



Artículo original

Aplicación de los criterios de ingreso a la Unidad de Reanimación en el Servicio de Urgencias de Adultos del Hospital General «La Raza»

Julio César Moreno Rodríguez,* Miguel Russi Hernández,** Jorge Loria Castellanos,***
Fabián Guadalupe Chablé Chan,* Jesús Arrieta Valencia****

RESUMEN

Antecedentes: El mal funcionamiento del Departamento de Urgencias provoca una saturación del servicio y entorpecimiento en la atención de los pacientes. A pesar de existir protocolos de selección de pacientes de acuerdo a la prioridad de atención (*triage*), en numerosos Departamentos de Urgencias se puede observar un uso inadecuado de las Unidades de Reanimación por parte de los médicos; sin embargo, en la literatura científica no existe evidencia que demuestre y explique este fenómeno. **Objetivo:** Determinar el número de ingresos injustificados a la Unidad de Reanimación del Departamento de Urgencias del Hospital General Centro Médico Nacional «La Raza». **Metodología:** Se aplicó una encuesta a todos los pacientes que ingresaron a la Unidad de Reanimación del 1 al 31 de diciembre de 2011, con el fin de conocer si existían criterios de ingreso a la Unidad de Reanimación de acuerdo con los niveles de prioridad del sistema de *triage* CTAS. Se formaron dos grupos: a) pacientes con ingreso justificado a la Unidad de Reanimación, b) pacientes con ingreso injustificado a la Unidad de Reanimación. Utilizando la prueba de χ^2 se determinó si las indicaciones de ingreso a la Unidad de Reanimación fueron adecuadas. **Resultados:** Se encontró que el 62.7% de los pacientes que ingresaron a la Unidad de Reanimación no tenían justificación, mientras que solamente el 37.2% cumplían con criterios que ameritaban su ingreso. **Conclusiones:** La mayoría de los ingresos a la Unidad de Reanimación del Departamento de Urgencias del Hospital General del Centro Médico Nacional «La Raza» no están justificados.

Palabras claves: Unidad de Reanimación, urgencia, criterios de ingreso.

ABSTRACT

Background: Malfunction of the emergency department causes saturation and numbness in the service and patient care. Although there are protocols for selection of patients according to priority of care (*triage*), in many Emergency Departments can see an inappropriate use of Reanimation Units by physicians, but in the medical literature does not exist evidence to show and explain this phe-

* Especialista en Urgencias, HGCM «La Raza».

** Jefe de Urgencias, HGCM «La Raza».

*** Profesor Titular de Urgencias, HGR 25.

**** Doctor en Ciencias en Investigación en Medicina, IPN.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Instituto Politécnico Nacional.

Correspondencia:

Julio César Moreno Rodríguez
E-mail: tumbilactori@hotmail.com

Recibido para publicación: 30 de mayo del 2012
Aceptado: 12 de junio de 2012

Abreviaturas

CTAS: Canadian Triage and Acuity Scale 12

MNF: Médico no Familiar

UMQ: Urgencias Médico-Quirúrgicas

nomenon. **Objective:** Determine the number of unjustified revenues to the reanimation Unit of the Emergency Department of General Hospital National Medical Center «La Raza». **Methodology:** We conducted a survey of all patients who entered to the reanimation unit 1 to December 31, 2011 to determine the existence of criteria for admission to the reanimation unit according to priority levels of CTAS triage system. Two groups were formed: a) patients with income justified the reanimation unit, b) patients with unjustified admission to the reanimation unit. Using the χ^2 test determined whether the indications for admission to the Reanimation Unit were adequate. **Results:** We found that 62.7% of patients admitted to the Reanimation Unit were not justified, while only 37.2% fulfilled criteria that warranted admission. **Conclusions:** Most of the proceeds to the Reanimation Unit of the Emergency Department of General Hospital National Medical Center «La Raza» are not justified.

Key words: Resuscitation Unit, emergency, entry criteria.

INTRODUCCIÓN

Definición de urgencia

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, una urgencia médica se define como toda aquella situación que, en opinión del paciente, su familia o quien tome la decisión, requiere una atención médica inmediata.¹ El proceso de clasificación de los pacientes que acuden al Departamento de Urgencias se ha convertido en una necesidad debido a la gran demanda de atención y a la saturación que, en ocasiones, sufre dicho servicio, sin realmente constituir situaciones de desastres, catástrofes o alguna otra contingencia masiva, o incluso corresponder únicamente a una urgencia real. De no realizarse una adecuada clasificación de los pacientes para su atención se puede desarrollar de manera súbita una desproporción entre la oferta y la demanda del servicio. La clasificación de los pacientes se ha venido realizando, de manera formal o informal, desde que se crearon los Departamentos de Urgencias en un afán por mejorar la organización en el funcionamiento del servicio y la atención del paciente.² En relación con la asistencia prestada, la afluencia de pacientes no urgentes provoca aglomeraciones, demora en la atención de pacientes que sufren situaciones de riesgo vital, largos tiempos de espera, «fugas» de pacientes que optan por marcharse sin que se les atiende, e incluso episodios de violencia. Lo anterior da pie a que se produzcan errores médicos y omisiones graves o a que se realice una medicina defensiva y que aumente la frustración del personal sanitario. Reiteradamente se ha señalado una relación inversa entre la presión asistencial y la calidad de los servicios prestados.³

TRIAGE

Desarrollo histórico y definición de los sistemas de triage

En la década de 1960, Weinerman y colaboradores publicaron la primera descripción sistemática del

uso de una clasificación de los pacientes civiles que acuden al Departamento de Urgencias.^{4,5} El término *triage* es un neologismo derivado del vocablo francés *trier* (clasificar, repartir los diferentes elementos de un conjunto en grupos, de acuerdo con criterios)⁶ y se define actualmente como el método de la medicina de emergencias y desastres llevado a cabo para la selección de los pacientes, basándose en las prioridades de atención y privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo a las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles.⁷ Es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan los recursos.⁵ El término *triage* fue utilizado por primera vez durante las guerras del ejército de Napoleón, y se considera como el padre del *triage* moderno al barón Jean Dominique Larrey, quien creó un sistema para que los soldados que requerían cuidados más urgentes fueran atendidos con prontitud;² de ahí se derivan los sistemas de clasificación de pacientes actuales, incluido el *triage* hospitalario.^{5,8,9,10} En 1846, el cirujano naval británico John Wilson desarrolló el *triage* militar. Wilson expresó que para que sus esfuerzos fueran más efectivos, los cirujanos deberían enfocarse en aquellos pacientes que necesitaran intervenciones inmediatas y cuyo tratamiento se esperaba que fuera altamente efectivo, difiriendo el tratamiento de aquellos soldados con heridas menos graves o con heridas que probablemente conducirían a la muerte con o sin intervención del cirujano. Los cirujanos militares han mejorado sus protocolos de selección de manera continua, extendiendo ampliamente el término «*triage*» por primera vez y de manera oficial durante la I Guerra Mundial. Los distintos conflictos bélicos del siglo XX aportaron mejoras importantes a la clasificación y tratamiento de los heridos de guerra.¹¹

Triage para la población civil y niveles de prioridad

En 1964, Weinerman y colaboradores clasificaron los padecimientos en el Departamento de Urgencias por

primera vez, con un enfoque hacia la población civil. Su clasificación incluía tres categorías:

- a) Emergente (condiciones que requieren atención médica inmediata, ya que ponen en riesgo la vida).
- b) Urgente (condiciones que requieren atención médica dentro de un periodo de pocas horas por considerarse un padecimiento agudo, pero no necesariamente grave).
- c) No urgente (condición que no amerita el uso de los recursos del Departamento de Urgencias).

Esta clasificación se ha ido mejorando con el fin de crear un proceso de asistencia, estructurado de acuerdo a las necesidades de cada hospital y los pacientes a los que se atienden en el mismo; es así que desde la década de 1990 se iniciaron los trabajos para establecer nuevas escalas de *triage* hospitalario. Actualmente, la mayoría de los sistemas de *triage* utilizan una escala de cinco niveles de priorización (con base en su confiabilidad, reproducibilidad y validación estadística) para clasificar a los pacientes, siendo éstos:

- Nivel I: prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora.
- Nivel II: situaciones muy urgentes de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso. Demora de asistencia médica de hasta 10 minutos.
- Nivel III: urgente pero estable hemodinámicamente, con potencial riesgo vital que probablemente exige pruebas diagnósticas y/o terapéuticas. Demora de atención de 60 minutos.
- Nivel IV: urgencia menor, potencialmente sin riesgo vital para el paciente. Demora máxima de 120 minutos.
- Nivel V: No urgencia. Poca complejidad de la patología o cuestiones administrativas, citas, etc. Demora de hasta 240 minutos.

Estos cinco niveles se establecen de acuerdo con los siguientes lineamientos:

- Descripciones clínicas, síntomas centinela o categorías sintomáticas, con o sin ayuda de algoritmos o diagramas.
- Discriminantes del nivel de urgencia: riesgo vital, constantes fisiológicas, tiempo de evolución, nivel de dolor, mecanismo de lesión, etc.⁹

Objetivos y tipos de los sistemas de selección de pacientes

La clasificación de un *triage* estructurado permite tener índices de calidad. Por ejemplo, el tiempo de espe-

ra para ser atendido en el consultorio de *triage* debe ser, en general, menor de 10 minutos. Otro índice medible es la proporción de pacientes que dejan el hospital sin ser atendidos por un médico y que, en general, debe ser menor del 2%. Los objetivos del sistema de *triage* en el Departamento de Urgencias son:

1. Identificar rápido a los pacientes en situación de riesgo vital.
2. Determinar el área más adecuada para tratar a un paciente que acude al Departamento de Urgencias.
3. Disminuir la congestión en las áreas de tratamiento del Departamento de Urgencias, lo que mejora el flujo de pacientes.
4. Asegurar las prioridades en función del nivel de clasificación.
5. No es objetivo del *triage* hacer diagnóstico, sino sólo priorizar.

Con base en el sistema de cinco prioridades antes mencionado, actualmente existen cinco modelos de *triage* hospitalario de uso universal: a) Escala de *triage* Australiana, b) *Triage* del Departamento de Urgencias de Canadá, c) Sistema de *triage* de Manchester, d) Índice de gravedad de urgencia y e) Sistema de *triage* Andorrano.²

Unidad de Reanimación

Uno de los componentes del Departamento de Urgencias es la Unidad de Reanimación y, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana sobre la regulación de los servicios de salud que establece los criterios de funcionamiento y atención en los Servicios de Urgencias de los establecimientos de atención médica, se debe disponer de manera obligatoria de una Sala de Choque o Unidad de Reanimación.¹² La Unidad de Reanimación es el área destinada para la atención de aquellos pacientes que arriban a Urgencias y que ameritan tratamiento médico inmediato, ya que la vida o función de algún órgano está en riesgo inminente, y se destina a la estabilización inicial del paciente y a la realización de diversos procedimientos invasivos necesarios para conseguir dicho objetivo. Esta unidad constituye una de las principales vías de ingreso de pacientes al hospital pudiendo llegar a tener un elevado número de éstos.¹³ En un sentido estricto, los pacientes que arriban a la Unidad de Reanimación deberían encontrarse en un nivel de prioridad I o II.

Sistema CTAS

El sistema CTAS utiliza una lista de descripciones clínicas para asignar a los pacientes en uno de los cinco

niveles de triage.^{11,14} El CTAS ha logrado una amplia aceptación a nivel mundial por su aplicabilidad en el Departamento de Urgencias y ha sido adoptado como el sistema de selección de pacientes en hospitales de Canadá y Europa.¹⁵ Se han realizado comparaciones con otros sistemas y se ha comprobado la confiabilidad de su aplicación. Ha habido una generalización del uso del CTAS desde su implementación en 1999; este consenso fue desarrollado por el *National Working Group* de médicos y enfermeras líderes en el triage de los Departamentos de Urgencias de Canadá; sin embargo, ha sufrido modificaciones a lo largo del tiempo con base en la experiencia ganada. A continuación se mencionan las situaciones que pueden ser clasificadas como urgentes y que ameritan tratamiento en la Unidad de Reanimación de acuerdo a esta clasificación:

Nivel I. Choque. Evidencia de hipoperfusión grave a nivel de algún órgano: piel marmórea o fría, diaforesis, pulso disminuido o ausente, hipotensión, síncope postural, taquicardia significativa o bradicardia, ventilación u oxigenación inefectiva y disminución del nivel de conciencia. Puede también presentarse coloración sonrojada, aspecto febril, tóxico o en presencia de choque séptico.

Nivel I. Puntaje en escala de coma de Glasgow de 3-9. Inconsciencia; incapacidad para mantener permeabilidad de la vía aérea. Respuesta al dolor o al estímulo verbal ausente, convulsiones continuas o deterioro progresivo del nivel de conciencia.

Nivel I. Nivel de insuficiencia respiratoria grave. Fatiga grave por aumento del trabajo respiratorio, cianosis, incapacidad para articular una sola palabra, obstrucción de la vía aérea, letargia o confusión. Saturación de oxígeno menor a 90%.

Nivel I. Sintomatología presentada en mujeres con embarazo de más de 20 semanas de gestación. Presencia de prolapso de cordón o de alguna parte fetal, hemorragia transvaginal, principalmente en el tercer trimestre, presencia de trabajo de parto (contracciones cada dos minutos), ausencia de movimientos fetales, complejo constituido por hipertensión, edema, cefalea o dolor abdominal. Estado postparto, tanto para el producto como para la madre.¹⁶⁻¹⁸

Nivel II. Compromiso hemodinámico. Evidencia de perfusión limítrofe, palidez, evidencia de diaforesis, taquicardia inexplicable e hipotensión postural.

Nivel II. Temperatura. Temperatura menor de 31 °C o mayor a 38.5 °C en adultos que además presenten inmunocompromiso (neutropenia, postrasplantados o usuarios de esteroides). Aspecto séptico y fiebre mayor a 38.5 °C.

Nivel II. Puntaje en escala de coma de Glasgow de 10-13. Nivel de conciencia alterado. Respuesta inapropiada al estímulo verbal, pérdida de la orientación en tiempo, espacio y persona, nuevo deterioro de la memoria reciente (amnesia) o alteraciones conductuales.

Nivel II. Nivel de insuficiencia respiratoria moderada. Aumento del trabajo respiratorio, emisión de frases o sentencias entrecortadas, estridor significativo de reciente inicio o empeoramiento de uno ya existente pero con vía aérea intacta.

Nivel II. Clasificación del dolor con base en los niveles de CTAS. Dolor grave, con escala subjetiva del dolor de 8-10, localización central del dolor e inicio agudo del mismo. Ángor.

Nivel II. Trauma general, trauma craneoencefálico, trauma de cuello. Eyección del vehículo automotor, volcadura, tiempo de extracción del vehículo mayor a 20 minutos, intrusión significativa en los compartimientos de los pasajeros, impacto a velocidad mayor a 40 km/h sin cinturón de seguridad o mayor a 60 km/h con cinturón de seguridad. Accidente en motocicleta contra un automóvil mayor a 30 km/h, especialmente si el motociclista es separado del vehículo. Peatón o ciclista lanzado sobre el vehículo o que golpea contra él a una velocidad mayor a 10 km/h, caída de más de seis metros, herida penetrante en cabeza, cuello, tronco o extremidades proximales a codos o rodillas. Accidente en vehículo de motor en que hay traumatismo craneal directo contra el parabrisas. Traumatismo directo de la cabeza de un peatón directamente contra el vehículo. Caída a una distancia de un metro o cinco escalones con traumatismo craneoencefálico directo. Traumatismo con trauma axial sobre la cabeza.

Entorno nacional del uso de las Unidades de Reanimación

En un estudio realizado en el Departamento de Urgencias de un hospital de segundo nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de la ciudad de Monterrey se encontró que hasta el 0.3% de los pacientes que arriban a la Unidad de Reanimación se encuentran catalogados como nivel I y el 7.4% correspondieron al nivel II de la escala de prioridades internacional.¹⁹ Otro estudio, realizado en el Hospital General Regional 25 del IMSS en la Ciudad de México demostró que la frecuencia de realización de procedimientos invasivos realizados en la Unidad de Reanimación fue elevada y que hasta un 35.3% de los pacientes que arribaron de manera inicial a ésta, fueron enviados posteriormente a la sala de observación.²⁰ Los protocolos de triage se utilizan como filtros que clasifican a los pacientes asignando prioridades,

de manera que permitan distribuirlos, rechazando la atención en la Unidad de Reanimación de aquellos pacientes que no lo ameriten.³

La relativamente reciente aparición de la especialidad de urgencias médico quirúrgicas (menos de 60 años en Estados Unidos de Norteamérica y 25 años en México) explica el que no se cuente con estándares universales y obliga inicialmente a la realización de estudios para conocer las características de cada Departamento de Urgencias y, posteriormente, establecer medidas que mejoren su funcionamiento.¹³

METODOLOGÍA

Estudio observacional, descriptivo, autorizado por el Comité de Investigación, realizado del 1 al 31 de diciembre de 2011.

Se aplicó a los pacientes que ingresaron a la Unidad de Reanimación un cuestionario *ad hoc* elaborado para este estudio, que cuenta con 43 reactivos y que mide variables sociodemográficas y clínicas para medir las condiciones que indicaban gravedad del padecimiento y posteriormente se cotejaron los resultados con la lista de niveles de prioridad I y II del CTAS.

La información se procesó con el programa SPSS 18.00. Se empleó estadística descriptiva, formando dos grupos de comparación que corresponden a aquellos pacientes que contaban con justificación de ingreso a la Unidad de Reanimación y los pacientes en quienes el ingreso a dicha unidad no está justificada de acuerdo a la escala CTAS, y a través de la prueba χ^2 .

RESULTADOS

Durante el periodo analizado, 188 pacientes ingresaron a la Unidad de Reanimación del Hospital General del Centro Médico Nacional La Raza. El 48% de los pacientes correspondió al género femenino y el 52% al masculino.

Con respecto a las variables incluidas en el instrumento de evaluación, no hubo ningún paciente que cumpliera con los siguientes criterios: apnea, ausencia de pulso, politraumatismo, hemorragia activa con signos de choque, estridor laríngeo, sospecha de síndrome tóxico, intento de autodaño, delirium, inminencia de parto, trabajo de parto activo, ausencia de movimientos fetales, estado postparto inmediato, enfermedad hipertensiva del embarazo, quemadura mayor al 50% o de vía aérea y sospecha de abuso sexual en las dos horas previas. Para fines estadísticos se excluyeron estas variables en la descripción de los resultados. En ciertos casos se hizo necesario conjuntar dos o más variables para determinar aquellas situaciones que requerían tratamiento inmediato en la Unidad de Reanimación, agrupando algunas de ellas como hipotensión arterial, palidez de tegumentos, taquicardia y deshidratación grave, las cuales en conjunto permiten concluir el estado de choque, por citar un ejemplo. Otra situación en que fue necesario agrupar variables es la presencia de déficit neurológico y disminución del puntaje en la escala de coma de Glasgow para aquellos pacientes con sospecha de lesiones craneoencefálicas. También se decidió agrupar a pacientes con déficit neurológico generalizado e hi-

Cuadro I.

Distribución porcentual de los criterios de ingreso a la Unidad de Reanimación presentes en el universo de estudio.

Motivo que justifica el ingreso del paciente a la Unidad de Reanimación	Número de pacientes	Porcentaje
Crisis hiperglucémica (glucemia mayor a 250 mg/dL)	1	1.42
Deshidratación que condiciona choque hipovolémico	1	1.42
Hemorragia obstétrica del primer trimestre	1	1.42
Taquicardia (frecuencia mayor a 150 lpm)	1	1.42
Psicosis	1	1.42
Herida penetrante	1	1.42
Crisis convulsiva recurrente o activas al ingreso	2	3
Puntaje Glasgow menor a 8	2	3
Disnea grave	3	4.28
Hemorragia digestiva activa al ingreso	4	6
Fiebre e inmunocompromiso	5	7.14
Hipoglucemia (glucemia menor a 60 mg/dL)	8	11
Déficit neurológico agudo	10	14
Angina o equivalente anginoso	14	20
Necesidad de fuente de oxígeno	16	23

pogluemia. Con las premisas anteriores, se concluyó que las causas que justificaban el ingreso a la Unidad de Reanimación en el universo de estudio se pueden agrupar en 15 condiciones clínicas.

De todas las causas mencionadas, la más frecuente fue la necesidad de una fuente de oxígeno, mientras que la menos frecuente fue la presencia de deshidratación grave, hemorragia obstétrica del tercer trimestre, taquicardia mayor a 150 latidos por minuto, psicosis y herida penetrante. En el *cuadro 1* se muestra la distribución de cada una de las variables finales de acuerdo a su frecuencia y porcentaje.

Una vez analizadas las causas de ingreso a la Unidad de Reanimación, se determinó que del total de pacientes participantes, el 62.7% (118) no cumplía con ningún criterio para ser tratado en la Unidad de Reanimación, mientras que solamente el 37.2% (70) presentaba situaciones que debían recibir tratamiento en menos de 10 minutos, tal como se muestra en la *figura 1*.

Se realizó la prueba de χ^2 para comparar los dos grupos antes mencionados. De acuerdo a esta prueba, se rechazó la hipótesis nula, validando la hipótesis

Resumen de contraste de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	Las categorías definidas por ingreso a la unidad de reanimación = 1 y 2 se dan con las probabilidades 0.5 y 0.5.	Prueba binomial para una muestra.	.001	Rechaza la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia asintótica. El nivel de significancia es de .05.

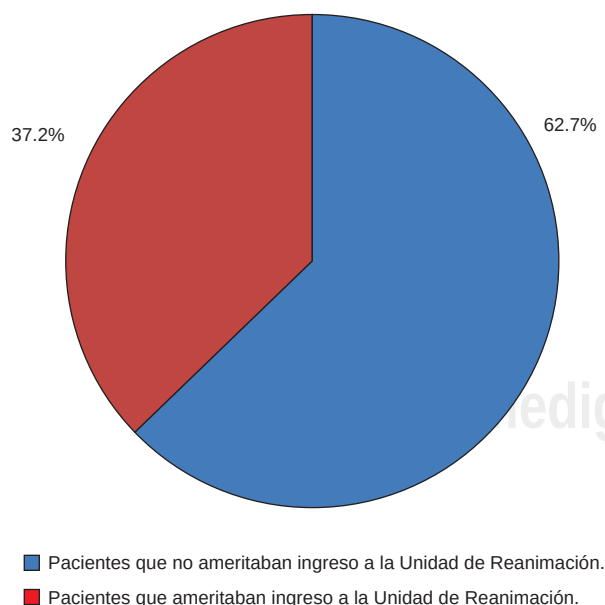


Figura 1. Diferencias porcentuales de acuerdo con la justificación de ingreso a la Unidad de Reanimación.

propuesta por este estudio, la cual refiere que la mayoría de los ingresos a la Unidad de Reanimación del Hospital General del Centro Médico Nacional La Raza no está justificada.

De los pacientes que debían ser ingresados a la Unidad de Reanimación, el 24.2% (17) se encontraban en un nivel de prioridad I y el 75.8% (53) en un nivel de prioridad II, como puede observarse en la *figura 2*.

DISCUSIÓN

Justificación de ingreso a la Unidad de Reanimación

Este estudio representa la primera descripción sobre el uso de la Unidad de Reanimación del Hospital General Centro Médico La Raza. Como se planteó en la hipótesis propuesta, la mayoría de los pacientes que ingresaron a dicha unidad no contaban con criterios de ingreso que justificaran su estancia.

Frecuencia de presentación de los criterios de ingreso

En el Hospital General del Centro Médico Nacional La Raza se cuenta con el Servicio de Neumología de tercer nivel, por lo que constituye un centro de referencia

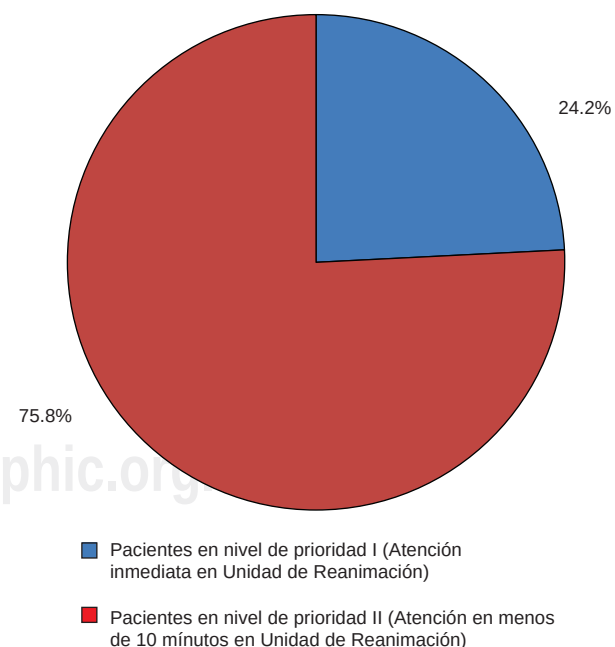


Figura 2. Distribución porcentual de los pacientes ingresados con justificación a la Unidad de Reanimación con nivel de prioridad I y nivel de prioridad II.

de padecimientos respiratorios en el Distrito Federal y otros estados de la República (Querétaro, Hidalgo, Estado de México, Puebla, Chiapas, etcétera). Es probable que debido a lo antes mencionado, el motivo de ingreso a la Unidad de Reanimación más frecuente haya sido la necesidad de aporte suplementario de oxígeno, derivado seguramente de padecimientos neumológicos descompensados en pacientes previamente captados por el Servicio de Neumología y que cuentan con la indicación de acudir al Departamento de Urgencias ante la presencia de exacerbaciones de su patología de fondo. La segunda causa de ingreso a la Unidad de Reanimación fue la presencia de ángor, la cual concuerda con las principales causas de morbimortalidad a nivel nacional (enfermedades cardiovasculares). Algo similar sucede con el déficit neurológico agudo, derivado de los accidentes vasculares cerebrales (isquemia cerebral o hemorragia intracraneana) o de hipoglucemia cuya incidencia se encuentra en relación con los padecimientos crónico-degenerativos más frecuentes en nuestra población, como son la diabetes mellitus 2 y la hipertensión arterial.²¹

En el estudio, se observó que los criterios de ingreso menos frecuentes a la Unidad de Reanimación fueron las enfermedades obstétricas y traumatológicas, lo cual puede justificarse con base en que existen centros de tercer nivel de atención que se encargan del tratamiento especializado de estos padecimientos (Hospital de Ginecología y Obstetricia del Centro Médico Nacional La Raza y Hospital de Traumatología y Ortopedia «Dr. Victorio de la Fuente Narváez») y que constituyen centros de derivación en estos casos, en vez de arribar a nuestro Servicio de Urgencias.

Necesidad de atención médica de acuerdo con los niveles de prioridad

Los resultados con respecto a los niveles de prioridad de atención en la Unidad de Reanimación son similares a los encontrados por otros autores,¹⁹ quienes describieron que la mayoría de los pacientes se catalogan en un nivel de prioridad II y en menor número en nivel de prioridad I.

Principales causas de ingresos injustificados observadas durante la realización del estudio

Se han observado distintos motivos por los cuales los médicos del Departamento de Urgencias Adultos no se apegan a los modelos de *triage* propuestos, propiciando el ingreso de pacientes a la Unidad de Reanimación a pesar de no contar con criterios reales para ser admiti-

dos. Hacemos mención de dos de los casos más frecuentemente observados durante la realización del estudio.

El primero de ellos, es la sobrecarga de trabajo a la que son sometidos los médicos encargados de la atención en el área de primer contacto de urgencias, lo cual propicia la referencia injustificada de los enfermos a la Unidad de Reanimación, para así «desahogar» el número de pacientes a los que deberían atender. En este punto es adecuado mencionar que una vez que el paciente ingresó a la Unidad de Reanimación, el tratamiento es responsabilidad de otro médico distinto al que lo recibió en el área de primer contacto.

Se observó también que la mayoría de los ingresos a la Unidad de Reanimación es mayor en las horas finales de cada turno. También se observó que la mayoría de los ingresos a la Unidad de Reanimación se dan en las horas finales de cada turno. Lo anterior está en relación con que los médicos de primer contacto prefieren enviar injustificadamente a los pacientes a la Unidad de Reanimación, para de esta manera no tener que atenderlos y así no retrasar la salida de su jornada laboral.

CONCLUSIONES

Con este estudio se concluye que la mayoría de los ingresos a la Unidad de Reanimación del Hospital General del Centro Médico Nacional La Raza no está justificada. En concordancia con estudios previos similares a éste, la mayoría de los pacientes que ingresaron a la Unidad de Reanimación se encontraban en el nivel de prioridad II y el resto de los pacientes en el nivel de prioridad I.

BIBLIOGRAFÍA

1. Loria J, Flores L, Márquez G, Valladares M. Frecuencia y factores asociados con el uso inadecuado de la consulta de urgencias de un hospital. *Cir Cir* 2010; 78: 508-514.
2. López J, Montiel M, Licona R. *Triage* en el Servicio de Urgencias. *Med Int Mex* 2006; 22: 310-318.
3. Sánchez J, Bueno A. Factores asociados al uso inadecuado de un Servicio de Urgencias hospitalario. *Emergencias* 2005; 17: 138-144.
4. Weinerman E, Ratner R, Robbins A. Yale studies in ambulatory care V: determinants of use of Hospital Emergency Services. *Am J Public Health* 1966; 56: 1037-1056.
5. De la Garza L, Dominique JL. La cirugía militar de la Francia revolucionaria y el Primer Imperio (parte II). *Cir Gen* 2004; 26 (1): 59-66.
6. Diccionario Larousse de francés. Disponible en: <http://www.larousse.com/en/dictionnaires/français/trier>. Fecha de consulta: 15 de septiembre de 2011.
7. Diccionario de español disponible en: http://palabraria.blogspot.com/2009_11_01_archive.html. Fecha de consulta: 15 de septiembre de 2011.
8. Illescas G. *Triage*: atención y selección de pacientes. *Trauma* 2006; 9 (2): 48-56.

9. Soler W, Gómez M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en Urgencias y Emergencias. *An Sis Sanit Navar* 2010; 33 (1): 55-68.
10. Robertson I. Evolution of triage systems. *Emerg Med J* 2006; 23: 154-155.
11. Iserson K, Moskop J. Triage in medicine. Part I: Concept, history, and types. *Ann Emerg Med* 2007; 49 (3): 275-281.
12. 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 de atención médica.
13. Loría J, Chavarría R. Experiencia médico-quirúrgica en una Unidad de Reanimación. *Rev Med IMSS* 2002; 40 (6): 511-519.
14. The National Triage Scale. American College of Emergency Physicians. Emergency Medicine Practice Committee, June 1999.
15. Christ M, Grossmann F, Winter D, Bingisser R, Platz E. Modern triage in the Emergency Department. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107 (50): 892-898.
16. Implementation Guidelines for the Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale (CTAS). Version: CTAS16.DOC December 16, 1998.
17. Murray M, Bullard M, Grafstein E. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale Implementation Guidelines. *Can J Emerg Med* 2004; 6 (6): 421-427.
18. Bullard M, Unger B, Spence J, Grafstein E. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) adult guidelines. *CJEM* 2008; 10 (2): 136-142.
19. Núñez G, Flores F, Salinas A, Villarreal E, Garza M. ¿Tiempos de espera? El *triage*, una alternativa en el Departamento de Emergencias. *Rev Invest Clin* 2004; 56 (3): 314-320.
20. Loría J, Rocha J, Márquez G. Reanimation unit experience of a second-level hospital in Mexico City. *Prehosp Disast Med* 2006; 21 (4): 242-248.
21. Gómez O, Sesma S, Becerril B, Knaul F, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. *Salud Pública Mex* 2011; 53 (2): 220-232.