

Revista Mexicana de Pediatría

Volumen **72**
Volume

Número **6**
Number

Noviembre-Diciembre **2005**
November-December

Artículo:

¿Cuándo un problema de salud es una urgencia médica y cuándo no lo es?

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Sociedad Mexicana de Pediatría, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

¿Cuándo un problema de salud es una urgencia médica y cuándo no lo es?

(When a health problem is an urgency and when this is non urgent?)

Bustos-Córdova E,* Martínez-Pantaleón OB,* Cabrales-MartínezRG,* Amor-Santoyo S,*
Benadón-Darszón E,* Cerón-Rodríguez M*

RESUMEN

La utilización desordenada de los servicios de urgencias es un hecho de magnitud mundial. El origen de este problema es de orden multifactorial: contribuyen tanto las razones de los usuarios que demandan atención como la indefinición de los conceptos de urgencia y no urgencia. En esta revisión se definen los términos de urgencia médica, se propone una clasificación de grados de urgencia y se analizan algunas estrategias para la solución de este problema.

Palabras clave: Urgencias médicas, servicios de urgencia, grados de urgencia.

SUMMARY

The over utilization use of emergency services is a worldwide problem. It is due to multiple variables, like the reason of the people for demanding attention, the different understanding in regard to the concepts of urgencies and nonurgent emergencies. In this review it is defined the terms of medical urgency, give a classification of the grades of urgency and mention some strategies for the solution of this problem.

Key words: Medical urgencies, urgency services, grades of urgency, scales of severity.

En años recientes la demanda de los servicios de urgencias médicas en los sistemas de salud han sido sometidos a una intensa presión: por un lado, los costos de la atención han aumentado debido a los costos de las nuevas tecnologías y por otro lado, la creciente demanda de atención que ocasiona el aumento de la población sin que hayan aumentado los recursos materiales y el personal técnico para cubrir la demanda. En México, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática reportó en 2003, que el Sistema Nacional de Salud atendió casi 5 millones más de consultas de urgencias médicas que en 1995. Esta situación es más evidente en los países en vías de desarrollo y particularmente en aquellos que se encuentran en etapa de transición epidemiológica o en la consolidación de ésta (como en México); que aún enfrentan problemas de nutrición y enfermeda-

des infecciosas y las enfermedades crónicas y degenerativas van en aumento.

Los servicios de urgencias (SU) son, paradójicamente, el primero y último eslabón donde se aprecia la demanda de salud que afronta el sistema: es el área donde, paradójicamente, se atienden enfermos por circunstancias propias de padecimientos agudos como aquellos que obedecen a enfermedades crónicas. Así pues, no es raro que en las últimas dos décadas la demanda de atención haya ido en aumento en los servicios de urgencias en tal forma que sea ya un problema de solución difícil en el mundo.^{1,2}

Parte del problema radica en la utilización de los servicios disponibles para solucionar problemas médicos no urgentes en la población demandante, calificados como "urgencias sentidas" por la población, cuya atención podría ser diferida. Este problema no es nuevo, ya que ha estado presente desde la década de los años sesenta el que fueron creados los primeros servicios de urgencias médicas,³ sin embargo, es ahora cuando la sobrecarga en la demanda ocasiona retrasos y menor calidad de

* Servicio de urgencias del Hospital Infantil de México "Federico Gómez".

atención prestada en estas unidades hospitalarias² que se busca cómo solucionar este problema. Cabe reconocer la dificultad para poder idear una solución sencilla, ya que el problema tiene varias vertientes, es por eso que el objetivo fue hacer una revisión bibliográfica que permita al lector ampliar su perspectiva y auxiliar a quienes están involucrados en área de urgencias.

PAPEL DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA

Los servicios hospitalarios de urgencias son recursos indispensables en la actividad asistencial de los sistemas de salud. El acceso y los recursos humanos y materiales de estos servicios hace que la población encuentre en ellos el sitio donde aliviar sus problemas de salud;⁴ la accesibilidad durante las 24 horas del día y la posibilidad de recibir atención rápida y gratuita, son motivaciones para el uso y abuso de estos servicios,⁵ de tal manera que en hospitales donde atienden niños llega a ser el lugar donde se originan quejas y demandas legales que en países desarrollados ocasionan gastos millonarios por indemnizaciones.⁶

La utilización de los servicios de urgencia en circunstancias que ponen en peligro la vida de los enfermos, bloquea el acceso y la atención inmediata para otros que también precisan de atención.⁷ Se estima que los problemas no urgentes (PNU) en estos servicios corresponde a poco más de la mitad de los enfermos atendidos en ellos.⁸⁻²² En el *cuadro 1* se muestran los datos recabados en informes publicados por diversos autores.

EL CONCEPTO DE URGENCIA MÉDICA

El origen del problema probablemente radica en la dificultad para definir cuándo se trata de una urgencia y cuándo éste es un problema no urgente. Es por esta razón que cada institución hospitalaria tenga un concepto para distinguir entre las opciones para enfrentar este dilema. El Centro para el Control de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos de América, define como urgencia médica, aquella "Condición que requiere de atención inmediata en pocas horas";¹⁴ en cambio en México, la ley define como urgencia "todo problema médico que ponga en peligro la vida, un órgano o una función corporal por lo que el enfermo requiera de atención inmediata".²³

Las diferencias ocurren en ocasiones; para algunos enfermos referidos a hospitales por médicos dedicados a su práctica privada, en las áreas de urgencia 40% se califican como no urgentes.²⁴ No es pues, de extrañar que haya amplias diferencias de opinión acerca de este tema entre usuarios y prestadores de servi-

Cuadro 1. Problemas médicos no urgentes atendidos en los servicios de urgencia de diversos países.

Tipo de población	Lugar	Porcentaje
Adultos ⁸	USA	49
Adultos ⁹	USA	50
Promedio		49.5
General ¹⁰	España	55
General ¹¹	USA	82
General ¹²	Kuwait	61
General ¹³	USA	32
General ¹⁴	USA*	54
General ¹⁴	USA**	42
General ¹⁵	México	75
General ¹⁶	México	64
General ¹⁷	Arabia Saudita	59
General ¹⁸	USA W	89
Promedio		61.3
Pediátrica ⁹	Kuwait K	64
Pediátrica ²⁰	España H	69
Pediátrica ²¹	España L	81.9
Pediátrica ²²	USA	46
Promedio		65.2

* Centro para el Control de Enfermedades EUA.

** General Accounting Office, Human Response Division.

cios.^{12,25} Sin embargo, la controversia no es sólo cuestión de opiniones como un concepto absoluto del "todo o nada" para aplicarlo al problema que nos ocupa: hay grados de urgencia que precisan atención médica inmediata. Algunos autores han propuesto criterios para clasificar las urgencias por grados, según el problema clínico que afrontan;²⁶ otros han hecho clasificaciones calificando la gravedad en grados. En Canadá²⁷ y los Estados Unidos de América,²⁸ las urgencias se califican en cinco grados: ambas toman en consideración el límite mínimo de tiempo en que el enfermo debe recibir atención médica sin poner en riesgo su vida o la función de alguno de sus órganos. Ninguna de las dos considera la necesidad de atención médica inmediata, dejando esta decisión al criterio clínico de la estabilidad o inestabilidad en ese momento de atender al enfermo o del riesgo que corre de desestabilizarse a corto o mediano plazo. Estas clasificaciones no consideran situaciones de "urgencia intermedia" ni circunstancias especiales: como maltrato o problemas psicosociales. Es por esta razón que proponemos una clasificación diferente (*Cuadro 2*) que incluye estas eventualidades; las experiencias que aporten quienes decidan probarla permitirá perfeccionarla para generalizar su empleo en instituciones que cuentan con servicios de urgencia. Cabe añadir que hay escalas propuestas

Cuadro 2. Clasificación de las urgencias médicas en grados, en el Servicio de Urgencias del Hospital Infantil de México.

Grado	Tiempo de respuesta	Categoría	Ejemplos
VI	Hasta 1 minuto	Emergencia	Paro cardiorrespiratorio, obstrucción grave de vía aérea
V	1 a 59 minutos	Urgencia inmediata	Crisis convulsiva, hemorragia activa, cráneo hipertensivo, choque
IV	1 hora a 6 horas	Urgencia mediata	Dificultad respiratoria moderada, deshidratación moderada
III	1 hora a 6 horas	Estable con síntoma intenso	Migraña, fractura de hueso largo, ansiedad
II	> 6 horas	Estable con riesgo de desestabilización	Neumonía, gastroenteritis sin deshidratación, hiperemesis
I	> 6 horas	Urgencias psicosociales	Maltrato, abandono, alto riesgo social, intento suicida
0	> 24 horas	Urgencia no real	Rinofaringitis, prurigo, cefalea leve

para enfermos especiales: como la clasificación para pacientes psiquiátricos.²⁹

RAZONES PARA ACUDIR A SERVICIO DE URGENCIAS

Para muchos enfermos los servicios de urgencia pueden ser el único acceso a servicios de salud; a otros, los mueve la esperanza de ser atendidos por personal con experiencia y preparación académica, además de acceder a la posibilidad de que esté a su alcance, de requerir estudios con tecnología de punta, a pesar de ser este servicio su primer contacto en atención médica sin que sea la razón de ser de un servicio de urgencias. Para algunos pacientes representa una alternativa más para tener una “segunda opinión”. En Canadá 60% de los usuarios de un hospital consideran que la atención en servicios de urgencias tiene la ventaja de resolver todo tipo de problemas²⁴ y una encuesta semejante en un hospital para niños mostró que 20% de los padres tienen esta misma opinión.⁹ Otro reporte³⁰ de una encuesta hecha a una población asegurada, que acudió a urgencias por urgencias no reales, menciona que los pacientes optaron por esta atención: por comodidad (62.8%), por tener la percepción de que se trataba de una verdadera urgencia (33.6%), por falta de servicio médico disponible para acceder a él (3.6%). Recientemente se hace referencia a los argumentos poco convincentes de pacientes atendidos³¹ en un hospital urbano: quienes justificaron la solicitud de atención en un servicio de urgencia (por problemas no urgentes) porque tienen menor tiempo de espera, personal amable, sala de espera menos concurrida o baños más limpios.

La percepción de algunos usuarios de que la atención médica en urgencias es superior a la recibida por sus médicos de primer o segundo nivel dista mucho de ser cierta, cuando se habla de problemas crónicos o de problemas agudos, no urgentes, como infecciones respiratorias altas o gastroenteritis no complicadas.

Algunos autores han publicado factores de riesgo para solicitar atención al SU por UNR. Halfon et al³² analizaron una población pediátrica que utilizaba regularmente el SU para resolver sus problemas médicos y detectó que los factores de riesgo para pertenecer a este grupo eran: raza negra (OR = 2.08), parejas monoparentales (OR = 1.53), baja escolaridad (OR = 1.76) y nivel económico bajo (OR = 1.76) así como vivir en medio urbano (OR = 1.38). Un estudio semejante también en la población pediátrica demostró la importancia del nivel socioeconómico, así como de la deprivación social y el domicilio cercano al hospital.³³ Por su parte Diekema DS y col³⁴ compararon a hijos de médicos, enfermeras y abogados que eran llevados a SU con un grupo control y demostraron que los hijos de médicos tenían menor riesgo de acudir al SU por UNR que los otros dos grupos y los controles.

POSIBLES SOLUCIONES

La complejidad de este problema plantea la necesidad de considerar varias estrategias para tratar de darle solución; entre ellas las que a continuación se mencionan.

Restringir la atención a problemas específicos.

Aun tratándose de problemas percibidos por los pacientes o sus familiares, la frecuencia con la que se solicita atención por problemas banales ha dado lugar a soluciones extremas: como colocar en el área de urgencias de un hospital carteles con la leyenda: “Aquí no se atienden niños con infecciones de garganta”. Si bien no se ha estudiado el efecto de tal medida, deja claro que la solución no es tan sencilla y que las consecuencias de este tipo de estrategia pueden ser graves.

Hay reportes acerca de los resultados obtenidos en una encuesta en las que se interrogó a padres de los niños llevados a un servicio de urgencias por un resfriado común.³⁵ Los autores concluyen en que la precisión del diagnóstico de rinofaringitis, hecha por los padres, es baja (51%); ya que muchos de los pacientes tenían in-

fecciones respiratorias bajas, a fin de cuentas sí resultaron ser motivo de atención por una urgencia verdadera. En la misma encuesta, las razones de los padres para acudir a urgencias, con frecuencia fueron razonables, fueron: 50% solicitaba que los médicos les aseguraran que era sólo un resfriado común y no una infección más grave; otros (24%) solicitaban tratamiento sintomático para mejorar las molestias mientras podían ser atendidos por su médico, lo cual es un argumento razonable, pues entre los objetivos de la medicina consideran *aliviar* y no sólo *curar*. Es por eso que una “molestia” para el enfermo debe ser manejada considerándola como una urgencia real. Restricciones de esta naturaleza no son aceptables como estrategia y difícilmente son compatibles con principios básicos de la ética.

Prolongar los tiempos de espera. A veces queda la impresión de que los enfermos con problemas no urgentes desistirán de pedir atención si se les hace esperar un tiempo prolongado, mientras que si tienen un problema que amerita atención urgente, esperarán el tiempo que sea: la deserción de pacientes cansados de esperar para ser atendidos se vive en muchos servicios de urgencias. Algunos investigadores reportan un estudio hecho en diferentes centros de atención para niños enfermos en el área de urgencias, en él mencionan que 1.6% de los pacientes acudieron con la intención de recibir atención.³⁶ Por otra parte, cuando la demanda de atención a un servicio de urgencias se encuentra saturado y por lo que desertaban antes de ser atendidos, por lo prolongado de la espera, 46% de ellos tenían urgencias reales. Muchos tuvieron que regresar más tarde, e incluso fueron hospitalizados en las siguientes 24 horas,³⁷ coincidiendo con lo informado en un estudio reciente.³⁸

Así, tal estrategia carece de ética y puede ser peligroso el retrasar la atención a quienes lo solicitan, a pesar de que en algunos sea sólo una urgencia sentida por ellos. Llevar a cabo una valoración inicial rápida, puede contribuir a disminuir los tiempos de espera, sin necesidad de recurrir a la “auto-selección” de los pacientes.

Cobrar por el servicio o subir la cuota. Tal estrategia es una de las pocas que ha mostrado ser efectiva. Para algunos³⁹ la disminución con ésta llega a ser hasta 15% de pacientes con urgencias que no lo son; lo más interesante de este reporte es que dividiendo por grados el motivo de la urgencia médica, la deserción fue mayor, entre menos urgente era la situación. Por otro lado, se discute el riesgo que esto implica para la población de nivel económico más bajo que puede desmotivarse a utilizar el servicio en condiciones de urgencia real, poniendo por lo tanto en peligro la vida. Kohlmeier SP et al⁴⁰ evaluaron pacientes que se negaron a autorizar

cobro por los servicios médicos en urgencias encontrando que hasta 90.4% presentaban una urgencia real.

En la experiencia de los autores, los familiares utilizan el argumento de la falta de recursos económicos para “justificar” retrasos en la solicitud de atención médica. Una estrategia así debe utilizarse con cautela y dejando siempre una vía de escape que permita la atención sin costo de problemas médicos reales en casos particulares.

Nuestra legislación obliga a prestar atención a cualquier persona en situación de emergencia sin importar su condición socioeconómica o capacidad de pagar por la atención en ese momento.²³ En nuestra institución una pequeña cuota (menor al equivalente a un dólar americano) permite el acceso a un consultorio médico donde un residente de pediatría evalúa la necesidad de pasar al paciente al servicio de urgencias.

Educación a la población. Es común que médicos y enfermeras que laboran en un servicio de urgencias perciben que la población carece de instrucción de cómo decidir que un problema de salud es una urgencia médica, por lo que programas de información han sido la manera como se ha pretendido dar solución, según los intentos citados con frecuencia en la literatura.

Algunos estudios han mostrado que un factor asociado a la utilización de servicios de urgencia por pacientes que no requieren de atención urgente tiene relación con el nivel educativo de la población.⁴¹ En niños hay pocos estudios de intervenciones educativas y sus resultados son contradictorios: mientras unos señalan que los problemas no urgentes pueden tener una disminución entre 11% y 14% de niños sin urgencias médicas,⁴² otros estudios no muestran que los cambios hayan sido significativos con esta intervención.^{43,44} Ha habido algunos autores que han pretendido reducir la demanda de servicio por problemas no urgentes instruyendo a la población por vía telefónica para que llamara a su médico antes de asistir a los servicios de urgencia, logrando con esta medida reducir en 13% la demanda.⁴⁵

Otra parte del problema radica en la discordancia entre lo que es y lo que no es una urgencia médica y también en la manera de transmitir instrucciones a los pacientes, para que sepan cómo y cuándo acudir a un servicio de urgencias. A este respecto analizando los instructivos proporcionados a poblaciones cautivas de diferentes agrupaciones sanitarias se han encontrado discordancias entre la información proporcionada a cada grupo de población: la definición de urgencia varió, sólo en 67% de los casos se incluían instrucciones sobre cómo acceder al sistema médico de emergencias y 20% sugerían no sobreutilizar estos servicios de urgencias.⁴⁶

Algunos informes consideran el costo de los servicios de urgencia señalando que no son realmente tan altos

como para invertir en campañas educativas. Proponen que educar a la población cada vez que se tiene contacto con un paciente, puede ser una maniobra que cuyo costo-beneficio puede ser más favorable. En México hay poco interés médico para educar a los usuarios sobre el uso inadecuado de estos servicios.

Reforzar la atención en el primer nivel. Muchas de las personas que acuden a solicitar atención al SU pretenden resolver las carencias encontradas en los servicios médicos de primer nivel de atención; otras personas consideran al SU como sustituto del primer nivel de atención; esto es especialmente cierto en pacientes con condiciones socioeconómicas muy desfavorables.⁴⁷

Aunque no se ha contrastado el hecho de depender de un servicio médico regular y recurrir a un servicio de urgencias para atención de problemas no urgentes^{9,48} y los que no están en esta circunstancia, algunos autores han intentado mejorar la situación asistencial de la población con resultados poco alentadores. Los intentos fallidos en disminuir el número de pacientes con problemas no urgentes mediante programas de prevención,⁴⁹ mejorando el acceso a servicios de primer nivel⁵⁰ o implementando un servicio de primer nivel de 24 horas,^{51,52} en ninguno de ellos se analizó la relación costo-beneficio de tales maniobras. Otros han conseguido reducir la demanda a los servicios de urgencia implementando un sistema gratuito de atención primaria para pacientes indigentes, mostrando una relación costo-beneficio favorable.⁵³ Las autoridades de salud deberían enfocar su atención a maniobras como éstas, lo que redundará en mejor uso de los servicios, mayor facilidad para prestar servicios médicos de más calidad y en el mejor de los casos una relación costo-beneficio favorable.

Derivar pacientes con problemas no urgentes. Se ha propuesto que en los servicios de urgencia se haga una evaluación inicial, como filtro, antes de pasar al paciente para su atención y así derivar los casos que no ameriten ser atendidos por problemas no urgentes. Este proceso implica la evaluación sistemática basada en un método denominado "triage"; el empleo de éste ha sido difundido ampliamente. Es pertinente mencionar que antes del "triage" se usó un sistema basado en la nomenclatura SAVE-A-CHILD.⁵⁴

En nuestro hospital hemos probado la utilidad de una escala de severidad que facilita y agiliza la decisión.^{55,56} En algunos centros han usado el "triage" para ciertos problemas como en pacientes con trauma en los que se han obtenido buenos resultados.⁵⁷ La crítica a esta solución radica en la insatisfacción del usuario y el costo que representa destinar recursos para este procedimiento, contra lo que represen-

ta el costo de atención de un paciente con un problema no urgente.

Cabe hacer notar que el "triage" no permite llegar a establecer un diagnóstico de la urgencia sin fallas, que puede contribuir a la muerte de los pacientes o a complicaciones graves. Debe usarse apoyado en la experiencia y el sentido común del médico que evalúa al enfermo y no como estrategia única. Se ha intentado también instruir a la población para que llame por teléfono antes de acudir a un servicio de urgencia para decidir si es necesaria su atención, decidiendo esto mediante un "triage telefónico". Aún es necesario perfeccionar estas estrategias de evaluación, al menos los "trages" de uso por vía telefónica no han mostrado ser consistentes en uso rutinario.^{58,59}

CONCLUSIONES

Así pues, ha habido intentos hechos para solucionar el problema de la saturación de los servicios de urgencia por problemas que no ponen en peligro la vida de los pacientes, o la integridad funcional de sus órganos o sistemas. La dificultad para dar solución a este problema es que estrategias planteadas hasta ahora implican, como debe ser, un abordaje multidisciplinario que incluye médicos urgenciólogos y del primer nivel de atención, trabajadores sociales, psicólogos y personal de salud pública. El perfeccionamiento de las estrategias hasta ahora empleadas, no debe perder de vista la seguridad del paciente, la satisfacción de los usuarios y el costo-beneficio de la intervención. La posibilidad de ofrecer alternativas a los usuarios de estos servicios es también un punto clave en el abordaje del problema.

Referencias

1. Lynn GS, Kellerman AL. Critical decision making: managing the emergency department in an overcrowded hospital. *Ann Emerg Med* 1991; 20: 287-292.
2. Cross AL. Pressure on the emergency department: the expanding right to medical care. *Ann Emerg Med* 1992; 21: 1266-72.
3. Andrulis DP, Kellerman A, Hintz EA. *Emergency departments and crowding in United States teaching hospitals*. 1991; 20: 980-6.
4. Committee on Pediatric Equipment and Supplies for Emergency Departments, NEMSC. *Ann Emerg Med* 1998; 31: 54-7.
5. American College of Emergency Physicians. Definition of emergency service. *Ann Emerg Med* 1994; 23: 1397.
6. Selbst SM, Friedman MJ, Singh SB. Epidemiology and etiology of malpractice lawsuits involving children in US emergency departments and Urgent care Centers. *Ped Emerg Care* 2005; 21: 165-9.
7. Gill JM. Nonurgent use of the emergency department, appropriate or not? *Ann Emerg Med* 1994; 24: 953-7.

8. Young PC, Wagner MB, Kellerman AL, Elis J, Bouley D. Ambulatory visits to emergency department. Patterns and reasons for use. *JAMA* 1996; 276: 460-5.
9. Petersen LA, Burstin HR, O'Neil AC, Orav EJ, Brennan TA. Nonurgent emergency visits: the effect of having a regular doctor. *Medical Care* 1998; 36: 1249-55.
10. Escobedo F, González GL, Salarichs M, Manzano A, López I, Martín J et al. Evaluación de la atención de un servicio de urgencias de un distrito sanitario básico. *Atención Primaria* 1997; 19: 169-75.
11. Haddy R, Schmalzer M, Epting R. Nonemergency room use in patients with and without primary care physicians. *J Fam Prac* 1991; 119: 933-4.
12. Sha NM, Shah MA, Behbehani J. Predictors of non urgent utilization of hospital emergency services in Kuwait. *Sosc Sci & Med* 1996; 42: 1313-23.
13. William MR. The cost of visit to emergency departments. *New Engl J Med* 1996; 334: 642-6.
14. Mitchell TA. Nonurgent use of emergency visits-whose definition? *Ann Emerg Med* 1994; 24: 961-3.
15. Cabrera R. Llenan áreas de urgencias con males menores. *El Universal* 2005: 2.
16. Fajardo-Ortiz G, Ramírez-Fernández FA. Utilización del SU en un hospital de especialidades. *Cir Cir* 2000; 68: 164-8.
17. Sidiqui S, Ogbeide DO. Utilization of emergency services in a community hospital. *Saudi Med J* 2002; 23: 69-72.
18. Ehrlich NJ, Tasmin F, Safi H, Barnett J, Lasley B. Pilot study of ER utilization at Tulsa hospitals. *J Okla State Med Assoc* 2004; 97: 64-8.
19. Al-Hay PP, Boresly M, Shalktout AA. The utilization of a pediatric emergency room in general hospital in Kuwait. *Ann Trop Ped* 1997; 17: 387-95.
20. Lapena-López A, Reguero CS, García RM, Gutiérrez FM, Abdallah I, González AH. Un estudio epidemiológico de urgencias pediátricas en un hospital general. Factores que influyen en una demanda inadecuada. *An Esp Pediatr* 1996; 44: 121-5.
21. Sansa PL, Orus-Escuela T, Juncosa-Fonta S, Barredo HM. Frecuencia de uso de servicios de urgencias hospitalarias, motivaciones y características de las urgencias pediátricas. *An Esp Pediatr* 1996; 44: 97-104.
22. Zimer KP, Walker A, Minkovits CS. Epidemiology of Pediatric Emergency Department use at an urban medical center. *Ped Emerg Care* 2005; 21: 84-89.
23. Secretaría de Salud. Artículo 72 y 73 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Editorial Porrúa, México DF, 2002: 105.
24. Brunett MG, Grover SA. Use of emergency department for nonurgent care during regular business hours. *Can Med Assoc J* 1996; 154: 1345-51.
25. Caterino JM, Holliman CJ, Kunselman AR. Underestimation of case severity by emergency department patients: implications for managed care. *Am J Emerg Med* 2000; 18: 254-6.
26. Hockberger SR, Binder LS, Graber MA, Hoffman GL, Perina DG, Scheider SM et al. The model of the clinical practice of emergency medicine. *Ann Emerg Med* 2001; 36: 745-70.
27. O'Neill AK, Molczan K. Pediatric triage, a 2-tier, 5 level system in the United States. *Ped Emerg Care* 2003; 19: 285-92.
28. Beveridge R, Ducharme J, Janes L, Beaulieu S, Walter S. Reliability of the Canadian emergency department triage and acuity scale: interrater agreement. *Ann Emerg Med* 1999; 34: 155-9.
29. Edelson AG, Braitman EL, Rabinovich H, Sheves P, Melendez A. Predictors of urgency in a pediatric psychiatric emergency service. *J Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42: 1197-1202.
30. Doobinin AK, Heidt-Davis EP, Gross KT, Isaacman JD. Nonurgent pediatric emergency department visits: care-seeking behavior and parental knowledge of insurance. *Ped Emerg Care* 2003; 19: 10-14.
31. Moon TD, Laurens BM, Weimer MS, Levy AJ. Nonemergency room utilization for an inner city pediatric population. *Ped Emerg Care* 2005; 21: 363-6.
32. Halfon N, Newacheck PW, Wood DL, St Peter RF. Routine emergency department use for sick care in children in the United States. *Pediatrics* 1996; 98: 28-34.
33. Pérez SA, Begara FM, Nunes FJ, Navarro GJ. Consultas recurrentes en urgencias hospitalarias pediátricas. *An Esp Pediatr* 1996; 44: 321-5.
34. Diekema DS, Del Becaro MA, Cumming P, Quan. Physician parents and the utilization of a pediatric emergency department. *Ped Emerg Care* 1996; 12: 400-3.
35. Mayefsky HJ, Ei-Shinaway Y, Kelleher P. Families who seek care for the common cold in a pediatric emergency department. *J Pediatrics* 1991; 119: 933-4.
36. Shaw NK, Ruddy RM, Gorelick HM. Pediatric emergency department directors benchmarking survey: fiscal year 2001. *Ped Emerg Care* 2003; 19: 143-7.
37. Baker WD, Stevens DC, Brook HR. Patients who leave a public hospital emergency department without been seen by a physician. *JAMA* 1991; 266: 1085-90.
38. Ortega M, Esteban MJ, Miró H, Sánchez M, Milla J. Prospective study of patients who leave the emergency department before being seen by the physician. *Med Clin* 2000; 115: 15-20.
39. Selvy BJ, Fireman BH, Swain BE. Effect of a co-payment on the use of the emergency department in a health maintenance organization. *New Engl J Med* 1996; 334: 635-41.
40. Kohlmeier PS, Zautkcke LJ, Kraker DL, Stevens SJ. Denial of authorization of pediatric managed-care patients at an urban emergency department. *Am Child Health* 2000; 6: 165-7.
41. Marín N, Caba A, Ortiz B, Perez-Tonero B, Martínez L, López L et al. Determinantes socioeconómicos y utilización de los servicios hospitalarios de urgencias. *Med Clin* 1997; 108: 726-9.
42. Grossman LK, Rich LN, Johnson C. Decreasing nonurgent emergency utilization by medical children. *Pediatrics* 1998; 102: 20-4.
43. Chande WT, Wyss N, Exum V. Education interventions to alter pediatric emergency department utilization patterns. *Arch Ped Adol Med* 1996; 150: 525-9.
44. Rosenberg EE, Pless IB. Can effective parent education occur during emergency room visits? *Fam Med* 1993; 25: 598-601.
45. Benz JR, Shanck JC. Alteration in emergency room usage in a family practice residency program. *J Fam Prac* 1982; 15: 1135-9.
46. Neely WK, Norton LR. Survey health maintenance organizations to members concerning emergency department an 911 use. *Ann Emerg Med* 1999; 34: 19-24.
47. Little GF, Watson DP. The homeless in the emergency department: a patient profile. *J Acc & Emerg Med* 1996; 13: 415-7.
48. Gill JM, Riley AW. Nonurgent use of hospital emergency departments: urgency from patient's perspective. *J Fam Prac* 1996; 42: 491-6.
49. Sanza-Peres L, Orus T, Juncosa FS, Barredo HM. Frecuencia de uso del Servicio de Urgencias Hospitalarias: relación con el uso de un servicio pediátrico de primer nivel. *An Esp Pediatr* 1996; 44: 105-8.
50. McCarty ML, Hirshon JL, Ruggles RL, Docima AB, Welinski M, Bessman ES. Referral of medical uninsured emergency department patient to primary care. *Acad Emerg Med* 2002; 9: 639-42.
51. Stoddart D, Ireland AJ, Crawford R, Kelly B. Impact on an accident and emergency department of Glasgow's new primary care emergency service. *Health Bull* 1999; 57: 186-91.
52. Franco SM, Mitchell CK, Buzon RM. Primary Care Physicians access and gate keeping: a key to reducing emergency. *Clin Ped* 1997; 36: 63-8.

53. Davidson RA, Giancloa A, Gost A, Ho J, Wadell R. Evaluation of access primary care program for indigent patients: inpatient and emergency room utilization. *J Community Health* 2003; 28: 59-64.
54. Wiebe A, Rosen LM. Triage in emergency department. *Emerg Med Clin North Am* 1991; 9: 491-505.
55. Derlet RW, Nisho D, Cole LM, Silva J Jr. Triage of patients out to the emergency department: a three year experience. *Am J Emerg Med* 1992; 10: 195-9.
56. Derlet RW, Kinser D, Ray L, Hamilton B, McEnzie J. Prospective identification and triage of nonemergency patients out of an emergency department: a five year study. *Ann Emerg Med* 1995; 25: 215-23.
57. Simon B, Gabor R, Letorneau P. Secondary triage of the injured pediatric patient within the trauma center: support for a selective resource-sampling two-stage system. *Ped Emerg Care* 2004; 20: 5-11.
58. Wachter AD, Brillman CJ, Lewis J, Sapien ER. Pediatric telephone triage: Standardized decision making or a false sense security? *Ann Emerg Med* 33: 388-94.
59. Salk DE, Schriger LD, Hubell AK, Schwartz LB. Effect of visual clues, vital signs, and protocols on triage: a prospective randomized crossover trial. *Ann Emerg Med* 1998; 32: 655-64.

Correspondencia:
Dr. Edgar Bustos Córdova,
Hospital Infantil de México
Dr. Márquez Núm. 162 Col. Doctores,
México D.F. 06400

XIII International Congress on Nutrition and Metabolism in Renal Disease

Mérida, Yucatán, México March 1-4, 2006

**La Sociedad Internacional de Nutrición y
Metabolismo en Enfermedad Renal**

Invitan al

***“XIII Congreso Internacional de Nutrición y
Metabolismo en Nefropatías”***

Del 1 al 4 de marzo de 2006. Mérida Yucatán, México

Informes

ONCE

Organización Nacional de Congresos y Eventos

Cordobanes Núm. 25, Col. San José Insurgentes, México D.F., 03900

Ph: +(052) 55 5664 1111 Fax: +(052) 55 5664 1096

www.once.com.mx

E-mail: cuestaa@once.com.mx