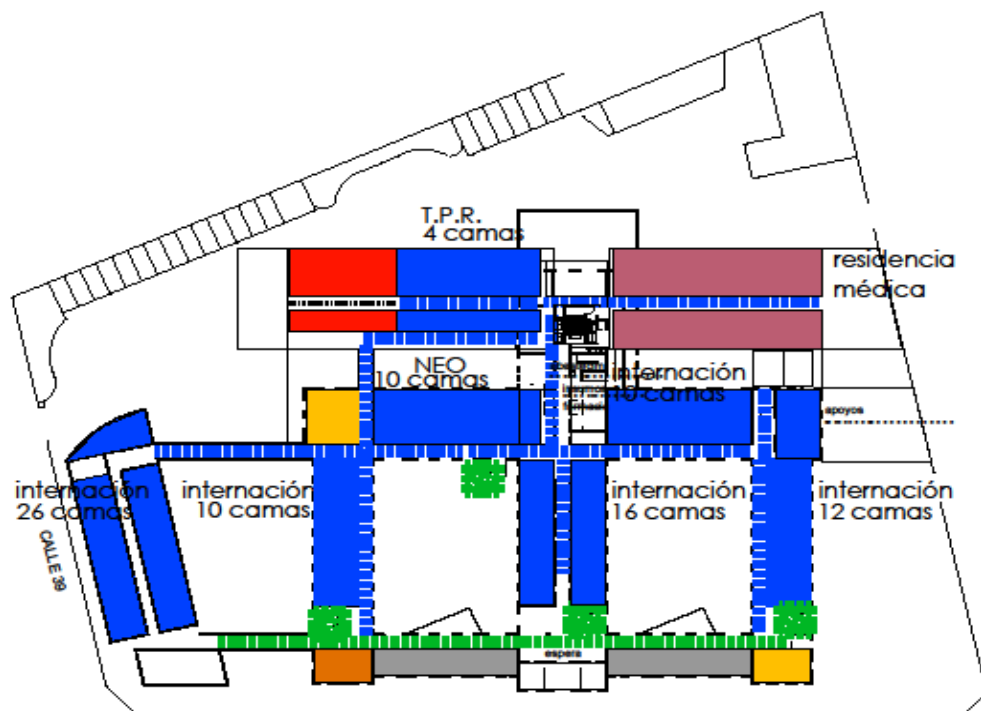
ESQUEMA CIRCULACIONES

- Circulación pública
- Circulación técnica
- Circulación restringida

 <p>Ministerio de Salud Buenos Aires LA PROVINCIA</p>	<p>COORDINACION DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO HOSPITALARIO.</p> <p>DEPARTAMENTO RECURSOS FISICOS EN SALUD</p>
<p>ESTABLECIMIENTO: H.Z.G.A. "R. GUTIERREZ" - LA PLATA</p> <p>PLAN DIRECTOR - PROPUESTA</p> <p>PLANO: PLANTA BAJA</p>	<p>REGION SANITARIA: XI</p> <p style="font-size: 2em; font-weight: bold; text-align: center;">3</p>
<p>MARZO 2016</p>	<p>ESCALA: 1:750</p>

PLAN DIRECTOR PROPUESTA PLANTA BAJA

Fuente: Plano Base Hospital Dr. Ricardo Gutiérrez / Elaboración profesionales de la Dirección de Infraestructura del Ministerio de Salud de la Pcia de Bs As.



REFERENCIAS:
ESQUEMA FUNCIONAL

- | | |
|--------------------|------------------|
| Administration | C. Q. O. |
| Diag. y tratam. | Confort médico |
| Diag. por imagenes | Confort público |
| Laboratorio | Bar - Sanitarios |
| Cons. Externa | Docencia |
| Internacion | C.A.P.: |
| Guardia | Cocina |
| | S. de maq. |
| | Lavadero |
| | Farmacia |
| | Deposito |
| | Esterilización |

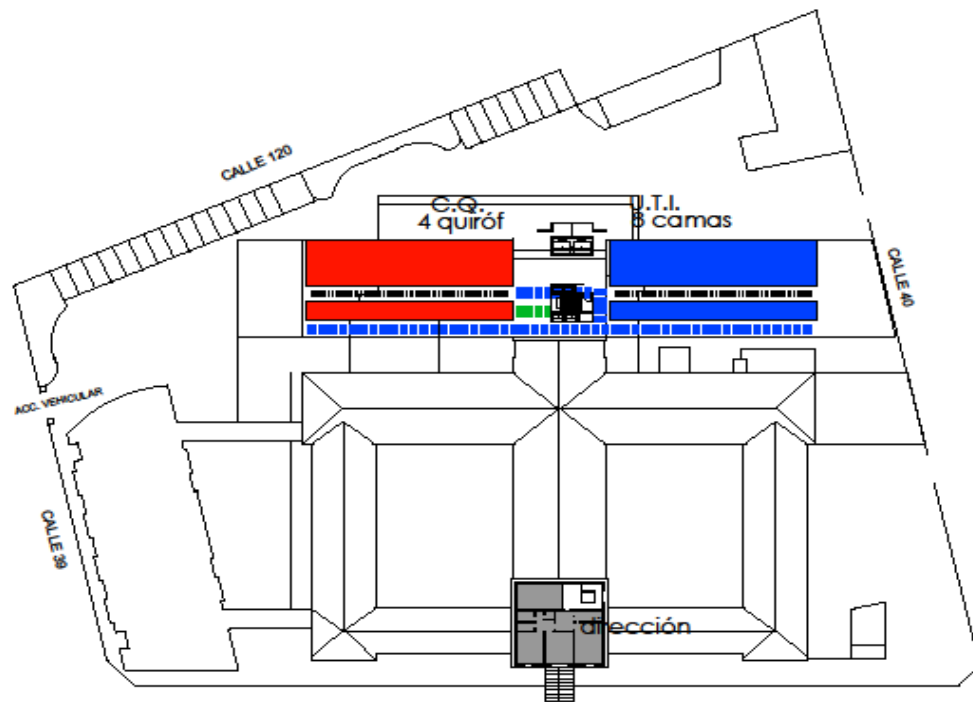
ESQUEMA CIRCULACIONES

- Circulación pública
- Circulación técnica
- Circulación restringida

	COORDINACION DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO HOSPITALARIO. DEPARTAMENTO RECURSOS FISICOS EN SALUD	
	ESTABLECIMIENTO: H.Z.G.A. "R. GUTIERREZ" - LA PLATA	
PLAN DIRECTOR - PROPUESTA		REGION SANITARIA: XI
PLANO:	MARZO 2016	ESCALA: 1:750
		4

PLAN DIRECTOR PROPUESTA PRIMER NIVEL

Fuente: Plano Base Hospital Dr. Ricardo Gutierrez / Elaboración profesionales de la Dirección de Infraestructura del Ministerio de Salud de la Pcia de Bs As.




REFERENCIAS: ESQUEMA FUNCIONAL

Administración	C. Q. O.
Diag. y tratam.	Confort médico
Diag. por imágenes	Confort público
Laboratorio	Bar - Sanitarios
Cons. Externa	Docencia
Internación	C.A.P:
Guardia	Cocina
	S. de maq.
	Lavadero
	Farmacia
	Deposito
	Esterilización

ESQUEMA CIRCULACIONES

Circulación pública
Circulación técnica
Circulación restringida

 Ministerio de Salud Buenos Aires LA PROVINCIA	COORDINACION DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO HOSPITALARIO. DEPARTAMENTO RECURSOS FISICOS EN SALUD	
	ESTABLECIMIENTO: H.Z.G.A. "R. GUTIERREZ" - LA PLATA	
PLAN DIRECTOR - PROPUESTA		REGION SANITARIA: XI
PLANO:	MARZO 2016	ESCALA: 1:750
		5

PLAN DIRECTOR PROPUESTA 2 NIVEL

Fuente: Plano Base Hospital Dr. Ricardo Gutierrez / Elaboración profesionales de la Dirección de Infraestructura del Ministerio de Salud de la Pcia de Bs As.

En el anteproyecto para la guardia y emergencia que se propone, se plantean dos áreas: adultos y pediatría con las unidades funcionales y apoyos correspondientes.

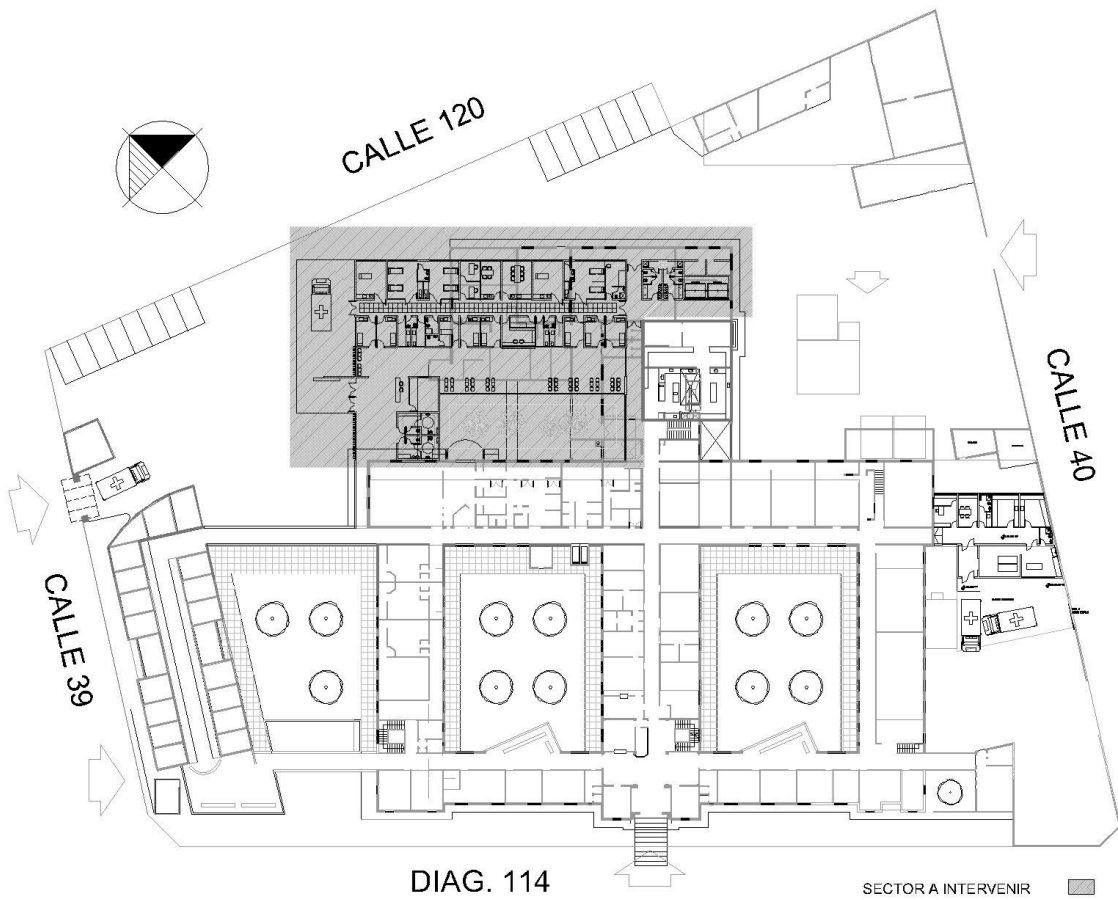
Se contemplan dos accesos, uno de emergencias, en donde la ambulancia ingresa por el estacionamiento actual hasta un semicubierto, allí la camilla ingresa al área crítica: shockroom y sala de observación de adultos y pediatría respectivamente. La circulación técnica restringida que une estos locales llega al núcleo vertical que lleva al área quirúrgica actual, que en una futura etapa será adecuada.

En el acceso ambulatorio se encuentra un puesto de informes y orientación junto con la central de monitoreo y vigilancia. Las áreas de espera están diferenciadas para adultos y pediatría en correspondencia con los consultorios enfrentados a ella. Estos consultorios se disponen en "línea" con conexión directa con la circulación técnica restringida que "cose" el área crítica. La admisión es común para ambos sectores, así como el estar y dormitorio médico, el estar de enfermería, los vestuarios y sanitarios de personal y la oficina de jefe. Los offices de tratamiento de material están diferenciados para adultos y pediatría respectivamente.

Superficie: 896,00 m²

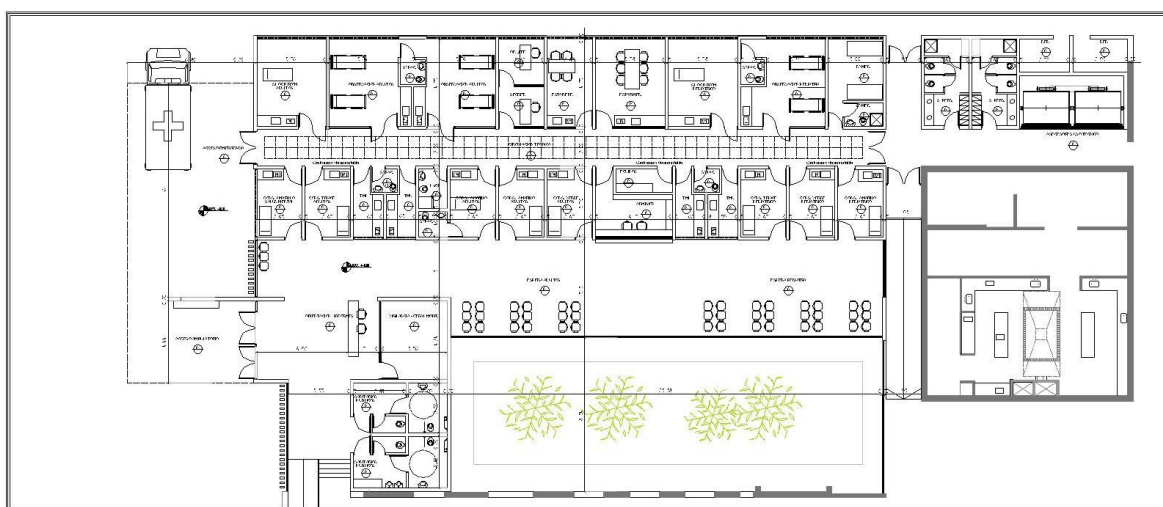


Acceso a Emergencias



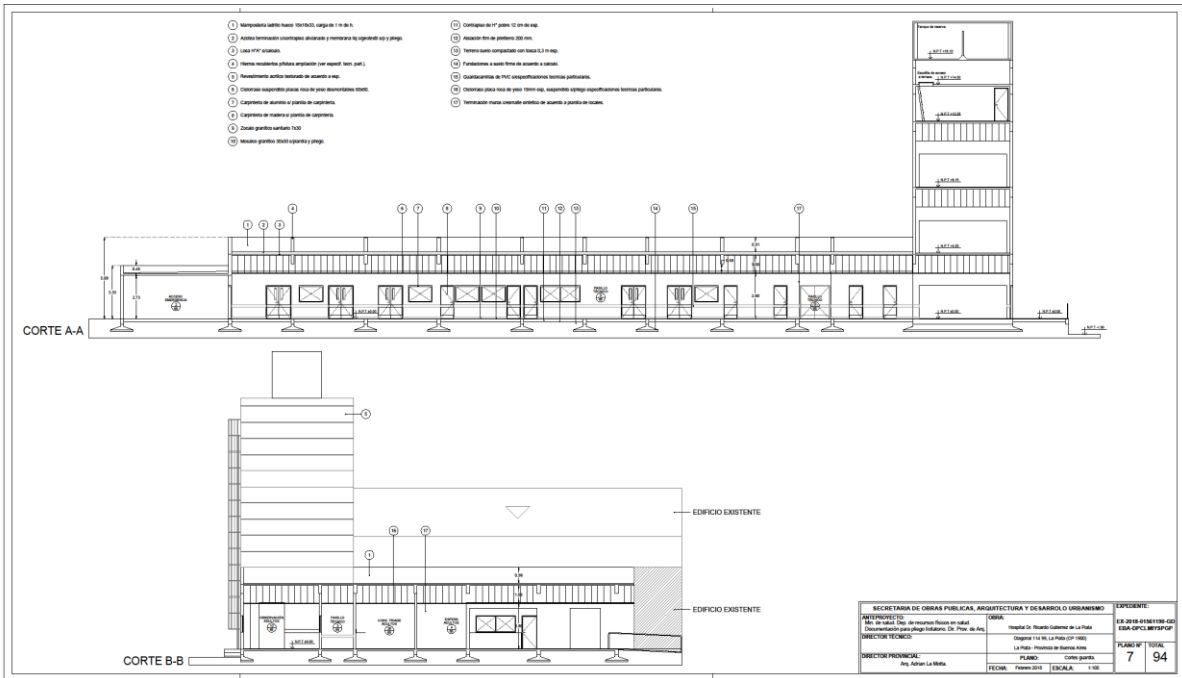
PROYECTO IMPLANTACION

Fuente: Plano Base Hospital Dr. Ricardo Gutierrez / Elaboración profesionales de la Dirección de Infraestructura del Ministerio de Salud de la Pcia de Bs As.



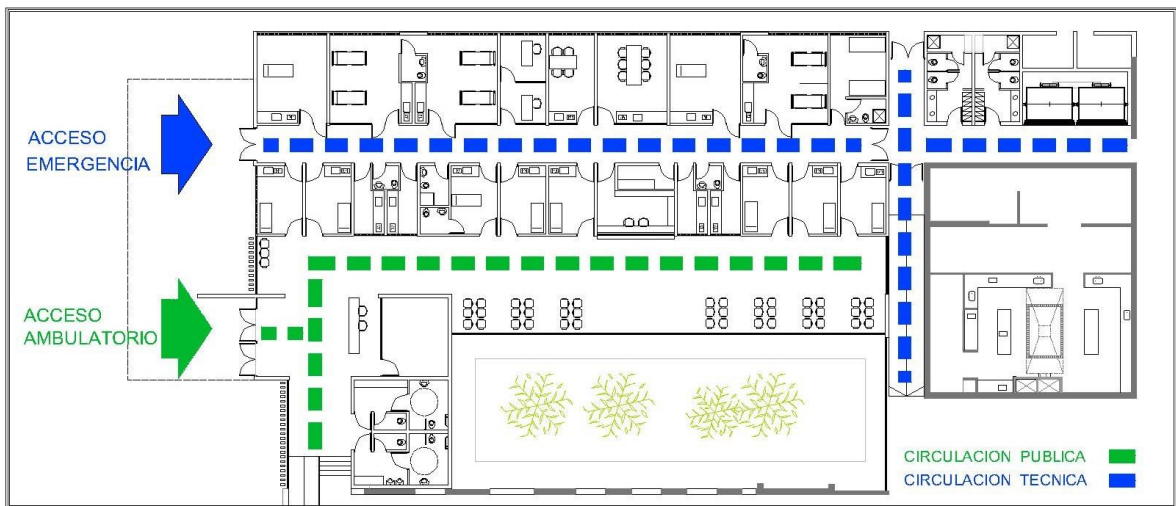
PROYECTO PLANTA

Fuente: Plano Base Hospital Dr. Ricardo Gutierrez / Elaboración profesionales de la Dirección de Infraestructura del Ministerio de Salud de la Pcia de Bs As.



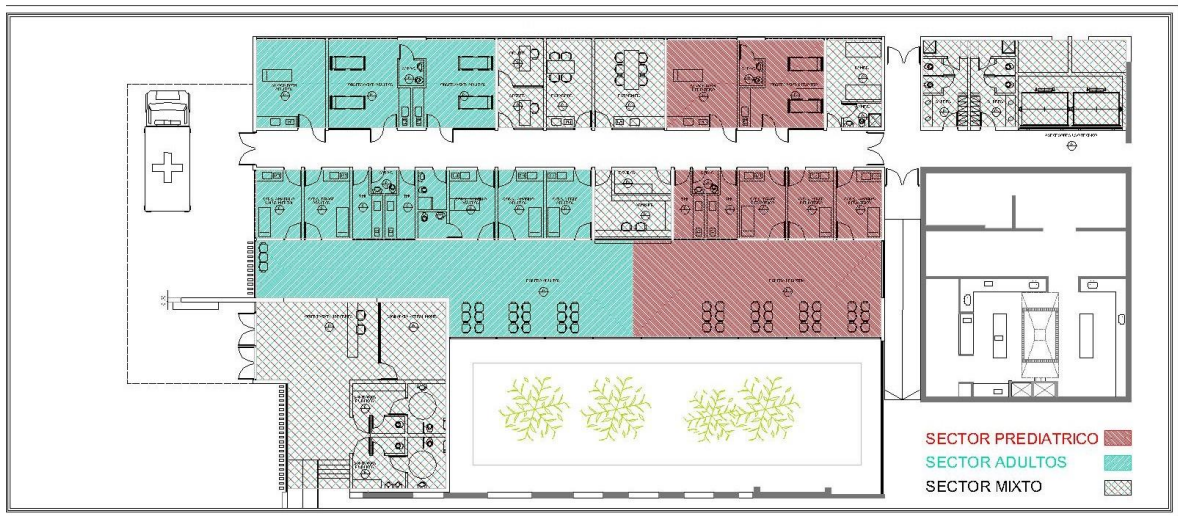
PROYECTO CORTES

Fuente: Plano Base Hospital Dr. Ricardo Gutierrez / Elaboración profesionales de la Dirección de Infraestructura del Ministerio de Salud de la Pcia de Bs As.



FLUJO CIRCULATORIO

Fuente: Plano Base Hospital Dr. Ricardo Gutierrez / Elaboración propia.



SECTORIZACION POR GRUPO ETARIO

Fuente: Plano Base Hospital Dr. Ricardo Gutierrez / Elaboración propia.



Circulación técnica



Sala de espera pediátrica

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Cubelli, R. (2003). Servicio de emergencia: La importancia del diseño estructural.

Cubelli, R. Muro, M. Neira, J. (1997). Curso bianual de emergentología. Miami, EEUU.

Giani, C. Frye, V. Cadullo, JC. (1985). Circuito de alto riesgo en la atención de las emergencias quirúrgicas graves.

Llewelyn-Davies , R; Macaulay, H.M.C (1970). Planificación y administración de hospitales. Ginebra, Suiza.

Ospital, C. Hobert, M. (2005). El rol del estado en emergencias y catástrofes. Santa Fe, Argentina.

Sanchez Lopez, A.; Bueno Cabanillas, A. (2005). Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario. Granada, España.

Villatoro Martinez, A. (2005). Definiciones básicas en medicina de urgencia.
México DF.

RECURSOS DE INTERNET

- 1) <https://www.buenosaires.gob.ar/node/plan-director-de-emergencias>
- 2) http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89604/1/9789275317853_spa.pdf
- 3) <http://www.buscon.rae.es/diccionario/drae.htm>
- 4) http://www.seup.org/pdf_public/pub/er_urgencias
- 5) <https://www.sae-emergencias.org.ar/>
- 6) http://www.emawwe.com/tienda/libros/emergencias_urgencias
- 7) www.msal.gov.ar/pngcam/institucional.htm