

## Urgencias: ¿dónde están los especialistas?

Luis Antonio Gorordo-Delsol,<sup>a</sup>  
Graciela Merinos-Sánchez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Choque, Hospital de Traumatología "Dr. Victorio de la Fuente Narvaez", Instituto Mexicano del Seguro Social/Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Hospital Juárez de México, Ciudad de México, México

<sup>b</sup>Servicio de Urgencias, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", Ciudad de México/Servicio de Urgencias, Corporativo Hospital Satélite, Ciudad Satélite, Naucalpan, Estado de México, México

Comunicación con: Luis Antonio Gorordo-Delsol  
Correo electrónico: luis.gorordodelsol@icloud.com

Hemos leído con interés el artículo de Castañón-González *et al.*<sup>1</sup> sobre el proceso de atención en los servicios de urgencias, y estamos seguros de que utilizar sistemas de triage de pacientes es uno de los pasos críticos en las emergencias,<sup>2</sup> además de los diversos sistemas para priorizar la atención prehospitalaria e intrahospitalaria.<sup>3</sup> También conocemos la frustrante carestía de recursos, incluido el espacio físico y la disponibilidad de interconsultantes, y otros factores externos, como los cambios en las características demográficas o el reto clínico de la información provista por pacientes y familiares. Asimismo, sabemos que al igual que en otras áreas críticas, se toman miles de decisiones en el dinámico proceso de atención. El único punto no considerado en dicho artículo de opinión es el médico tratante.

La Academia Americana de Medicina de Emergencias (AAEM) declaró que para asegurar la atención óptima, los servicios de urgencias médicas (SUM) deben contar con personal capacitado y certificado en atención de pacientes con urgencias;<sup>4</sup> sin embargo, solo el 4.2 % de los tratantes adscritos a estos servicios son realmente especialistas en urgencias.<sup>5</sup> No encontramos esta referencia para los SUM en México, pero es común encontrar laborando en el servicio de urgencias médicos de otras especialidades, seguramente capaces de resolver patologías propias de sus especialidades, pero no formados para la atención integral de los pacientes en el SUM.

En el estudio de Timmermann *et al.*<sup>6</sup> se hizo evidente que los médicos especialistas en emergencias mejoran significativamente el porcentaje la reanimación, sobrevivida, admisión y egreso de pacientes en el SUM. También se ha observado que los residentes de medicina de urgencias, a la par de los especialistas en urgencias, aumentan el número de pacientes atendidos por hora en un SUM,<sup>7</sup> colaborando así en la disminución de la saturación de estos servicios. Estos son médicos en formación que impactarán positivamente en estos procesos, según lo publicado por Li *et al.*,<sup>8</sup> pues eventualmente estarán adscritos a los SUM y tendrán una mejor preparación y una mayor capacidad para la toma de decisiones en esta área crítica.

La cantidad de consultas realizadas en el SUM es alta; empero, un gran porcentaje de estas son clasificadas como "no urgentes" o "urgencias sentidas", es decir, pueden resol-

verse en el primer nivel de atención o en consulta externa. Usher-Pines<sup>9</sup> desglosa, en una revisión sistemática, los principales factores asociados al uso inadecuado del SUM por la población general. Un eficiente servicio de primer nivel o consulta externa debería tener la capacidad de recibir a los pacientes clasificados como "no urgentes" y dar tratamiento a estas patologías para educar a la población a acudir a este nivel de atención; simultáneamente, debería identificar a los pacientes que acudieron a consulta pero que presentan urgencias reales que requieren atención en el SUM, refiriéndolos ya clasificados a este servicio.<sup>5,9,10</sup>

Podemos concluir, que ciertamente la saturación de los SUM es multifactorial,<sup>11</sup> pero no podemos excluir la imperiosa necesidad de adecuar el recurso humano que labora en este complejo sitio, sea de medicina o enfermería, quienes deben ser especialistas en el área y deben estar capacitados en la formación de nuevas generaciones de esta joven especialidad, esto sin excluir la preparación en la administración, la educación, la investigación y la calidad del propio SUM, y apoyados en todo momento por interconsultantes de otras disciplinas. Corregir estos factores seguramente será un salto para mejorar la atención y disminuir la saturación, con el impacto en calidad y morbimortalidad que esto representa.

### Referencias

1. Castañón-González JA, Barrientos-Fortes T, Polanco-González C. Reflexiones sobre el proceso de atención en los servicios de urgencias. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2016;54(3):376-9.
2. Grupo de Triage Manchester, Urgencias Hospitalarias. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J, eds. Segunda edición. Oxford: Blackwell Publishing BMJ Books; 2006. p. 4.
3. Gorordo-Delsol LA, Mérida-García JA, eds. Medicina de Urgencias: clasificaciones, cuadros y fórmulas. Primera edición. México: Intersistemas editores; 2013.
4. American Academy of Emergency Medicine (sitio Web). Wisconsin: AAEM. Position Statements: The primary responsibility of the emergency physician is the care of patients within the ED. Febrero 2013. Disponible en <http://www.aaem.org/em-resources/position-statements/health-care-delivery/primary-responsibility> (Última consulta 21 de junio de 2016).
5. American College of Emergency Physicians (sitio Web). Texas: ACEP. Americas's Emergency Care Environment, a state-by-state report card. Enero 2014. Disponible en <http://www.emreportcard.org/> (Última consulta 21 de junio de 2016).
6. Timmermann A, Russo SG, Hollmann MW. Paramedic versus emergency physician emergency medical service: role of the anaesthesiologist and the European versus Anglo-American concept. *Curr Opin Anesthesiol.* 2008;21:222-7.
7. Bhat R, Dubin J, Maloy K. Impact of learners on emergency medicine attending physician productivity. *Western J Em Med.* 2014;15(1):41-4. DOI: 10.5811/westjem.20134.7.15882.
8. Li CJ, Syue YJ, Tsai TC, Wu KH, Lee CH, Lin YR. The impact of emergency physician seniority on clinical efficiency, Emergency Department resource use, patient outcome and disposition accuracy. *Medicine.* 2016;95(6):1-6. DOI: 10.1097/MD.0000000000002706.
9. Usher-Pines L, Pines J, Kellermann A, Gillen E, Mehrota A. Deciding to visit the Emergency Department for non-urgent conditions: a systematic review of the literature. *Am J Manag Care.* 2013;19(1):47-59.

## Cartas al editor

10. Redstone P, Vancura J, Barry D, Kutner J. Nonurgent use of the Emergency Department. *J Ambulatory Care Manage.* 2008;31(4):370-6.
11. Derlet RW, Richards JR. Ten solutions for the Emergency Department crowding. *Western J Em Med.* 2008;9(1):24-7.