



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL



ESCUELA SUPERIOR DE MEDICINA

SECCION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

**“URGENCIAS REALES Y SENTIDAS. USO RACIONAL
DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL
GENERAL DE SEGUNDO NIVEL”**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN
URGENCIAS MEDICO QUIRÚRGICAS
PRESENTA:**

ENEIDA PASTRANA MALDONADO

DIRECTOR DE TESIS

**M EN C. DANIEL ALEJANDRO HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ
DR. EDGAR ABARCA GONZALEZ**

MÉXICO, D. F.

FEBRERO 2010



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la Ciudad de México, D. F. siendo las 16:00 horas del día 01 del mes de febrero del 2010 se reunieron los miembros de la Comisión Revisora de Tesis, designada por el Colegio de Profesores de Estudios de Posgrado e Investigación de la Escuela Superior de Medicina para examinar la tesis titulada:

URGENCIAS REALES Y SENTIDAS. USO RACIONAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Presentada por el alumno:

Pastrana
Apellido paterno

Maldonado
Apellido materno

Eneida
Nombre(s)

Con registro: A

0	7	0	8	0	7
---	---	---	---	---	---

aspirante de:

“Especialidad en Urgencias Médico Quirúrgicas”

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **APROBAR LA TESIS**, en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

LA COMISIÓN REVISORA

Directores de tesis

M. en C. Daniel Alejandro Hernández Hernández

Dr. Edgar Abarca Rojano

Dr. Pedro López Sánchez

Dra. Martha Cecilia Rosales Hernández

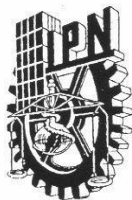
Dr. Alexandre Kormanovski Kovzova

PRESIDENTE DEL COLEGIO DE PROFESORES

Dr. Eleazar Lara Padilla



ESCUELA SUPERIOR DE MEDICINA
I. P. N.
SECCION DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACION



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

CARTA CESIÓN DE DERECHOS

En la Ciudad de México, D. F., el día 19 del mes febrero del año 2010, la que suscribe **Eneida Pastrana Maldonado**, alumna del Programa de Especialidad en Urgencias Médico Quirúrgicas, con número de registro **A070807**, adscrito a la **Escuela Superior de Medicina**, manifiesta que es autor intelectual del presente trabajo de Tesis bajo la dirección del **M. en C. Daniel Alejandro Hernández Hernández** y del **Dr. Edgar Abarca Rojano** y cede los derechos del trabajo intitulado **“URGENCIAS REALES Y SENTIDAS. USO RACIONAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL”**, al Instituto Politécnico Nacional para su difusión, con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficas o datos del trabajo sin el permiso expreso del autor y/o director del trabajo. Éste puede ser obtenido escribiendo a la siguiente dirección enei@hotmail.com Si el permiso se otorga, el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Eneida Pastrana Maldonado
registro **A070807**

Hernández HDA, Pastrana ME. **Urgencias reales y sentidas. Uso racional del servicio de urgencias en un hospital general de segundo nivel.**

RESUMEN:

ANTECEDENTES: En nuestro país existe poca o nula regulación sobre la atención a las urgencias reales y sentidas, convirtiendo la atención de estas en un verdadero y grave problema. En la actualidad nuestros servicios de urgencias siguen colapsados con un tiempo de espera aún largo.

OBJETIVO: Identificar si la atención de las urgencias sentidas es un factor que interviene en el retraso y falta de calidad de la atención de urgencias reales.

MATERIAL Y METODOS: 382 pacientes mayores de 16 años de edad que acudieron al Servicio de Urgencias Adultos del HGZ 1A Venados entre el 1 al 31 de enero de 2010. Los datos se obtuvieron de la nota de valoración inicial de los expedientes clínicos, se aplicó análisis por estadística descriptiva y t de student con SPSS 10.0 y Excel, considerando un valor de $p \leq 0.05$ significativo.

RESULTADOS: La mayor parte de las urgencias atendidas fueron del tipo sentido en un 82.2%, y solo el 17.8% fue considerada real, correspondiendo el 58.95% a mujeres y 41.1% a hombres, con una media de tiempo de espera mayor para las urgencias sentidas de 27.7 minutos, una $p=0.0059$ significativa.

CONCLUSIONES: Al saturar el servicio de urgencias con las de tipo sentido se aumenta el tiempo de espera en las urgencias reales. No existe un uso racional del servicio de Urgencia Adultos en el hospital general de segundo nivel 1A Venados del IMSS.

PALABRAS CLAVE: Urgencia real, urgencias sentida, tiempo de espera.

Hernández HDA, Pastrana ME. Emergency real and felt. Rational use of the emergency department in a second-level general hospital.

SUMMARY:

BACKGROUND: In our country there is few or not regulation on emergency care for the real and heartfelt, turning the attention of those in a real and serious problem. Nowadays our emergency services are collapsed with a long waiting time.

OBJECTIVE: Identify whether the emergency felt care is a factor in the delay and lack of quality of care of real emergencies.

MATERIAL AND METHODS: 382 patients over 16 year-old who attended to the Adult Emergency Department HGZ 1A Venados from 1 to 31 January 2010. The data were obtained from the initial assessment notes of the clinical records and we applied descriptive statistical analysis by Student t test with SPSS 10.0 and Excel, considering a P value <0.05 significant.

RESULTS: Most of emergency cases were felt in a rate of 82.2%, and only 17.8% was considered as real, where 58.95% was women and 41.1% was men, with a higher average waiting time for emergencies heartfelt of 27.7 minutes with a significant $p = 0.0059$.

CONCLUSIONS: When the emergency department is saturating with felt emergencies there is an increase in the waiting time of the real emergencies. There is not a rational use of emergency resources of the IMSS's Emergencies Adult Service of the second-level General Hospital 1A Venados.

KEYWORDS: real urgency, emergency felt, waiting time, delay.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a mi familia que ha esta conmigo en cada paso de mi vida:

A mi madre por darme la vida y la fortaleza para luchar en ella..

A mi padre por su consejos y sus enseñanzas..

Y a mi hermano por su compañía y ayuda a lo largo de mi vida...

Gracias a ti amor, por hacer de mi vida ilusión, pasión y esperanza...

Gracias a todos los amigos que caminaron conmigo estos tres años, y a los que han caminado a lo largo de mi vida formando parte de ella, compartiendo sus sueños....

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	6
ANTECEDENTES	8
MARCO TEÓRICO.....	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
JUSTIFICACIÓN	18
HIPOTESIS	19
OBJETIVOS.....	19
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	19
MATERIAL Y MÉTODOS	20
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO	23
PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO	24
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	24
RECURSOS PARA EL ESTUDIO	25
RESULTADOS Y DISCUSIÓN:	26
CONCLUSIONES.....	48
PERSPECTIVAS A FUTURO	49
ANEXO 1	50

ANTECEDENTES

Es indudable que la atención a las urgencias reales y sentidas en los hospitales es un verdadero y grave problema. Los servicios de urgencias permanecen abiertos las 24 horas con dos misiones conflictivas: la forma de prestar asistencia a los que necesitan objetivamente atención de urgencias para solucionar los problemas críticos que presentan poniendo en peligro sus vidas y la informal que consiste en responder y tratar la demanda subjetiva de atención sanitaria a los que acuden con razón o sin ella, pero no siempre es posible satisfacer todas las demandas (1).

Hacia 1960, en Estados Unidos se reconoció la necesidad de un servicio médico de urgencias bien organizado, en 1968 se forma el Colegio Norteamericano de Medicina de Urgencias (ACEP) y en 1973 se inició un programa identificando aquellos grupos de enfermos que podrían beneficiarse. El primer programa en Residencias en Emergencias fue elaborado en el año de 1976 por la Universidad de Cincinnati y poco después la especialidad y el Consejo se formalizaron como la vigésimo tercera especialidad por el Consejo Americano de Especialidades Médicas (2).

Desde entonces, la medicina de urgencia ha ido ganando terreno en todo el mundo y nuestro país no es la excepción. Desde 1985, año en que viera sus orígenes en la Ciudad de México, se ha ido extendiendo hasta encontrarse actualmente en clínicas y hospitales como servicio de adultos y pediatría en las ciudades más importantes de nuestro país.

Así pues, el servicio de urgencia es considerado como uno de los pilares de la atención hospitalaria y representa, además, la vía más común de acceso a los servicios de internamiento. La urgencia sentida o real depende de las características del usuario, el acceso o disponibilidad a los servicios de consulta externa y, en general, a la aceptabilidad de la atención médica que se proporciona en las instituciones de salud.

El uso inapropiado de los servicios de urgencias por pacientes con problemas de salud no urgentes es un problema mundial, lo que hace difícil garantizar el acceso para casos de emergencia real, disminuye la disponibilidad de la atención, produce efectos negativos en la calidad de los servicios de emergencia y eleva los costos en general. La racionalización de la demanda de los servicios de urgencias también depende del uso adecuado de los servicios en los niveles del sistema de salud, por ejemplo, mejorar el acceso a la atención primaria. De acuerdo a lo reportado en la literatura, los pacientes que buscan los servicios de emergencias en forma inadecuada son principalmente jóvenes (3,4,5) y en su mayoría mujeres (4,6) y no son referidas al servicio por un profesional de la salud (4).

En la literatura también se comenta que son varios los factores que pueden llevar a los pacientes a elegir el servicio de urgencias en lugar de unidades de atención primaria (7,8) dentro de los que se incluyen: el deseo de recibir atención en el mismo día (7,9), la posibilidad de ser atendidos en un entorno en el que es posible hacer pruebas de laboratorio, entre otros (10), y en la creencia de que los servicios de urgencias son capaces de resolver problemas de salud complejos (11,12). Sin embargo, con frecuencia los pacientes tienden a subestimar los servicios de atención primaria, apoyando su decisión, tal vez en forma errónea, al creer en el uso excesivo de medicinas y pruebas diagnósticas en el servicio de urgencias (13,14).

En México, parte de nuestro sistema de salud es la interrelación entre los tres niveles de asistencia médica, siendo el primer nivel representado por la Unidad de Medicina Familiar (UMF), que es el pilar primario para la atención de urgencias, sobre todo sentidas, el cual debe funcionar como puerta de entrada al servicio de urgencias del hospital de segundo y tercer nivel, actuando como filtro salvo en caso de urgencias reales. Lo anterior para los distintos regímenes de salud existentes en nuestro país que corresponden a la Secretaría de Salud y el Gobierno de cada estado para población abierta, y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para sus derechohabientes.

Otras de las causas, referidas en un estudio aplicado específicamente al servicio de urgencias de pediatría, que favorecen que los pacientes acudan al Servicio de Urgencias, es tener solidez profesional en la respuesta con bases científicas, transmitir la responsabilidad, servicio rápido (24 a 72 h), y la posibilidad de realizar interconsulta a especialidades determinadas (15).

George G. y cols. reportaron en un estudio realizado en un hospital general de distrito del Reino Unido en el que compararon datos obtenidos en 1990 con los observados en 2004 en el servicio de urgencias relacionando la edad con el número de pacientes que llegaron en ambulancia, el tiempo de espera para la atención, el número de estudios realizados, el número de admisiones a urgencias y el tiempo de estancia hospitalaria. Y concluyen que en el departamento de emergencia entre 1990 y 2004, hubo un incremento del 54% en el total de pacientes con un aumento del 198% en pacientes de más de 70 años, incluido un aumento de 671% en los mayores de 90 años. El tiempo necesario para tratar a los pacientes aumentó con la edad, así como la probabilidad de investigación y los protocolos de estudio. En 2004, los pacientes ancianos (mayores de 70 años) tenía 4.9 veces más probabilidades de requerir ingreso hospitalario que los pacientes más jóvenes (de 30 años o menos). La duración promedio de estancia hospitalaria fue 6.9 veces más. Fueron atendidos 3.3 veces más los pacientes jóvenes que los mayores, pero estos últimos ocuparon 9.8 veces más días de estancia en una cama de urgencias (16). De esta forma

relacionan el aumento de la presión sobre la atención de urgencias a un aumento desproporcionado de pacientes de edad avanzada con una mayor tendencia a estudiarlos, dando importancia a el envejecimiento de la población; factor que debe ser considerado como parte de la planificación de los servicios de salud. Consideramos importante este punto ya que la curva poblacional actual de nuestro país se dirige hacia ese envejecimiento.

En resumen, uno de los fenómenos que en los últimos años ha caracterizado la evolución de la atención de urgencia a escala mundial es el agobiante incremento de las urgencias atendidas a nivel hospitalario que podían ser valoradas y tratadas en primer nivel de salud, de haber acudido a ella. Tal es el caso de las instituciones del sistema de salud cubano que para finales del siglo XX, reportaron que solo el 25% del total de urgencias del nivel secundario podían calificarse como hospitalarias (1).

En el caso de países en vías de desarrollo como Cuba, se ha tratado de buscar solución a este problema con el Sistema Integrado de Urgencias Médicas (SIUM), un modelo implementado para atender enfermos graves y urgentes y que actualmente constituye la cadena de supervivencia vital del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) cubano aplicando los principios de detección, acceso, apoyo vital básico, desfibrilación, apoyo vital avanzado y acceso a cuidados intensivos precoz. (1)

En México son pocas las acciones que hasta el momento se han tomado para mejorar dicha situación en los servicios de urgencias. En forma oficial contamos únicamente con un concepto de urgencia del cual se hablará más adelante plasmado en la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico en 1998, y la regulación en forma escueta del servicio de urgencias en otra norma expedida hacia el 2002 para explicitar los requerimientos humanos, estructurales y de funcionamiento en la atención de urgencias.

En la actualidad nuestros servicios de urgencias, siguen colapsados al parecer con un tiempo de espera aún largo como lo han manifestado en varias ocasiones nuestros derechohabientes, sin embargo, este dato no está reportado en forma exacta ni oficial, como lo muestra la siguiente gráfica (Fig.1), en donde hacia el 2002 el mayor tiempo de espera en la sala de urgencias lo tienen estados como Colima y Baja California, sin contemplar los datos del Distrito Federal, ya que se refiere que no participó en la medición de los indicadores de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, según informes de la propia Secretaría de Salud (17).

Quizamán y Neri, proponen en su estudio aplicado al servicio de urgencias pediatría que una de las causas que favorece cómo se determine el tipo de urgencia, es que el médico considere o no que el evento agudo esté poniendo en peligro la vida o la función de un órgano si no se da atención inmediata (18). Es en este punto donde este protocolo propone considerar la especialidad del médico en un intento de relacionar este factor con el

problema de la atención de urgencias sentidas y reales y la sobrecarga de los servicios de urgencias, ya que en la actualidad, la matrícula de médicos con especialidad de urgencias aún no es suficiente y las instituciones de salud se ven obligadas a integrar médicos de otras especialidades al equipo de trabajo de estos servicios en nuestro país.

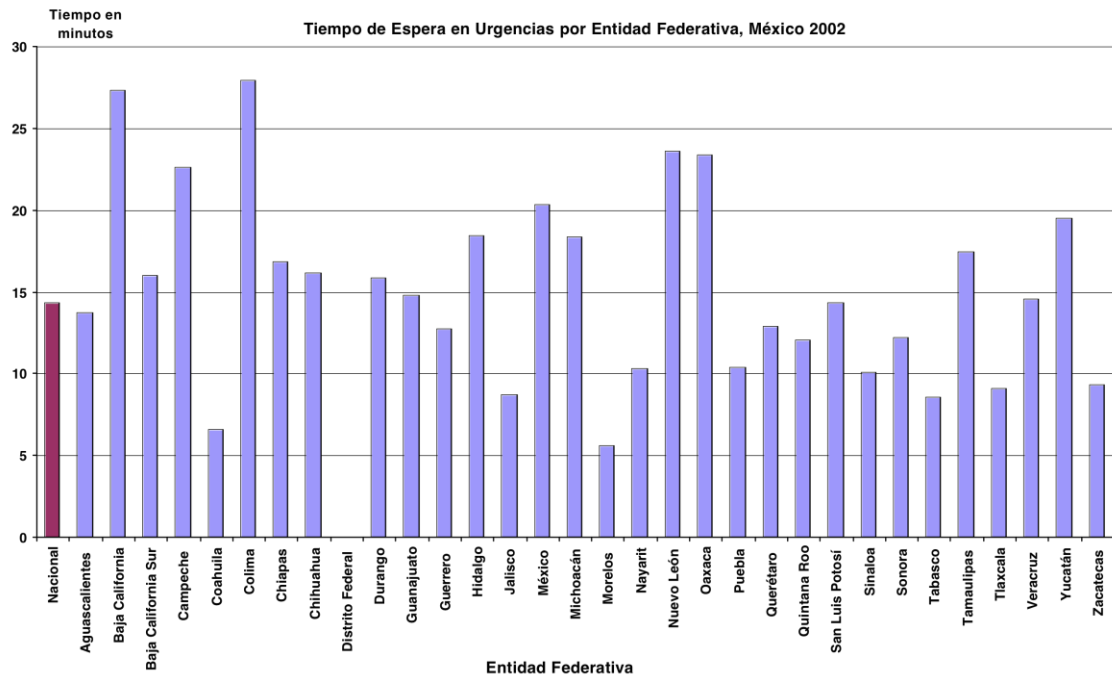


Figura 1. Estadística de los tiempos de espera en el servicio de urgencias a nivel nacional para el 2002. Fuente: Monitoreo de los indicadores de la Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Secretaría de Salud, México.

MARCO TEÓRICO

El Distrito Federal (DF) es una de la entidades federativas que conforman la Republica Mexicana, ubicado en el centro del país y con la menor extensión en cuanto a terreno se refiere con respecto al resto de los 31 estados, sin embargo, ocupa el segundo lugar a nivel nacional por su número de habitantes que hasta el 2005, de acuerdo a cifras oficiales del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), eran 8 720 916, de los cuales 4 549 233 son mujeres y 4 171 683 son hombres (19).

El DF tienen un sistema de salud pública que incluye centros de atención primaria, secundaria y terciaria de acuerdo al régimen de Salud al que pertenezca el paciente. El IMSS cuenta con 40 centros de atención primaria (UMF) en el DF, con 13 Hospitales Generales como atención de segundo nivel, y 12 Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE) que representan el tercer nivel de atención (20). Nuestro estudio se ubicará en el segundo nivel de atención, tomando como muestra un HGZ que da servicio a población derechohabiente de tres de esas 40 UMF y que cuenta con un servicio de urgencias y área de reanimación funcional las 24hrs del día, con un equipo médico conformado por médicos generales, especialistas en medicina de urgencias y familiar, así como residentes de primer, segundo y tercer año de la especialidad de urgencias médico-quirúrgicas.

Los establecimientos de atención médica de los sectores público, social o privado, cualquiera que sea su denominación, que cuenten con servicio de urgencias, deben otorgar atención médica al usuario que lo solicite, de manera expedita, eficiente y eficaz, con el manejo que las condiciones del caso requiera (21), así lo dicta una de las pocas normas que regulan el servicio de urgencias, actualmente en nuestro país.

La Norma Oficial Mexicana (NOM-168-SSA1-1998) define urgencia, como todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, o la pérdida de un órgano o una función y requiera atención inmediata (22). Otra norma (NOM-206-SSA1-2002) define al servicio de urgencias como el conjunto de áreas y equipamiento destinados a la atención de urgencias, ubicados dentro de un establecimiento de atención médica (21). Y el tipo de establecimiento de atención médica no hospitalaria de primer contacto, público, social o privado, cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica ambulatoria y que no requiere manejo especializado, ni recursos complejos de diagnóstico y tratamiento (21).

Especifica los perfiles del personal de salud, involucrados en la atención médica de urgencias, que deberán ser acordes con el tipo de establecimiento

de atención médica, según se detalla en el numeral 6 de la NOM-206-SSA1-2002:

- ✚ El médico debe demostrar documentalmente, que ha acreditado satisfactoriamente cursos afines a la atención médica de urgencias. Podrá ser responsable del servicio de urgencias en establecimientos de atención médica no hospitalaria de primer contacto u hospitalaria no quirúrgica u obstétrica.
- ✚ Los médicos especialistas en disciplinas médicas y médico-quirúrgicas afines a la atención de urgencias, que laboren en unidades o servicios de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica ambulatoria u hospitalaria, deberán contar con diploma y, en su caso, cédula de especialidad, expedidos por autoridad educativa competente, así como haber acreditado satisfactoriamente cursos de atención médica de urgencias. Podrán ser responsables de la unidad o servicio.
- ✚ Los médicos residentes de una especialidad, que durante su formación se les asigne periodo de rotación en los servicios o unidades de urgencias, deberán demostrar documentalmente el nivel de especialidad que cursen de acuerdo al plan de estudios correspondiente.
- ✚ La enfermera general que labore en una unidad o servicio de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica, requiere demostrar documentalmente que ha acreditado satisfactoriamente cursos afines a la atención de urgencias.
- ✚ La enfermera auxiliar que labore en una unidad o servicio de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica, requiere demostrar documentalmente que ha acreditado satisfactoriamente cursos afines a la atención de urgencias.

Para su funcionamiento, el servicio de urgencias deberá apoyarse en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, que deberán estar disponibles de acuerdo al cuadro de categorización señalado en el numeral 7 de la NOM-206-SSA1-2002:

- ✚ El laboratorio clínico de los establecimientos de atención médica, debe contar con infraestructura, equipo y personal suficiente para asegurar su funcionamiento las 24 horas de los 365 días del año y atender los requerimientos de apoyo de la unidad o servicio de urgencias.
- ✚ Para el funcionamiento óptimo de una unidad o servicio de urgencias en establecimientos de atención médica, el servicio de radiología e imagen debe operar las 24 horas de los 365 días del año y contar con los recursos establecidos en la normatividad aplicable.
- ✚ Los establecimientos de atención médica hospitalaria que cuenten con unidad o servicio de urgencias, deben disponer de banco de sangre o servicio de transfusión.
- ✚ Todo establecimiento de atención médica hospitalaria quirúrgica u obstétrica, que incluya unidad o servicio de urgencias, debe contar con quirófano y sala de recuperación.

- ✚ Deben disponer de sala de choque o área de reanimación y cumplir con las especificaciones de la normatividad aplicable.
- ✚ Podrá existir una sala de terapia intermedia. Cuando el manejo del caso lo requiera, el establecimiento de atención médica deberá exhibir ante la autoridad sanitaria competente, los convenios que apoyen la referencia efectiva de pacientes a establecimientos con servicios de terapia intensiva.
- ✚ Los establecimientos de atención médica hospitalaria quirúrgica u obstétrica, que cuenten con servicio de urgencias, con capacidad resolutive de un Hospital General o equivalente, deben contar con una unidad de terapia intensiva.

Las especificaciones anteriormente mencionadas en la norma tienen como finalidad facilitar que los servicios de urgencias de las unidades hospitalarias funcionen en forma óptima, ya que los pacientes no deberán permanecer en los servicios de urgencias más de 12 horas por causas atribuibles a la atención médica. En ese lapso, se establecerá el manejo y diagnóstico inicial, así como el pronóstico para determinar, de acuerdo al caso, si el paciente debe ser egresado a su domicilio, ingresado a hospitalización, derivado a consulta externa o trasladado a otra unidad de mayor capacidad resolutive.

Sin embargo, no existe en la normatividad de nuestro sistema de salud, un documento que especifique la diferencia entre lo que en el mundo de las urgencias llamamos real o sentida.

Villatoro A, en su documento acerca de las definiciones básicas en medicina de urgencia, hace mención a ambos conceptos, sin embargo, no encontramos fundamento de las mismas en la bibliografía que menciona.

Define como urgencia médica real a todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, o la pérdida de un órgano o una función y requiera atención inmediata (concepto comentado en la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico como urgencia). Considera todo padecimiento de orden agudo o crónico agudizado, que produce una descompensación súbita del funcionamiento del organismo que condiciona discapacidad permanente o evolución a la muerte, y que requiere de atención inmediata (23). Considerando la definición incluye:

- La Dificultad respiratoria repentina (disnea súbita)
- La Hemorragia activa por cualquier vía
- El Dolor torácico súbito y persistente (aun sino es coronario)
- Pérdida del conocimiento sin recuperación espontánea
- Heridas extensas y/o amputación
- Crisis convulsivas
- Parálisis súbita de cualquier extremidad
- Ingestión de sustancias tóxicas
- Presencia de cuerpos extraños en vías respiratorias o digestivas
- Retención aguda de orina
- Mordeduras o piquetes de animales venenosos
- Quemaduras de 1° grado > al 15% de SCT
- Quemaduras de 2° grado >10% y de SCT 3° grado > 5%
- Quemaduras de cara, articulaciones, genitales, aun con menor porcentaje

Urgencia médica sentida como todo padecimiento de orden agudo o crónico agudizado, que el paciente percibe ó siente que amenaza su vida. Casi nunca es grave y puede ser atendido por consulta externa (23).

Desde un enfoque médico legal, la Ley General de Salud en su Reglamento en materia de prestación de Servicio de Atención Médica, plantea en su Artículo 72: «Se entiende por urgencia, todo problema médico-quirúrgico agudo que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera una atención inmediata».

Es así que Quizamán R. y Neri M. en su trabajo definen urgencia como todo evento médico o quirúrgico que pone en peligro la vida, la integridad o la funcionalidad de un órgano si no se atiende en forma inmediata (18); y toman del artículo publicado por Cheung WI, sobre el uso inapropiado del servicio de urgencias en Hong Kong, el concepto de urgencias reales y sentidas. Definiendo urgencias reales aquellas enfermedades o accidentes que se deben atender de inmediato, ya que corre peligro la vida del paciente en ese momento. Urgencias «sentidas», implica que el afectado de cierta manera, se encuentra estable (24).

En un estudio realizado por Carret y cols. en una ciudad de Brasil sobre los factores asociados a un uso inadecuado del Servicio de Urgencias, se utilizan criterios previamente estandarizados para un protocolo adecuado de un Hospital de Urgencias, para considerar las urgencias como reales (25). De acuerdo esto la visita se consideró urgente si se cumple al menos uno de los siguientes criterios:

1. Criterios de gravedad:

1.1 Pacientes con una de las siguientes condiciones (repentina o muy reciente aparición):

- a) la pérdida de la conciencia,
- b) desorientación,
- c) estado de coma,
- d) pérdida sensorial,
- e) la pérdida repentina de la visión o la audición.

1.2. Pacientes con una de las siguientes condiciones:

- a) alteración de la frecuencia cardiaca <50 o >140 latidos / minuto,
- b) arritmia,
- c) alteración de la presión arterial,
- d) alteraciones de electrolitos o gases en sangre (no incluye pacientes con alteraciones crónicas de estos parámetros, tales como: insuficiencia renal crónica, enfermedad respiratoria crónica, etc.),
- e) fiebre persistente (5 días o más), no controlados después del tratamiento en atención primaria;
- f) hemorragia activa;
- g) pérdida repentina de la capacidad funcional de cualquier parte del cuerpo.

2. Criterios para el tratamiento

2.1 Uno de los siguientes procedimientos:

- a) administración de fármacos por vía intravenosa (excepto para mantener el acceso intravenoso),
- b) administración de oxígeno;
- c) colocación de aparatos de yeso (excepto para vendajes);
- d) Intervención quirúrgica o procedimiento.

3. Criterios por intensidad del diagnóstico

3.1 Uno de los siguientes:

- a) seguimiento de signos vitales cada 2 horas,
- b) radiología de cualquier tipo,
- c) pruebas de laboratorio (excepto glucosa sanguínea en pacientes diabéticos que buscan atención por otras razones que la diabetes y pruebas de glicemia con tiras reactivas),
- d) electrocardiografía (excepto en pacientes con enfermedad cardiaca crónica quienes se presentaron por problemas no relacionados).

4. Otros criterios

4.1 Uno de los siguientes:

- a) paciente que ha estado bajo observación en la sala de urgencias durante doce horas o más,
- b) paciente que es ingresado al hospital o trasladados a otro hospital o muere en el servicio de urgencias.

5. Los criterios utilizados sólo para los pacientes que se auto refieren

5.1 Uno de los siguientes:

- a) paciente que ha tenido un accidente (tráfico, en el trabajo, lugar público, etc.) y necesita ser examinado
- b) síntomas que sugieran una urgencia vital: por ejemplo, dolor torácico, disnea de aparición súbita, dolor abdominal agudo,
- c) pacientes con una enfermedad conocida que generalmente conduce a la hospitalización,
- d) el médico del paciente le haya informado que tenía que ir a urgencias si aparecen los síntomas,
- e) pacientes que requirieron atención médica rápida, y el hospital era el centro más cercano,
- f) otras circunstancias en las que se auto refiere el pacientes (especificar).

En el caso del servicio de urgencias pediátrica el concepto de urgencia de los padres está matizado por su grado de educación. Los padres con alta escolaridad identifican de manera más apropiada problemas médicos de urgencia. Hasta el 64% de la consulta de algunos centros no constituyen verdaderas urgencias (26).

Otro factor influyente, pero tal vez aún no considerado en forma global por nuestro sistema de salud en la calidad de atención en los servicios de urgencias, es la sobrecarga de pacientes que tal vez descansa en el grupo de personas que acuden espontáneamente a los hospitales sin constituir urgencias reales, violando los filtros sanitarios, con urgencias sentidas por ellos pero no reales. Considerando y modificando este último factor, es como, algunos países, tal es el caso de Cuba, y la disminución de esta sobrecarga son las que han permitido la optimización progresiva de los servicios de urgencias.

La medicina de urgencias tanto en forma prehospitalaria como hospitalaria lleva implícitas las primeras medidas de la medicina intensiva y nunca todos los cuidados intensivos. Entre los principios del soporte vital para los pacientes graves está el inicio de la atención intensiva de manera precoz, vía que permite ganarle tiempo a la deuda de oxígeno que es un motivo menos para liberar los mediadores de la Respuesta Inflamatoria Sistémica, con lo que se acorta el tiempo de agresión y se reduce la respuesta, mejorando supervivencia y calidad de vida al egreso, con estancias más cortas y menos gastos de antibióticos, nutrientes y aminos, reduciendo, visto en forma prospectiva, incidencia de Disfunción Orgánica Múltiple de los pacientes graves que llegan hasta la unidad de terapia intensiva. (27) En resumen, obtener mayor eficiencia y eficacia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Las urgencias que se atienden en el servicio de urgencias adultos del HGZ 1A Venados del IMSS son en mayor número del tipo sentidas y son causa de retraso en la atención de urgencias reales?

¿Cuál es el tiempo de espera en el servicio de urgencias del HGZ 1A venados?

¿Qué factores son los que intervienen en la calidad de atención del servicio de urgencias de HGZ 1A Venados?

JUSTIFICACIÓN

Uno de los problemas serios en el servicio de urgencias es el retraso en la atención médica, por lo que es importante conocer cuáles son los padecimientos más frecuentes en los servicios de urgencias con el fin de conocer la morbilidad de la población, que va cambiando con los años según las medidas preventivas que se proporcionen y la innovación de nuevos manejos médicos.

El uso inapropiado de los servicios de urgencias hace que sea difícil garantizar el acceso a los casos de urgencia real, disminuye la disponibilidad de atención, produce efectos negativos en la calidad de los servicios de urgencias y eleva los costos en general. Estas situaciones son bien conocidas en el contexto médico; sin embargo, son pocos los estudios que existen a nivel universal y sobre todo en nuestro país, que aborden sus causas. Debemos considerar la falla en el proceso de la aplicación de los mismos así como la presencia de los factores que expliquen la sobrecarga de estos servicios en nuestra población, motivo por el cual consideramos que este estudio puede proporcionar información importante para abordar el problema y mejorar el rendimiento de nuestro sistema de salud.

HIPOTESIS

Si la cantidad de pacientes que se presentan en el HGZ 1A Venados acuden en su mayoría con urgencias sentidas, esto representará una causa de atraso en tiempo y disminución en la calidad de la atención a las urgencias reales.

OBJETIVOS

Objetivo general: Identificar si la atención de las urgencias sentidas es un factor que interviene en el retraso y falta de calidad de la atención de urgencias reales en el servicio de urgencias adultos del HGZ 1A Venados del IMSS.

Objetivos específicos:

- a) Identificar epidemiología de urgencias reales y sentidas en el servicio de urgencias adultos del HGZ 1A Venados del IMSS.
- b) Identificar a los pacientes, por grupo de edad y genero, que buscan con más frecuencia el servicio de urgencias adultos del HGZ 1A Venados del IMSS.
- c) Identificar otros factores que intervienen en el retraso y falta de calidad de la atención de urgencias reales en el servicio de urgencias adultos del HGZ 1A Venados del IMSS.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Universo de estudio. Pacientes mayores de 16 años de edad quienes acuden al Servicio de Urgencias Adultos del HGZ 1A Venados del IMSS adscritos a Unidad de Medicina Familiar No. 10, 15 y 19.

Tamaño de la muestra.

El tamaño de la muestra se calculó a partir de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N - 1)) + k^2 * p * q}$$

Tomando en cuenta que:

N = es el tamaño de la población o universo, es decir, el número total de posibles pacientes valorados en urgencias adultos en un año, aproximadamente 80,000.

k = es una constante que depende del nivel de confianza que asignemos. El nivel de confianza indica la probabilidad de que los resultados de nuestra investigación sean ciertos. Un 95% de confianza es lo mismo que decir que nos podemos equivocar con una probabilidad del 5%. Para este estudio el valor de k será 1.96 con un nivel de confianza del 95%.

e = es el error muestral deseado. Este es la diferencia que puede haber entre el resultado que obtenemos preguntando a una muestra de la población y el que obtendríamos si preguntáramos al total de ella. Para este estudio el error muestral será del 5%.

p = es la proporción de individuos que poseen en la población las características de estudio. Este dato es generalmente desconocido y se suele suponer que p = q, para este caso igual a 0.5

q = es la proporción de individuos que no poseen esa característica, es decir, 1-p.

n = es el tamaño de la muestra de individuos que utilizamos para el estudio, en este caso, al sustituir los valores propuestos en la fórmula, el valor de n = 382.

Criterios de selección.

Criterios de inclusión:

Pacientes que acuden al servicio de urgencias adultos del HGZ 1A Venados del 1º al 31 de enero de 2010.

Pacientes mayores de 16 años de edad

Pacientes derechohabientes del IMSS

Adscritos a Unidades de Medicina Familiar No. 10, 15 y 19

Criterios de exclusión:

Pacientes con padecimientos gineco-obstétricos

Criterios de no inclusión:

Que no se cuente con todos los datos requeridos en la hoja de recolección de datos

Personas llevadas al servicio de urgencias ya fallecidas sin indicación para iniciar RCP

Criterios de eliminación:

Personas que regresaron más de una vez por el mismo problema

Adscritos a otras UMF que no correspondan a la No. 10, 15 y 19

Definición y operacionalización de las variables y escalas de medición:

✎ Tipo de urgencia: atención médica solicitada en el servicio de urgencias que puede ser real si el problema médico-quirúrgico agudo pone en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata; o sentida a todo padecimiento de orden agudo o crónico agudizado que el paciente percibe o siente que amenaza su vida, casi nunca es grave y puede ser atendido por consulta externa.
Cualitativa, nominal, dicotómica
Escala de medición: Urgencia real, urgencia sentida.

✎ Motivo de consulta: es todo aquel padecimiento que motivó al paciente a acudir al servicio de urgencias.
Cualitativa, nominal.
Escala de medición: Disnea, tos, dolor abdominal, dolor torácico, cefalea, alteraciones neurológicas, síndrome febril, síndrome diarreico, hemorragias, traumatismos, heridas, quemaduras, intoxicaciones, otros.

- ✎ Tiempo de evolución al recibir la atención: es el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta su llegada al servicio de urgencias.
 Cuantitativa continua de intervalos.
 Escala de medición: 1-60 minutos, 1-24 horas, 2-5 días, de 6 o más días.
- ✎ Procedencia: lugar del que el paciente es derivado al servicio de urgencias.
 Cualitativa, nominal.
 Escala de medición: domicilio, unidad de medicina familiar, otro.
- ✎ Especialidad del médico que atiende: es el grado de especialidad que tiene el médico encargado de valorar al paciente en el servicio de urgencias adultos del HGZ 1A Venados.
 Cualitativa, nominal.
 Escala de medición: Urgencias médicas, medicina familiar, medicina general, otra especialidad.
- ✎ Tiempo de espera: es el tiempo que el paciente tiene que esperar desde que llega al servicio de urgencias hasta que recibe la atención médica.
 Cuantitativa, continua.
 Escala de medición: minutos
- ✎ Ingreso al área de observación: es el ingreso de los pacientes a la denominada área de observación que se encuentra dentro del servicio de urgencias en donde los pacientes no deben permanecer más de 12 horas mientras se define su egreso o ingreso a determinado servicio de acuerdo a la causa que motivo su ingreso.
 Cualitativa, ordinal, dicotómica.
 Escala de medición: Si / No
- ✎ Destino: es la decisión que se toma en el servicio de urgencias al concluir la valoración, ya sea en consulta o en el área de observación, sobre el egreso del paciente a su domicilio con control en UMF, al área de hospitalización de la unidad o su defunción.
 Cualitativa, nominal.
 Escala de medición: Domicilio, hospitalización, defunción.
- ✎ Padecimiento quirúrgico: enfermedad cuya sospecha implica considerar tratamiento quirúrgico en forma urgente como es el caso de oclusión intestinal, apendicitis, colecistitis crónica litiásica agudizada, hidrocolecisto, piocolecisto, perforación de víscera hueca, insuficiencia arterial aguda, entre otros.
 Cualitativa, ordinal, dicotómica.
 Escala de medición: Si / No

- ✎ Resolución quirúrgica urgente: todo padecimiento que haya recibido tratamiento en el quirófano en forma urgente.
Cualitativa. Ordinal, dicotómica.
Escala de medición: Si / No

- ✎ Edad: lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia.
Cuantitativa, continua
Escala de medición: años

- ✎ Sexo: características físicas que diferencian al hombre de la mujer.
Cualitativa, dicotómica.
Escala de medición: Masculino / Femenino

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se recabó la información a través de la hoja de recolección de datos (Anexo 1), a partir del análisis detallado del expediente clínico, específicamente, de las notas de valoración inicial realizada a la llegada de los pacientes al servicio de urgencias adultos del HGZ 1A Venados en cuanto se les brinda la atención médica, seleccionando como muestra pacientes mayores de 16 años que acudieron a valoración del 1º al 31 de enero del 2010.

Ante la ausencia de criterios en esta unidad que definan la urgencia real se tomaron los criterios comentados y utilizados por Carret y cols. (25) en un estudio previo realizado en Brasil, para considerar a la urgencia real o sentida y se relacionaron con el tiempo de espera reportado. Además, se recolectaron datos demográficos como edad y sexo; procedencia del paciente, los motivos más frecuentes de consulta en el servicio, tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta su llegada al servicio de urgencias; y otras variables relacionadas con la atención en el servicio de urgencias como son la especialidad del médico que atiende, los padecimientos quirúrgicos y la resolución quirúrgica.

PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó estadística descriptiva con media, moda y mediana, desviación estándar para variables cuantitativas y porcentaje y frecuencias para las cualitativas. Además de t de student para las variables cuantitativas, con un valor de $p \leq 0.05$ como significativo y un IC del 95%.

Se empleó paquete estadístico SPSS 10.0 y Excel realizando de forma inicial un análisis descriptivo de cada variable para posteriormente hacerlo entre cada una de las variables con el tiempo de espera y el tipo de urgencia.

Los valores de información quedaron expresados en gráficas, histogramas y tablas.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio se realizó bajo las condiciones éticas de esta unidad, no se dio a conocer el nombre de los pacientes ni del personal involucrado. Este protocolo no implica ningún riesgo por ser observacional, ni requiere autorización por parte del paciente.

RECURSOS PARA EL ESTUDIO

Humanos:

La investigadora, residente de tercer año de la Especialidad de Urgencias Médico Quirúrgicas.

Médicos de base asesores.

Médicos residentes del servicio de urgencias.

Enfermeras del servicio de urgencias.

Asistentes médicas.

Materiales:

Plumas

Lápices

Hojas de papel bond

Hojas de recolección de datos

Reloj

Equipo de cómputo

Financieros:

Por la investigadora y la institución HGZ 1A Venados del IMSS

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

De acuerdo a las edades registradas de los pacientes se obtuvo una media de 52.21 años, con una mediana de 53 años y una distribución bimodal de 22 y 56 años.

En el siguiente histograma podemos observar que los grupos etáreos que solicitaron el servicio de urgencias con mayor frecuencia fueron los comprendidos entre los 34-37 años de edad seguidos del grupo comprendido entre los 68-71 años de edad (figura 2).

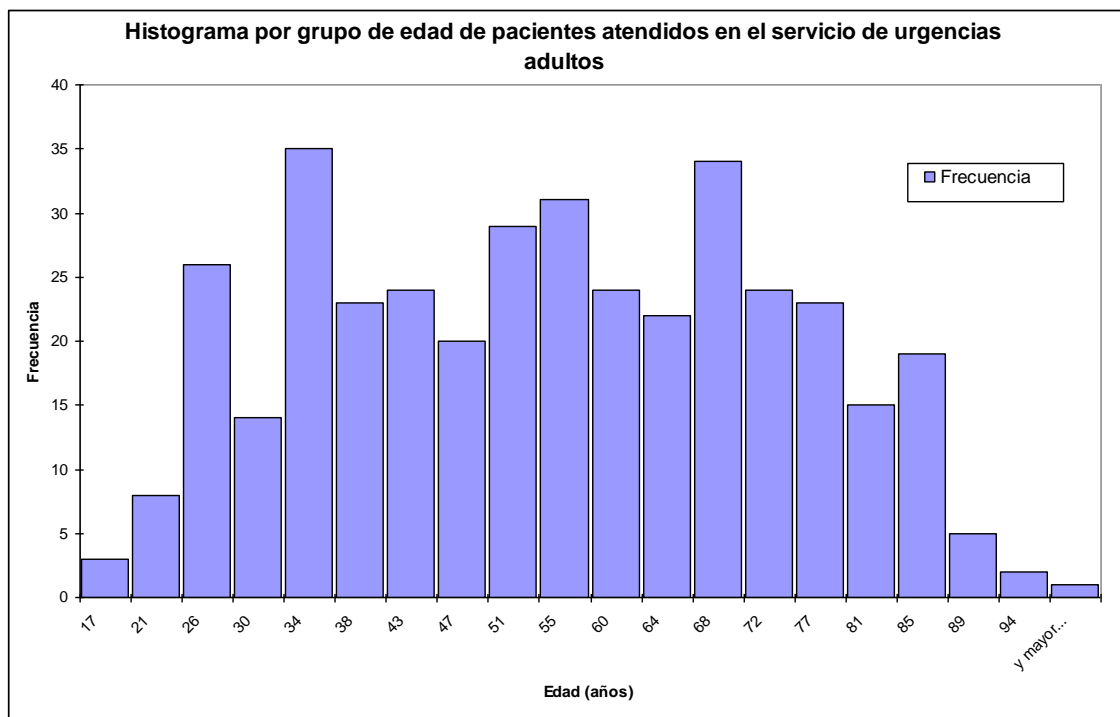


Figura 2. Frecuencias por edad de los pacientes atendidos en el servicio de Urgencias Adultos del HGZ 1A Venados

En cuanto a la distribución por sexo, corresponde más frecuentemente la solicitud de este servicio a las mujeres que a los hombres, representado en la gráfica con el 58.9% para el primero y 41.1% para el segundo (tabla 1 y figura 3).

Tabla 1. Frecuencia y porcentaje por sexo de la atención solicitada en el servicio de urgencias

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	157	41.1
Femenino	225	58.9
Total	382	100.0

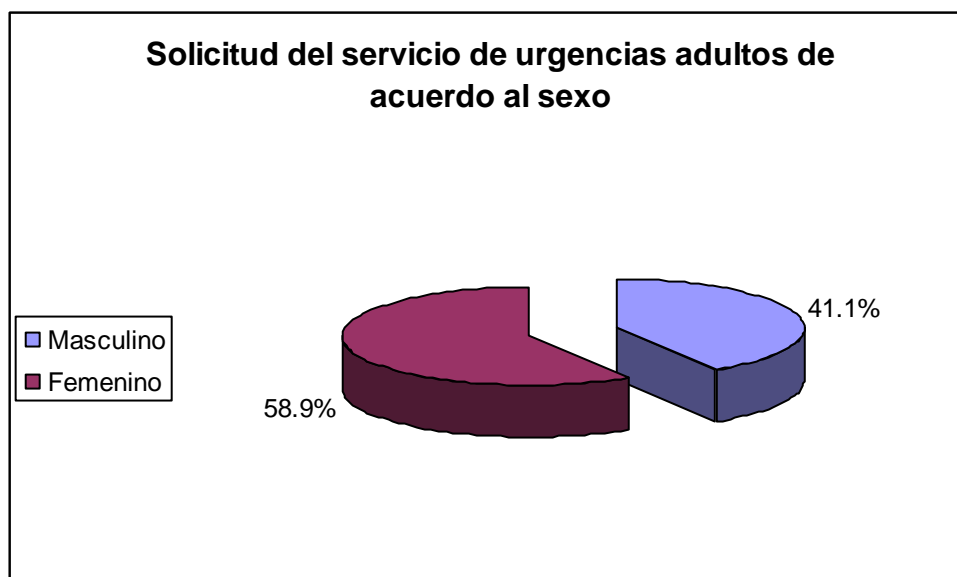


Figura 3. Porcentaje de la atención solicitada en el servicio de Urgencias Adultos del HGZ 1A Venados de acuerdo al sexo

En estos resultados observamos que la mayor solicitud del servicio la realizan las mujeres jóvenes, coincidiendo con lo reportado en la literatura, ya que los pacientes que buscan los servicios de emergencias en forma inadecuada son principalmente jóvenes [3,4,5] y en su mayoría mujeres [4,6] y no son referidas al servicio por un profesional de la salud [4].

Como hacen mención George G y Cols. en su estudio en 2006 en donde reportan que fueron atendidos 3.3 veces más los pacientes jóvenes que los mayores, pero estos últimos ocuparon 9.8 veces más días de estancia en una cama de urgencias [16]; nosotros encontramos que efectivamente se atiende en su mayoría pacientes jóvenes de entre 34-37 años de edad seguidos de los que se encuentran entre los 68-71 años [figura 2].

Dentro de los resultados obtenidos en este trabajo también encontramos que la mayor parte de las urgencias atendidas en el servicio de urgencias adultos del HGZ 1A Venados corresponden en su mayoría a las del tipo sentida en un 82.2%, en base a la definición de urgencia dada por la norma oficial mexicana que rige nuestro sistema de salud y solo el 17.8% de esa consulta vista en el servicio fue considerada como urgencia real (tabla 2 y figura 4).

Tabla 2. Tipo de Urgencia

Tipo de Urgencia	Frecuencia	%
Real	68	17.8
Sentida	314	82.2
Total	382	100.0

Resultado similar al informado por otras instituciones del sistema de salud como lo es el cubano que para finales del siglo XX, reportaron que solo el 25% del total de urgencias del nivel secundario podían calificarse como hospitalarias [1].

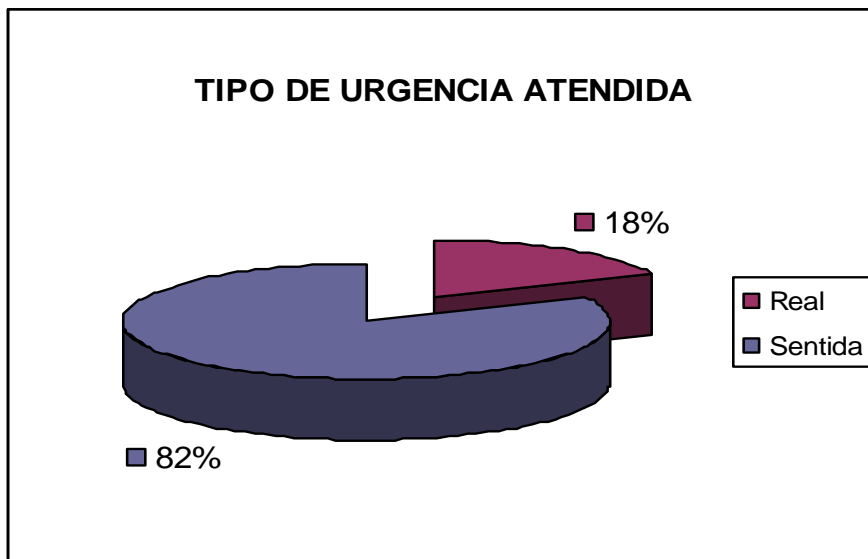


Figura 4. Porcentaje de urgencias atendidas en el servicio de Urgencias Adultos del HGZ 1A Venados

De todas las valoraciones realizadas en urgencias adultos encontramos que tanto en las reales como en las sentidas predominó el sexo femenino con un porcentaje de 10.8 y 48.2% respectivamente, comparado con el sexo

masculino que acudió al servicio en 7.1% con urgencias reales y 34% sentidas.

La causa de los resultados anteriores podría encontrarse dentro de lo revisado en la literatura en donde se menciona que son varios los factores que pueden llevar a los pacientes a elegir el servicio de urgencias en lugar de unidades de atención primaria [7,8] dentro de los que se incluyen: el deseo de recibir atención en el mismo día [7,9], la posibilidad de ser atendidos en un entorno en el que es posible hacer pruebas de laboratorio entre otros [10], y en la creencia de que los servicios de urgencias son capaces de resolver problemas de salud complejos [11,12]. Además de que con frecuencia los pacientes tienden a subestimar los servicios de atención primaria, apoyando su decisión, tal vez en forma errónea, al creer en el uso excesivo de medicinas y pruebas diagnósticas en el servicio de urgencias [13,14]. Sin embargo, esto solo nos permite suponer, el tratar de buscar las causas de los resultados anteriores , lo cual sería motivo de otro estudio aplicado a nuestra población para afirmar con certeza las mismas.

Se obtuvo un tiempo de espera en este servicio de urgencias en promedio es de 26.23 minutos, con un máximo de 150 minutos y un mínimo de 0 minutos, con una moda de la distribución y una mediana de 20 minutos, y una desviación estándar de 22.48 minutos.

En el siguiente histograma (figura 5) se observa que la frecuencia más alta de tiempo de espera se encuentra comprendida entre los 15.8 y 23.7 minutos coincidiendo con la distribución de la moda.

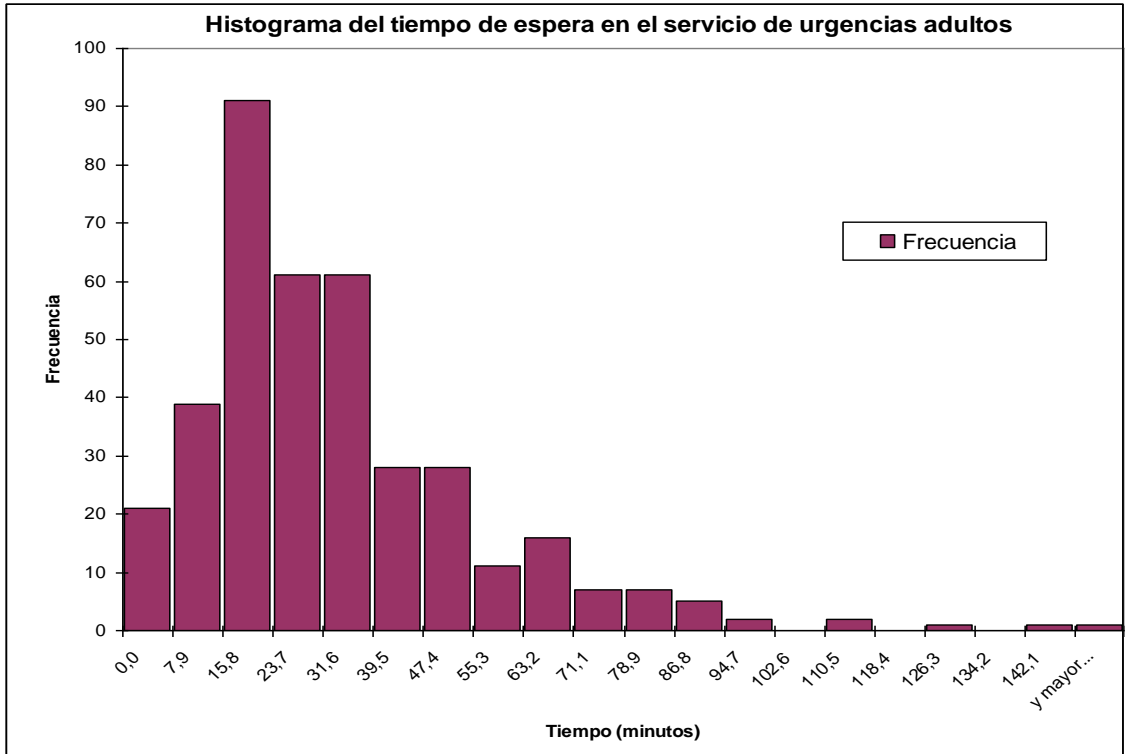


Figura 5. Frecuencias de tiempos de espera en el servicio de Urgencias Adultos del HGZ 1A Venados

En los siguientes histogramas se separaron los tiempos de espera en el servicio de urgencias de acuerdo al tipo de urgencia atendida resultando las siguientes distribuciones por frecuencia (figura 6 y 7).

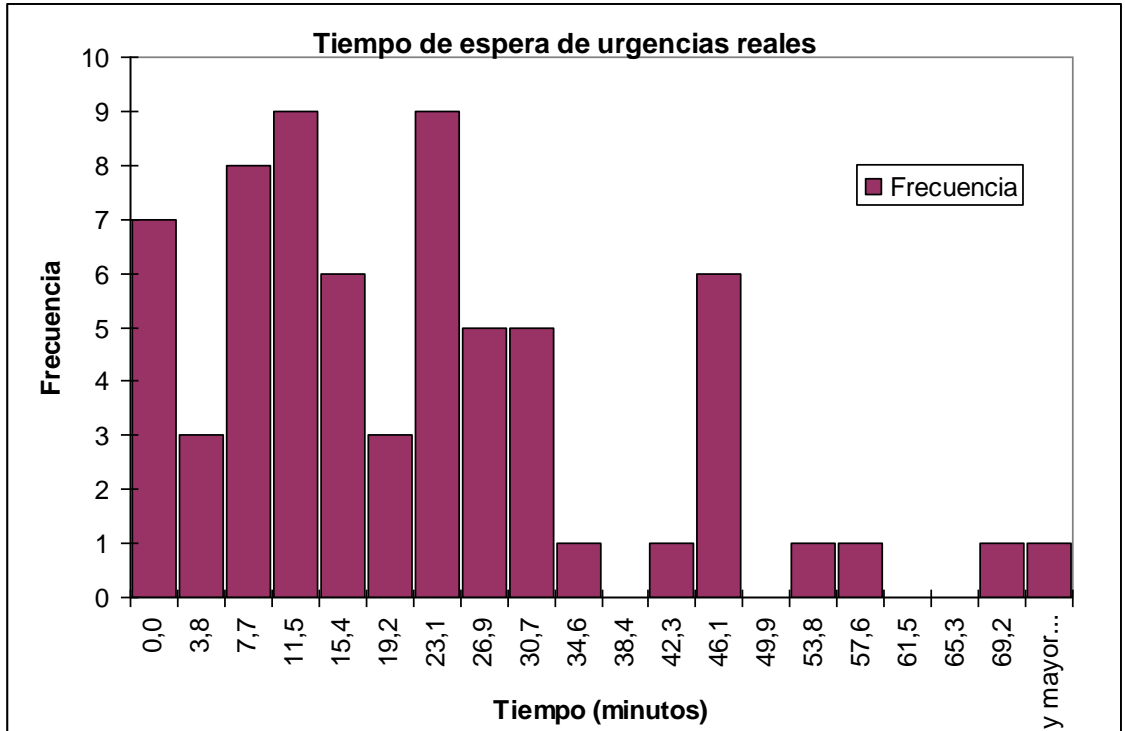


Fig. 6 Frecuencias de tiempos de espera de urgencias reales en el servicio de Urgencias Adultos del HGZ 1A Venados

Podemos observar que los tiempos de espera más frecuentes para las urgencias reales son de 11.5 y 23.1 minutos, seguido de 7.7 minutos y posteriormente 0 minutos, sin embargo, este ultimo se ve seguido por un tiempo de 46.1 minuto y finalmente hay que resaltar que se presentaron urgencias reales con tiempo de espera hasta de 69.2 minutos (figura 6).

En el caso de las urgencias sentidas podemos observar que el tiempo de espera más frecuente es de 15.8 minutos, seguido de 31.6 minutos, resaltando que algunas de esta urgencias se atendieron dentro de un tiempo de 0 minutos, es decir, inmediatamente, con un tiempo de espera máximo de 142.1 minutos (figura 7).

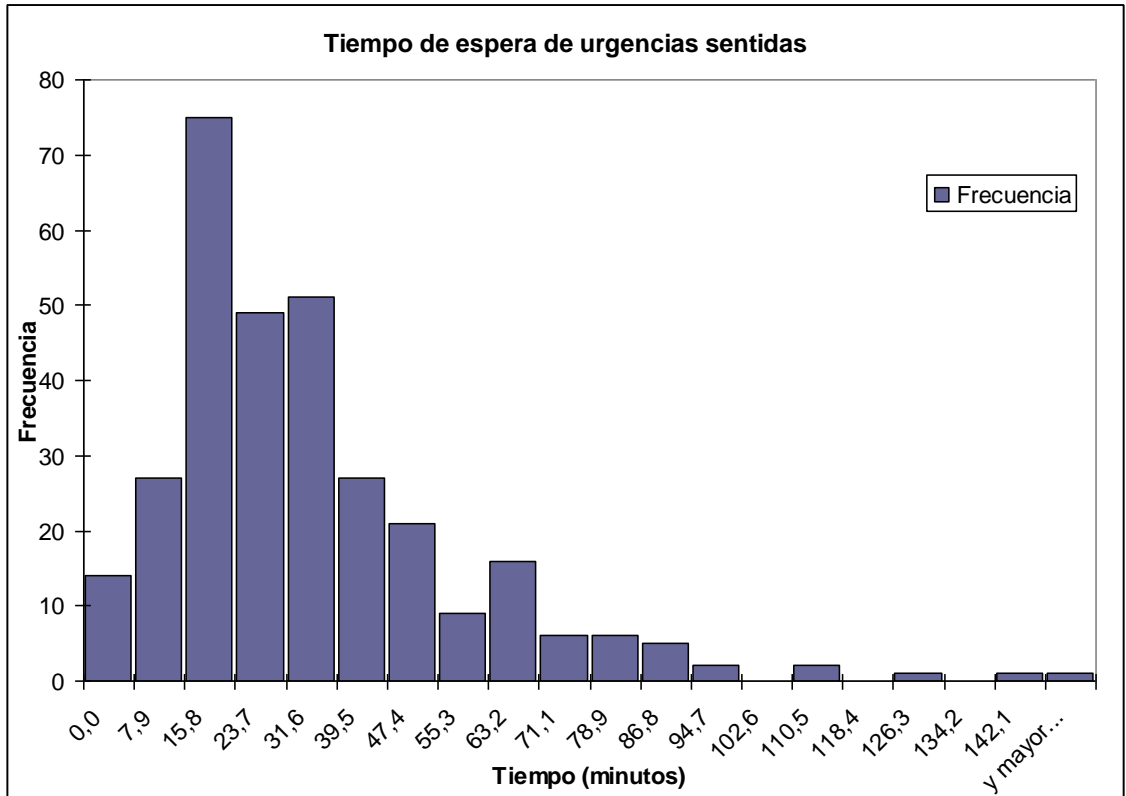


Figura 7. Frecuencias de tiempos de espera de urgencias sentidas en el servicio de Urgencias Adultos del HGZ 1A Venados

Al comparar el tiempo de espera de las urgencias reales frente a las sentidas encontramos una media de tiempo de espera mayor para las urgencias sentidas de 27.7 minutos, con una mediana de 20 minutos y una moda de 15 minutos, así como una DE 23.31, y al realizar prueba T de student se obtuvo una $p = 0.0059$ significativa (figura 8 y tabla 3).

Tabla 3. Tiempo de espera y tipo de urgencia

Tiempo de espera (minutos)	Tipo de Urgencia	
	Real	Sentida
Media	19.41	27.70
Mediana	16.00	20.00
Moda	20.00	15.00
Desviación estándar	16.73	23.31
Mínimo	0.00	0.00
Máximo	73.00	150.00
Nivel de confianza (95.0%)	4.05	2.58
P(T<=t) dos colas	0.0059	

Al ser el valor de $p \leq 0.05$ consideramos que existe categóricamente diferencia entre las medias de los tiempos de espera de las urgencias reales y sentidas, es decir, las urgencias sentidas tiene un mayor tiempo de espera ante las reales, sin embargo, es de hacer notar que en el servicio de urgencias de este hospital se atendieron más del tipo sentido que reales, por lo tanto podemos considerar que las urgencias sentidas esperan más tiempo por que son más y por lo tanto una urgencia real puede pasar desapercibida ante el mayor número de las sentidas.

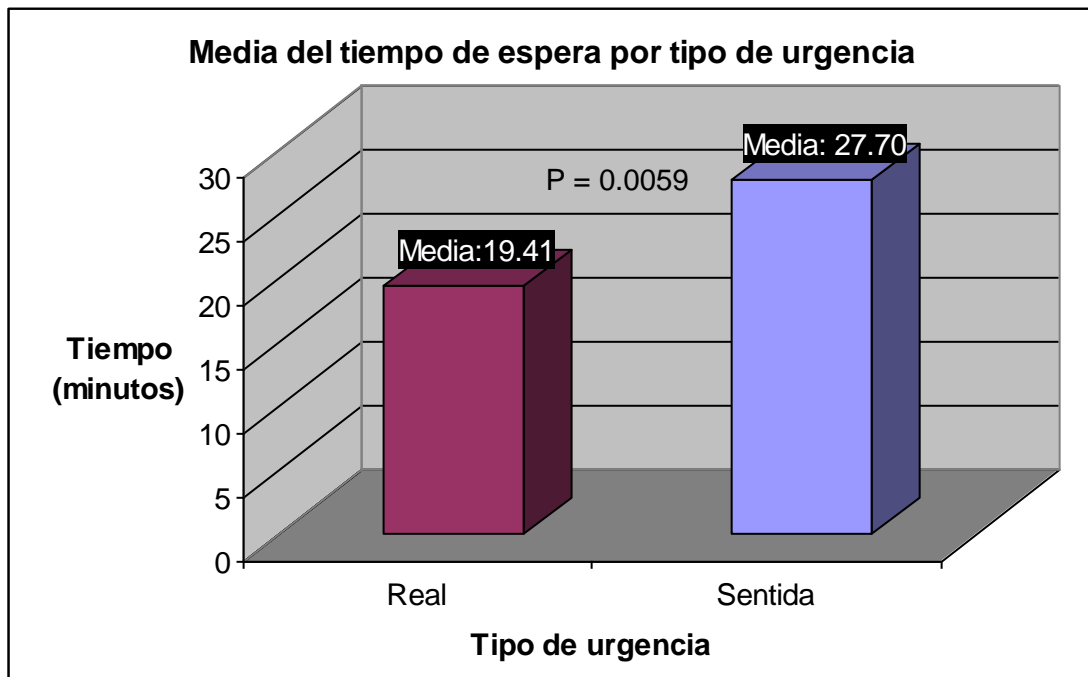


Figura 8. Medias del tiempo de espera por tipo de urgencia y T de student con un valor de $p = 0.0059$

El tiempo de espera en nuestros servicios de urgencias en el Distrito Federal como ya se mencionó previamente en los antecedentes no ha sido medido ni reportado en forma oficial ya que esta entidad federativa no participó en la medición de los indicadores de La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud [17], por lo que únicamente podemos tomar como referencia el tiempo de espera del estado de Colima de aproximadamente 28 minutos (figura 1) como el máximo tiempo en nuestro país, sin considerar el respectivo para una urgencia real y una sentida.

Otros de los resultados que arrojó el presente estudio fueron las primeras causas que motivan a un paciente a solicitar la atención del servicio de urgencias en el hospital. Así, el dolor abdominal ocupa el primer lugar con un

23.3 %, encontrando dentro de esta categoría trastornos de la motilidad de colon, enfermedad acido-péptica agudizada y padecimientos potencialmente quirúrgicos. (tabla 4, figura 9).

Tabla 4. Motivo de consulta en el servicio de urgencias adultos

Motivo de consulta	Frecuencia	%
Dolor abdominal	89	23.3
Disnea	25	6.5
Dolor torácico	33	8.6
Disuria y hematuria	25	6.5
Cefalea	29	7.6
Tos	20	5.2
Alteraciones neurológicas	31	8.1
Síndrome febril	15	3.9
Síndrome diarreico	8	2.1
Hemorragia	14	3.7
Traumatismo	11	2.9
Heridas	4	1.0
Quemaduras	1	0.3
Intoxicaciones	3	0.8
Mareo y vértigo	14	3.7
Otros	60	15.7
Total	382	100.0

Como segunda causa se encuentra la denominación de otros con un 15.7%, en la cual se incluyeron todos aquellos motivos los cuales no pudieron ser clasificados en otras categorías como lo son la solicitud de una receta médica, medición de tensión arterial y glucemia, aplicación de medicamentos, así como, diversos tipos de dolor.

En tercer lugar se encuentra el dolor torácico con 8.6%, seguido de las alteraciones neurológicas en 8.1%, cefalea en 7.6%, siendo las menos frecuentes intoxicaciones con 0.8% y quemaduras con 0.3% (tabla 4 y figura 9).

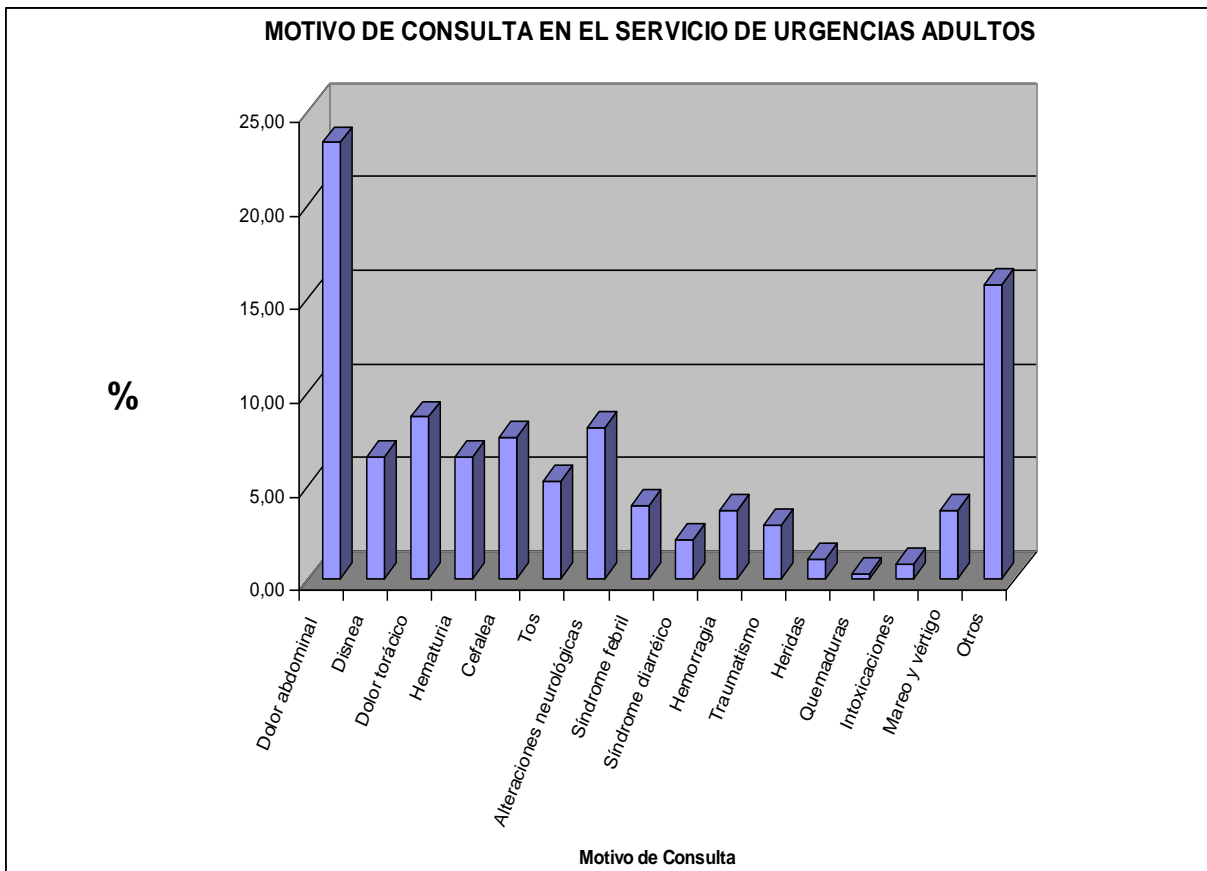


Figura 9. Porcentaje del motivo de consulta en el servicio de Urgencias Adultos del HGZ 1A Venados

Se obtuvo el porcentaje del tipo de urgencia de acuerdo al motivo de consulta encontrando que las alteraciones neurológicas ocupan el primer lugar en urgencias reales con un 5.7%, seguidas de disnea 3.9%, dolor torácico 2.8% y dolor abdominal 2.3%. En cuanto a las urgencias sentidas el primer motivo de consulta fue dolor abdominal 20.9%, seguida de otros padecimientos 14.9% y dolor torácico 5.8% (figura 10 y tabla 5).

Tabla 5. Tipo de urgencias de acuerdo a motivo de consulta

Motivo de consulta	Urgencia Real (%)	Urgencia Sentida (%)
Dolor abdominal	2.3	20.9
Otros	0.8	14.9
Dolor torácico	2.8	5.8
Alteraciones neurológicas	5.7	2.4
Cefalea	0	7.6
Disnea	3.9	2.6
Disuria y hematuria	0	6.5
Tos	0	5.2
Síndrome febril	0	3.9
Hemorragia	0.8	2.9
Mareo y vértigo	0	3.7
Traumatismo	0.5	2.4
Síndrome diarreico	0	2.1
Heridas	0	1.1
Intoxicaciones	0.5	0.3
Quemaduras	0.3	0
Total	17.6	82.1

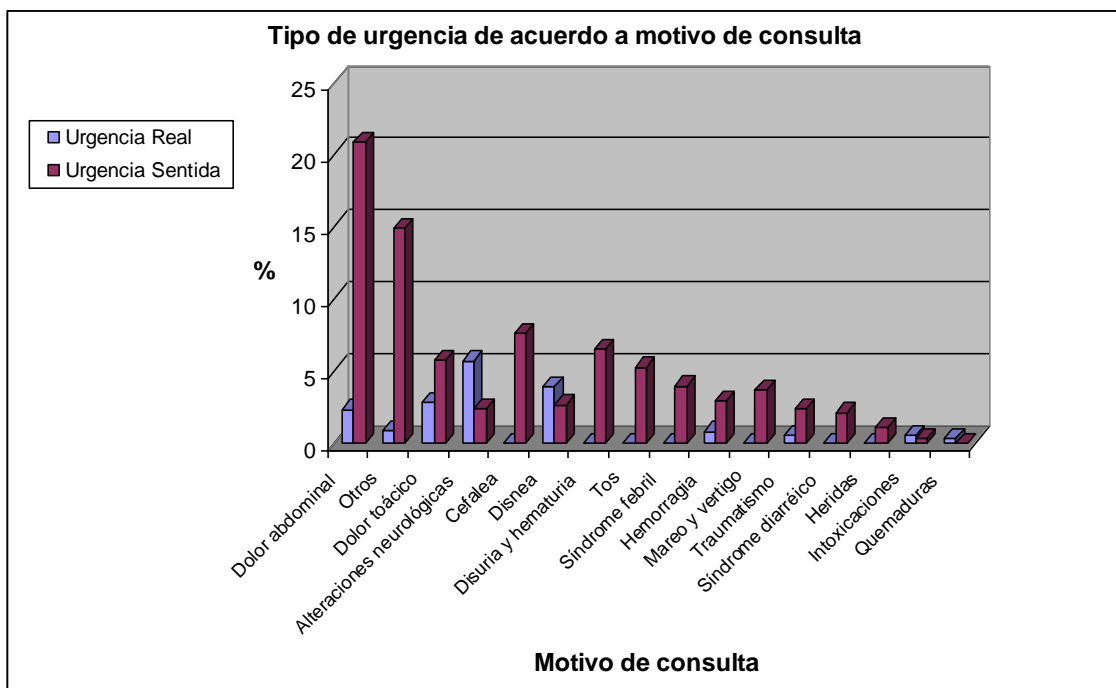


Figura 10. Porcentaje del tipo de urgencia de acuerdo al motivo de consulta

En cuanto al tiempo que los pacientes dejan evolucionar un padecimiento para considerar solicitar la atención médica en el servicio de urgencias, encontramos que el 53.4% espera de 1-24hrs, seguido del 25.1% que espera de 2-5 días y 17.8% 6 o más días. Solo el 3.7% consideran solicitar la atención dentro de la primera hora de iniciado el padecimiento (tabla 6 y figura 11).

Tabla 6. Tiempo de evolución al solicitar la atención médica

Tiempo de evolución	Frecuencia	(%)
1-60 minutos	14	3.7
1-24 horas	204	53.4
2-5 días	96	25.1
6 o más días	68	17.8
Total	382	100.0

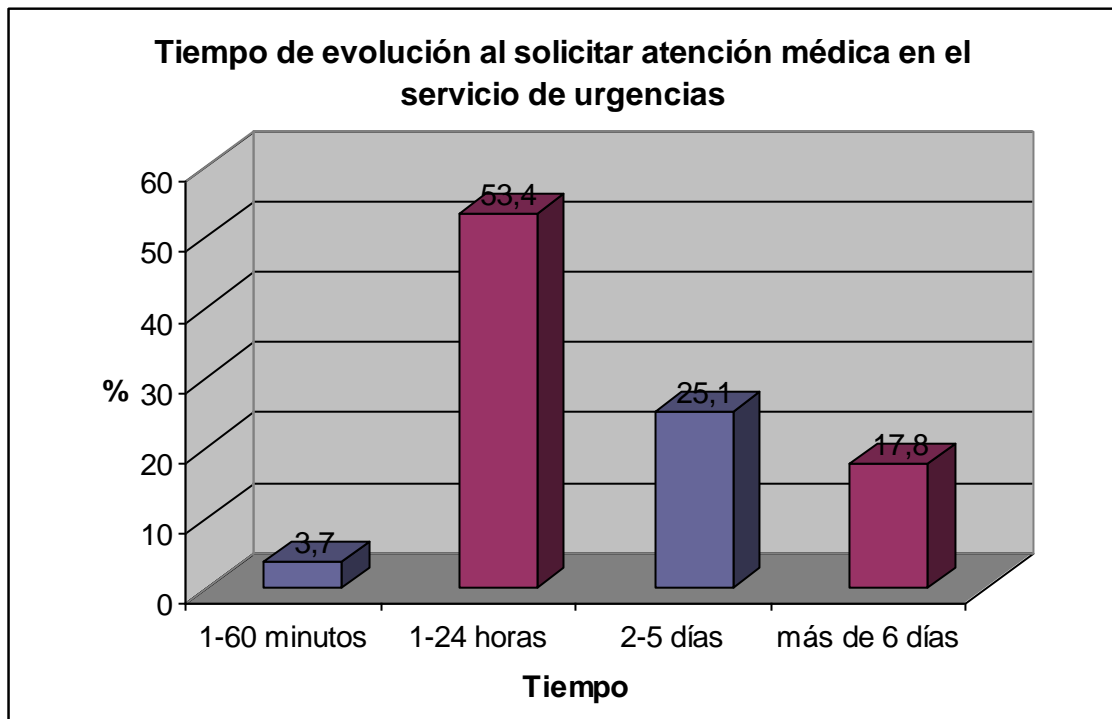


Figura 11. Porcentaje del tiempo de evolución de los padecimientos al solicitar el servicio en Urgencias Adultos del HGZ 1A Venados

Tabla 7. Tiempo de evolución al solicitar la atención médica de acuerdo al tipo de urgencia

Tiempo de evolución	Tipo de urgencia			
	Real		Sentida	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
0-60 minutos	6	1.57	8	2.09
1-24horas	41	10.73	163	42.67
2-5 días	11	2.88	85	22.25
6 o más días	10	2.62	58	15.18
Total	68	17.8	314	82.19

Como se observa en el figura 12 y tabla 7, la mayor parte de los pacientes buscan ayuda o son traídos al servicio de urgencias por sus familiares dentro de las primeras 24 horas de inicio del padecimiento tanto para las urgencias reales 10.73% como para las sentidas 42.67%, seguidas de 2-5 días con el 2.88% para las reales y 22.25% para las sentidas.

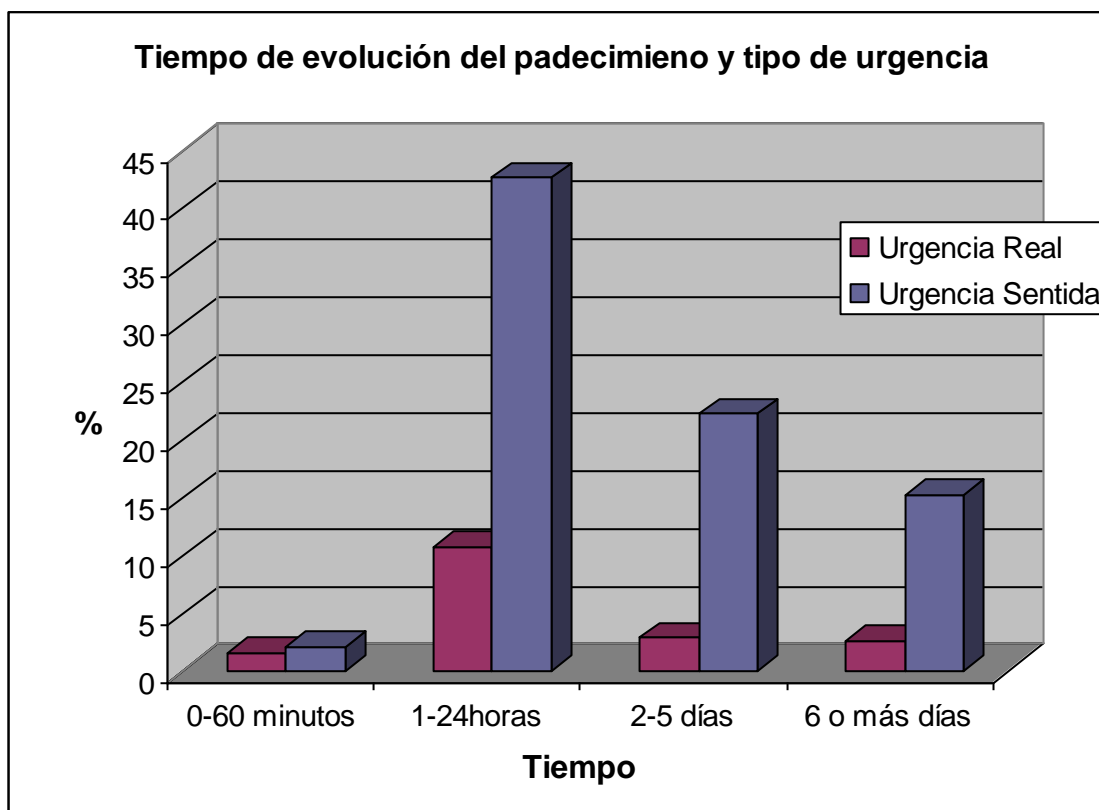


Figura 12. Porcentaje de los paciente que acuden al servicio de Urgencias Adultos del HGZ 1A Venados de acuerdo al tipo de urgencia y tiempo de evolución del padecimiento al solicitar la atención médica

Tabla 8. Procedencia del paciente

Procedencia del paciente	Frecuencia	%
Domicilio	294	77.0
UMF	67	17.5
Otro	21	5.5
Total	382	100.0

El 77% de los pacientes valorados en el servicio de urgencias adultos acuden procedentes de su domicilio sin antes hacer uso del sistema de primer nivel con el que se cuenta en el instituto. Solo el 17.5% acude inicialmente a su Unidad de Medicina Familiar de donde posterior a ser valorado es referido al servicio de urgencias del hospital, sin embargo, esto no implica que la referencia por parte del mismo sea correcta. Y solo un 5.5% es referido por otra instancia como es un tercer nivel (Centro Médico Nacional SXXI), zonificación de otro hospital general, medico particular u otra institución (tabla 8 y figura 13).

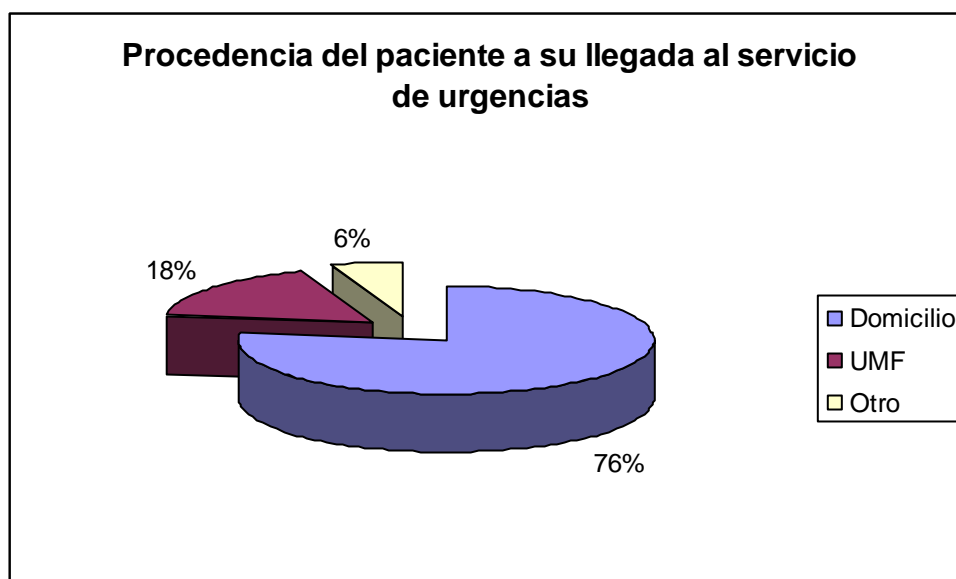


Figura 13. Porcentaje de acuerdo a procedencia del paciente al llegar al servicio de Urgencias Adultos del HGZ 1A Venados

Tabla 9. Procedencia del paciente por tipo de urgencia

Procedencia del paciente	Tipo de urgencia			
	Real		Sentida	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Domicilio	50	13.09	244	63.87
UMF	10	2.62	57	14.92
Otro	8	2.09	13	3.40
Total	68	17.80	314	82.19

Al analizar la referencia de los pacientes al servicio de urgencias encontramos que la mayor parte de las urgencias sentidas acude en forma espontánea desde su domicilio en un 63.86% y solo el 13.09% corresponde a las urgencias reales, seguidas por las referidas de su Unidad de Medicina Familiar, reales 2.62% y sentidas 14.92%, es decir, la mayor parte de eso pacientes no hacen uso de la atención de primer nivel, y de los que acuden a su UMF solo el 2.62% es referido con una urgencia real, el resto solo presentaron urgencias sentidas (tabla 9 y figura 14).

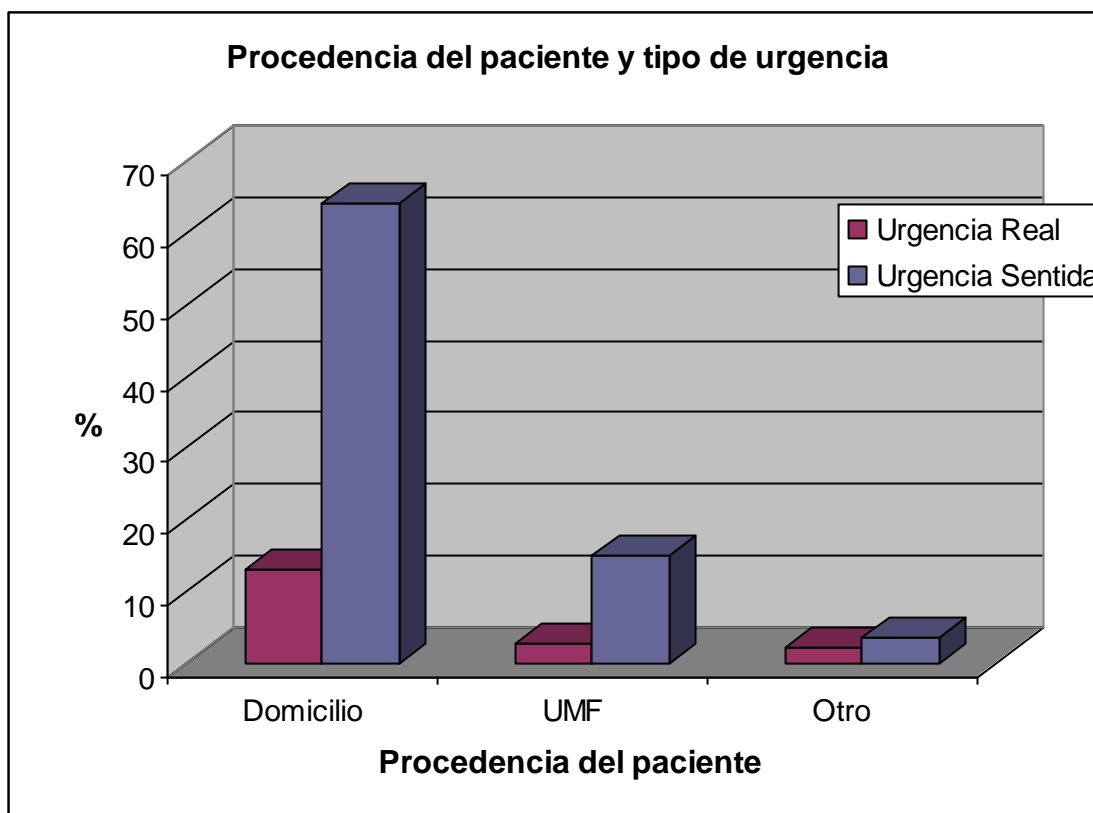


Figura 14. Porcentaje de urgencias reales y sentidas de acuerdo a procedencia del paciente al llegar al servicio de Urgencias Adultos del HGZ 1A Venados

Este resultado coincide y confirma lo que sucede en muchos países, repitiendo uno de los fenómenos que en los últimos años ha caracterizado la evolución de la atención de urgencia a escala mundial, el agobiante incremento de las urgencias atendidas a nivel hospitalario que podían ser valoradas y tratadas en primer nivel de salud, de haber acudido a ella (tabla 8,9 y figura 13,14).

Dentro del servicio de urgencias de este hospital se cuenta con médicos generales y especialista en medicina familiar, medicina de urgencias, medicina interna, cardiología, neumología y cirugía general, estas últimas cuatro especialidades en menor número, por lo que en el presente estudio fueron consideradas dentro de la categoría de otra especialidad.

Tabla 10. Especialidad del médico que atendió la urgencia

Especialidad del médico	Frecuencia	%
Urgencias médicas	107	28.0
Medicina familiar	134	35.1
Medico general	105	27.5
Otra especialidad	36	9.4
Total	382	100.0

Como podemos apreciar en la tabla 10 y figura 15, los médicos familiares valoraron el 35.1% de la consulta recibida en urgencias, seguida de los especialistas en medicina de urgencias con el 28% y médicos generales con el 27.5%, y finalmente los médicos correspondientes a otras especialidades con el 9.4%, esto ultimo se explica como se mencionó en el párrafo previo, por que la mayoría de los médicos que se encuentra valorando pacientes en el servicio de urgencias son médicos familiares, generales y con especialidad en urgencias.

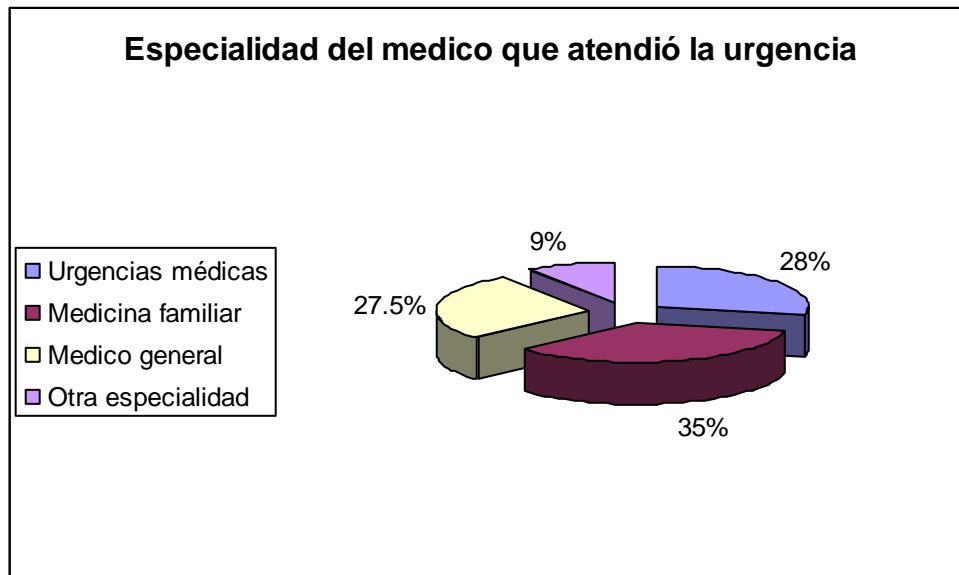


Figura 15. Porcentaje por especialidad del médico que valoró la urgencia en el servicio de Urgencias Adultos del HGZ 1A Venados

De todos los pacientes valorados en el servicio como urgencias, solo el 34.6% fueron ingresados al área de observación (en donde no deben permanecer más de 12 horas sin haberse definido su situación, es decir, si el paciente amerita ser hospitalizado o egresado a su domicilio). El resto de las valoraciones realizadas, es decir, el 65.4% fueron referidos a sus domicilios con seguimiento en sus Unidades de Medicina Familiar correspondientes (tabla 11, figura 16).

Tabla 11. Ingreso al área de observación

Ingreso	Frecuencia	%
Si	132	34.6
No	250	65.4
Total	382	100.0

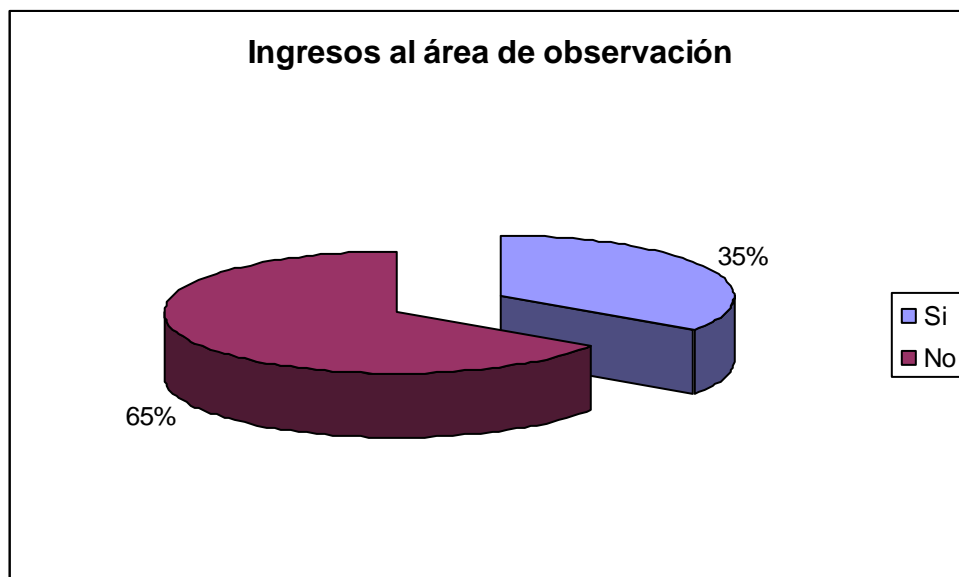


Figura 16. Porcentaje de los pacientes ingresados al área de observación del servicio de Urgencias Adultos del HGZ 1A Venados

Del total de ingresos al área de observación (132 pacientes), 43.18% correspondieron a urgencias reales y 56.82% a urgencias sentidas, es decir, que de los pacientes que se ingresan más de la mitad corresponde a urgencias sentidas, lo cual deberá ser motivo de estudio posteriormente para determinar las causas de esta situación, ya que esto implica no solo pérdida de recursos humanos sino económicos en la unidad.

De los 382 pacientes valorados en el servicio de urgencias adultos que se incluyeron en la muestra, 320, correspondientes al 83.8% fueron enviados a su domicilio, el 14.9% fueron hospitalizados en alguno de los servicios del hospital, y solo el 1.3% fallecieron mientras se encontraban en el servicio de urgencias (tabla 12 y figura 17).

Tabla 12. Destino del paciente

Destino	Frecuencia	%
Domicilio	320	83.8
Hospitalización	57	14.9
Defunción	5	1.3
Total	382	100.0

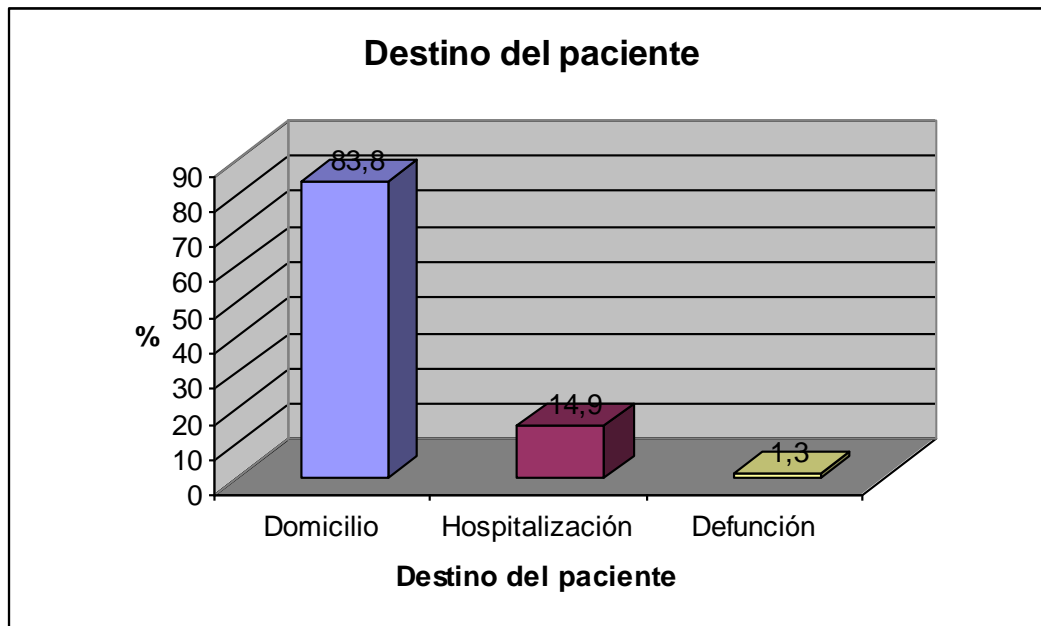


Figura 17. Porcentaje de acuerdo al destino del paciente en el servicio de Urgencias Adultos del HGZ 1A Venados

De todas la valoraciones realizada en el servicio de urgencias en el periodo comprendido de la muestra, solo el 8.4% corresponden a patologías relacionadas con tratamiento quirúrgico, sin embargo, es importante señalar que no todas estas ameritarán un tratamiento quirúrgico urgente y pueden ser derivadas a la consulta externa de cirugía general a través de su medico familiar en su UMF correspondiente (tabla 13, figura 18).

Tabla 13. Padecimiento quirúrgico

Padecimiento quirúrgico	Frecuencia	%
Si	32	8.4
No	350	91.6
Total	382	100.0

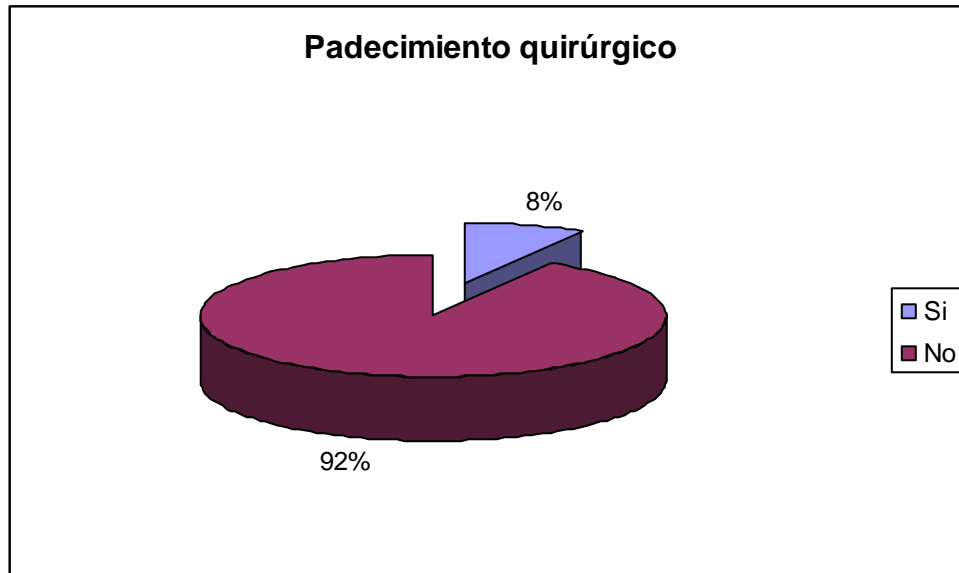


Figura 18. Porcentaje en relación a padecimiento totales y quirúrgicos valorados en el servicio de Urgencias Adultos del HGZ 1A Venados

Tabla 14. Resolución quirúrgica urgente

Resolución quirúrgica	Frecuencia	%
Si	10	2.6
No	372	97.4
Total	382	100.0

Como se observa en la figura 19 y la tabla 14, de todas las valoraciones realizadas en urgencias, solo el 2.6% amerito ingreso a quirófano desde el servicio de urgencias, esto en relación al total de pacientes incluidos en la muestra.



Figura 19. Porcentaje de resolución quirúrgica urgente en el servicio de Urgencias Adultos del HGZ 1A Venados

Respecto a las patologías quirúrgicas valoradas que corresponden al 8.4% (32 pacientes) del total de la consulta, los pacientes que ameritaron resolución quirúrgica en forma urgente corresponden al 31.2% (10 pacientes). Figura 20 y tabla 15.

Tabla 15. Resolución quirúrgica respecto a patologías quirúrgicas valoradas

Resolución quirúrgica urgente respecto a patologías quirúrgicas	Frecuencia	%
Si	10	31.2
No	22	68.8
Total	32	100.0

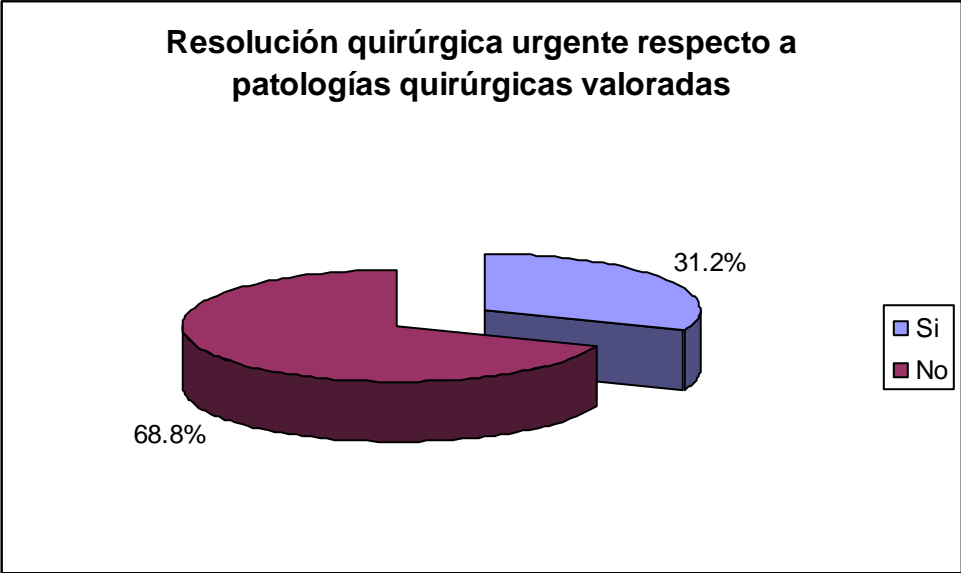


Figura 20. Porcentaje de patologías quirúrgicas que ameritaron resolución quirúrgica urgente en el servicio de Urgencias Adultos del HGZ 1A Venados

CONCLUSIONES

Las urgencias que se atienden en el servicio de urgencias adultos del HGZ 1A Venados son en su mayoría del tipo sentidas en comparación con las reales.

Las urgencias sentidas deben esperar un mayor tiempo para ser atendidas ya que son en mayor número las que se valoran en el servicio de urgencias adultos del HGZ 1A Venados.

Por lo tanto una urgencia real puede pasar desapercibida ante el mayor número de urgencias sentidas atendidas.

Si bien no es posible afirmar que los tiempos de espera para las urgencias reales son elevados, si podemos inferir que al saturar el servicio con urgencias sentidas, que fueron en su mayoría, teniendo estas tiempos de espera hasta de menos de 5 minutos cuando se presentaron urgencias reales con tiempos de espera hasta de 73 minutos, estas últimas se ven afectadas en cuanto al momento en el que se les atiende repercutiendo esto en la calidad del servicio de urgencias adultos de este hospital.

Al saturar el servicio de urgencias con las de tipo sentido se ve afectado el tiempo de espera y por lo tanto la calidad de la atención sobre todo en las urgencias reales del servicio de Urgencias Adultos.

Por lo tanto, podemos decir que no existe un uso racional del servicio de Urgencia Adultos en el hospital general de segundo nivel 1A Venados del IMSS.

En este estudio no es posible afirmar la relación de la edad, el sexo y el tipo de especialidad del médico que realiza la valoración en el servicio de urgencias, como factores relacionados a la falta de uso racional del servicio de urgencias, por lo que se sugiere planificar y realizar un nuevo estudio para establecer la posible relación entre las mismas en nuestra población, incluyendo otros factores como escolaridad y nivel sociocultural.

PERSPECTIVAS A FUTURO

Podría ser objeto de estudio y evaluación la elaboración del expediente clínico, específicamente la nota de valoración inicial en la que encontramos carencia de varios datos, al recolectar pacientes en la muestra, como lo son la edad, hora en la que se otorga la atención, motivo de consulta, e incluso nombre del paciente o en su defecto ausencia de la nota.

Se sugiere considerar realizar estudios a futuro donde se pueda valorar la aplicación de un triage o un protocolo de criterios de gravedad para considerar una urgencia real y sentida, con respecto al tipo de valoración que se efectúa hasta este momento.

Así como las causas en nuestra población que nos lleven a explicar el mal uso del servicio de urgencia adultos en nuestro país.

ANEXO 1

FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

URGENCIAS REALES Y SENTIDAS. USO RACIONAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL GENERAL DE SEGUNDO NIVEL

Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Sexo: _____ No. Filiación: _____

UMF: _____

TIEMPO DE ESPERA DE CONSULTA (en minutos): _____

PROCEDENCIA: Domicilio UMF Otro: (especifique) _____

MOTIVO DE CONSULTA: _____

TIEMPO DE EVOLUCIÓN AL SOLICITAR LA ATENCIÓN MÉDICA:

1-60 minutos

1-24 horas

2-5 días

más de 6 días

DIAGNÓSTICO: _____

URGENCIA: REAL SENTIDA

INGRESA AL AREA DE OBSERVACIÓN: SI NO

DIAGNOSTICO DE INGRESO: _____

PADECIMIENTO QUIRÚRGICO: SI NO

AMERITÓ RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA URGENTE: SI NO

DIAGNOSTICO DE EGRESO DEL SERVICIO: _____

DESTINO: _____

DEFUNCIÓN: SI NO

ESPECIALIDAD DEL MEDICO QUE ATENDIO: _____

ANEXO 2

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	2009					2010	
	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero
Búsqueda de Información	01/08/09	30/09/2009					
Elaboración de Protocolo			01/10/2009	30/11/2009			
Recolección de datos					15/12/2009	30/01/2010	
Elaboración de base de datos						25 al 30/01/2010	
Análisis Estadístico							01 al 15/02/2010
Reporte de Resultados							16 al 28/02/2010

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Grondona F. Proyecto de atención integral a la urgencia y la emergencia médica para un hospital de excelencia. Facultad de Ciencias Medicas "Manuel Fajardo". Cuba 2007.
- 2) Reyes E, Guerra B. Estudio piloto sobre la frecuencia, determinantes y resultados de la continuidad en la atención médica. *An Esp Pediatr* 2004; 24-28.
- 3) Shah M, Shah A, Behbehani J. Predictors of non-urgent utilization of hospital emergency services in Kuwait. *Soc Sci Med* 1996; 42(9): 1313-1323.
- 4) Bianco A, Pileggi C, Angelillo F. Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. *Public Health* 2003; 117(4): 250-255.
- 5) Lang T, Davido A, Diakite B, Agay E, Viel F, Flicoteaux B. Using the hospital emergency department as a regular source of care. *Eur J Epidemiol* 1997; 13(2): 223-228.
- 6) Petersen A, Burstin R, O'Neil C, Orav J, Brennan A. Nonurgent emergency department visits: the effect of having a regular doctor. *Med Care* 1998; 36(8): 1249-1255.
- 7) Fajardo-Ortiz G, Ramirez-Fernandez A. Review of admissions to the emergency unit of the specialist hospital of the Institute of Social Security responsible for the treatment of civil servants in the Puebla State, 1996 (Mexico). *World Hosp Health Serv* 2000; 36(1): 14-7, 37.
- 8) Mendoza-Sassi R, Beria U. Health services utilization: a systematic review of related factors. *Cad Saude Publica* 2001; 17(4): 819-832.
- 9) Oktay C, Cete Y, Eray O, Pekdemir M, Gunerli A. Appropriateness of emergency department visits in a Turkish university hospital. *Croat Med J* 2003; 44(5): 585-591.
- 10) Coleman P, Irons R, Nicholl J. Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? *Emerg Med J* 2001; 18(6): 482-487.
- 11) Pereira S, Oliveira e Silva A, Quintas M, et al. Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese university hospital. *Ann Emerg Med* 2001; 37(6): 580-586.
- 12) Razzak A, Kellermann L. Emergency medical care in developing countries: is it worthwhile? *Bull World Health Organ* 2002; 80(11): 900-905.
- 13) Stein T, Harzheim E, Costa M, Busnello E, Rodríguez C. The relevance of continuity of care: a solution for the chaos in the emergency services. *Fam Pract* 2002; 19(2): 207-210.
- 14) Gill M, Mainous G, Nsereko M. The effect of continuity of care on emergency department use. *Arch Fam Med* 2000; 9(4): 333-338.
- 15) Bair M, Megan M, Fein A. Health care providers' opinions on intimate partner violence resources and screening in a pediatric emergency department. *Pediatric Emergency Care* 2006; 22(3): 150-153.

- 16) George G, Jell C, Todd B. Effect of population ageing on emergency department speed and efficiency: a historical perspective from a district general hospital in the UK. *Emerg Med J* 2006; 23: 379–383.
- 17) Dirección General de Evaluación del Desempeño, Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud. Indicadores de resultados, 2002. Información para la evaluación de los sistemas de salud. *Salud Publica de México* 2004; 46 (4): 351-362.
- 18) Quizamán R, Neri M. Padecimientos más frecuentemente atendidos en el servicio de urgencias pediátricas en un hospital de tercer nivel. *Rev Fac Med UNAM* 2008; 51 (1): 5-10.
- 19) Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (SNIEG) <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/conteo2005/default.asp?s=est&c=10398>
- 20) Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) <http://www.imss.gob.mx/PrestacionesIMSS/MapaUnidades.aspx?a>
- 21) 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.
- 22) Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico.
- 23) Villatoro A. Definiciones básicas en medicina de urgencias. México 2005. http://www.medinet.net.mx/ammu/materiales/definiciones_utiles.htm.
- 24) Cheung WI. The reason and possible solution for inappropriate emergency departments utilization in Hong Kong (8th International Conference on Emergency Medicine. *Ann Emerg Med* 2000; 35(5): 55-56.
- 25) Carret M, Fassa A, Kawachi I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Service Research* 2007; 7 (131): 1-9.
- 26) Rodríguez R, Valencia P. Urgencias en pediatría. Hospital Infantil de México Federico Gómez. México 2003: 3.
- 27) Menéndez M, Hernández A, Ferrer I. La disfunción orgánica múltiple. Un síndrome de relevancia en nuestra práctica. Aspectos clínicos y epidemiológicos. *Rev Cub Med Int Emerg* 2005;4(4):184-216.