

11237



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO *2ej*

HOSPITAL DEL NIÑO "DR. RODOLFO NIETO PADRON" *197*  
INSTITUCION DE SERVICIO MEDICO, ENSEÑANZA E INVESTIGACION

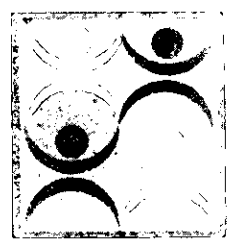
INCIDENCIA DE URGENCIA REAL Y/O SENTIDA EN EL  
SERVICIO DE URGENCIAS DEL HNRNP DURANTE EL  
MES DE OCTUBRE DE 1998

TESIS DE POSGRADO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
MEDICO ESPECIALISTA EN:

PEDIATRIA MEDICA

PRESENTA:

DRA ANA GUADALUPE PÉREZ CASTRO



VILLAHERMOSA, TABASCO

DICIEMBRE DE 1998

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

269132



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**HOSPITAL DEL NIÑO  
" DR. RODOLFO NIETO PADRON"**

**INCIDENCIA DE URGENCIA REAL Y/O SENTIDA EN EL  
SERVICIO DE URGENCIAS DEL HNRNP DURANTE EL MES  
DE OCTUBRE DE 1998.**

**TESIS DE POSTGRADO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA MEDICA  
PRESENTA:**

**DRA. ANA GUADALUPE PEREZ CASTRO.**

**HOSPITAL DEL NIÑO**  
**DR. LUIS FELIPE GRAHAM ZAPATA.**  
**DIRECTOR GENERAL DEL HNRNP**

**DR. DAVID BULNES MENDIZABAL.**  
**JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION**

**DRA. MARTHA CECILIA ESPEJO JARAMILLO**  
**ASESOR DE TESIS**

VILLAHERMOSA, TABASCO

DICIEMBRE, 1998.

## **DEDICATORIA.**

### **A DIOS:**

Porque desde el momento que me creaste en el vientre de madre, tu me habías formado para esto.

Gracias por la fortaleza y confianza que me brindaste en los momentos difíciles de mi formación y de mi vida.

### **A MIS PADRES:**

LUCINDA que ha sido la fortaleza y la guía que Dios me brindó para que pudiera hacer realidad los sueños de mi vida.

EFRAIN. Por tus enseñanzas y ejemplo de lucha de superación personal, que me ayudaron para alcanzar esta meta de mi vida

### **A MI HERMANA:**

Por su cariño y apoyo incondicional, en todo momento de mi vida.

### **A MIS ABUELITOS:**

CLEMENTE Y RAFAELA, mis padres que me enseñaron la pureza y el amor que hay en la vida.

### **A MIS TIOS Y PRIMOS:**

De quienes siempre he recibido amor, comprensión y apoyo

### **A MI PEDIATRA:**

El Dr. Jesús Menéndez Ruiz, por ser la persona que me inspiro hacia esta carrera.

### **A MIS AMIGOS:**

Myrna , Thelma, Mario, que durante los tres años de mi estancia en este Hospital, fueron mi familia, de los que recibí siempre cariño, apoyo y lealtad

### **A MI ASESORA DRA MARTHA ESPEJO:**

Por haberse preocupado por mi formación como pediatra, por su amistad y cariño

## **AGRADECIMIENTO.**

A todas a aquellas personas, que contribuyeron para la realización de este trabajo especialmente al Dr. Gustavo A. Rodríguez Leon, Dra Martha Cecilia Espejo Jaramillo, y a la Dra Andrea Piñon Flores.

## **INDICE**

	<b>Paginas</b>
ANTECEDENTES	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
JUSTIFICACION	15
OBJETIVOS	17
METODOLOGIA	18
RESULTADOS	22
CONCLUSIONES	35
PROPUESTAS	40
BIBLIOGRAFIA	42
ANEXOS	45

## **ANTECEDENTES:**

La urgencia se define como todo evento médico quirúrgico que pone en peligro la vida, la integridad y la funcionalidad de un órgano, si no se atiende en forma inmediata.

El objetivo de la medicina de urgencias ha sido definido como el conjunto de medidas diagnósticas y terapéuticas que se realizan de primera instancia para prevenir la muerte e incapacidad de los individuos que sufren fenómenos agudos, que descompensan su salud; por lo tanto el departamento de urgencias debe de disponer de instalaciones accesibles en que se ofrezca una asistencia óptima. (1,2)

El servicio de urgencias de un hospital es considerado como uno de los pilares asistenciales básicos, en el cual se atienden una gran diversidad de enfermedades cuyo denominador común es la presentación de la etapa aguda, este servicio representa, además, la vía más común de acceso a los servicios de internamiento de la mayoría de los hospitales.

En el decenio de 1960, en Estados Unidos, tanto las sociedades médicas como las quirúrgicas reconocieron la necesidad de tener un servicio médico de urgencias bien organizado.

En 1973, se inició el programa de servicio médico de urgencias a aquellos grupos de enfermos que podrían beneficiarse de la asistencia especializada en los hospitales regionales, dentro de un sistema de urgencias integrado, en el que se incluían a las víctimas de los traumatismos múltiples y las cardiopatías agudas (las primeras causas de muertes), así como enfermos con quemaduras, lesiones de la médula espinal, intoxicaciones y urgencias psiquiátricas.

Desde el punto de vista de enseñanza se genera inicialmente el curso "Apoyo Avanzado para la Vida en Traumatología) ATLS, que consiste en la atención primaria del paciente en estado de gravedad. En ese mismo tenor, la Asociación Americana de Cardiología elabora un curso con el mismo principio práctico denominado Apoyo Avanzado para la Vida en Cardiología (ACLS). Por otro lado, se uniforman los criterios de los pacientes graves y se crea la necesidad de una especialidad de urgencias médicas. El primer programa de residencia en emergencias fue



elaborado en el año de 1970 por la universidad de Cincinnati. Sin embargo, la formalización como la vigésimo tercera especialidad por el consejo Americano de Especialidades médicas ocurrió hasta 1979. Hasta este momento los servicios médicos de urgencias eran atendidos por médicos especialistas en urgencias, traumatólogos, cirujanos y algunos pediatras, sin que existiera una separación entre urgencias de adultos y de niños.(3,4,5)

En 1978, los pediatras de los Angeles, California, reconocieron que los servicios de medicina de urgencias existentes no cubrían con las necesidades de sus pacientes. A partir de 1980, se establecieron los criterios de organización de los servicios y fases de asistencia. En 1987, la Asociación Americana de Cardiología en conjunto con la Academia Americana de Pediatría decidieron la elaboración de un curso de las características del llamado "Apoyo Avanzado para la Vida en Cardiología" o ACLS en pacientes pediátricos surgiendo así el "Pediatric Advanced Life Support" (PALS) y en 1989 el Colegio Americano de Médicos de Urgencias y la Academia Americana de Pediatría elaboraron un curso similar "Apoyo Avanzado

para la Vida en Traumatología” o ATLS pediátrico (6)

En 1984, la ciudad de México sufrió una explosión en su zona noreste, en tanques de almacenamiento de gas butano, dejando como resultado cientos de pacientes con quemaduras graves, la mayoría de ellos fallecieron. Un año después, un terremoto provocó miles de muertes y desaparición de más de 2500 camas de hospital, atrasando el desarrollo de la medicina. A partir de 1986 se iniciaron los primeros pasos para la preparación del personal que labora en las áreas de urgencias, trayendo el curso Apoyo Avanzado para Vida en Traumatología o ATLS, y 10 años más tarde a este curso, el ACLS y PALS .(7)

En México la medicina de urgencias se encuentra centralizada en las ciudades más importantes del país, y los servicios de urgencias funcionan en la mayoría de clínicas y hospitales como servicio de atención a adultos y niños.

Cada vez se están desarrollando departamentos de urgencias con áreas físicas separadas para los niños, que incluyen personal, equipo y espacio suficiente para su atención e integran actividades de reanimación realizadas por un equipo responsable y experto. Sin

embargo, ya se establecía que la ampliación de los servicios de urgencias nos llevaría a un grave problema de utilización, ya que muchas personas recurren a los servicios de urgencias, en especial pediatría, cuando no requieren dicha atención.

Aproximadamente entre el 25% y el 35% de pacientes que acuden a consultas al departamento de urgencias presentan problemas muy variados y la mayoría requieren cuidados urgentes, cerca del 3% al 5% de estas consultas representan una urgencia quirúrgica, en estos casos, el niño podría sufrir una lesión permanente o fallecer sino se le interviene inmediatamente.

Sin embargo la mayoría de las consultas que acuden al servicio de urgencias son problemas que deberían ser manejados en la consulta externa ya que no representan una urgencia verdadera, por lo que en el presente los servicios de urgencias son sobre utilizados ya que se atienden a una gran población con un amplio espectro de lesiones y enfermedades.

Los padres influyen mucho en esta demanda ya que acuden a solicitar el servicio del departamento de urgencias por muchas razones, muchos de ellos disponen de seguros privados o son derechohabientes a alguna institución, y han visto frustrado en su intento por lograr una cita

con su médico familiar y consideran que sus niños requieren atención inmediata para resolver su problema. Otros prefieren el anonimato del departamento de urgencias y lo utilizan como la principal fuente de asistencia sanitaria. Otro porcentaje son remitidos al departamento de urgencias por otros profesionales sanitarios .(8,9)

Existe información de estudios en la ciudad de Boston de Estados Unidos, donde en una revisión de 10,200 consultas, sólo el 15% fueron catalogadas como urgencias reales. En esta investigación, se menciona a los menores de 5 años como el grupo de edad con mayor demanda, en comparación con el grupo de 65 años y más. El grupo de menos de 5 años de edad representa la proporción más alta de urgencias no calificadas, al contrario del grupo conformado por sujetos de 65 años de edad que ocupa una proporción más alta en urgencias calificadas. En este estudio Kleiman consideró una verdadera urgencia solo al 15% de las consultas, Udelson 13%, Gibson 10% y Wieman 6%. El servicio de traumatología fue el que tuvo el mayor número de demanda, la atención pediátrica fue requerida en 56% de los casos y el especialista quirúrgico en un 12% de los pacientes. Por lo que Kleiman insiste en que la

planeación de los servicios médicos de emergencia de Boston, en donde se afirma que la falta de accesibilidad al cuidado primario aumenta el número de solicitudes de atención de los servicios de urgencias (10).

En México existen estudios como los realizados en el Hospital General Regional No. 45 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Guadalajara en 1988, en el que se estudiaron en forma pareada, una urgencia calificada y otra no calificada cada hora, de manera cronometrada. Se obtuvieron 52% de urgencias calificadas y 48% de urgencias no calificadas. De las urgencias calificadas 68.5% requirió observación en el servicio y 23% necesitó algún procedimiento, el 95% de las urgencias no calificadas fue considerada ajeno al servicio, el cual se expresó como necesidad sentida en el 54%, el 15.6% por comodidad, 7.5% por no haber alcanzado turno en el servicio de medicina familiar y 5.9% refirió no resolver su problema después de haber acudido a consulta externa, los motivos de atención en las urgencias calificadas son en primer término, los traumatismos (15.6%) seguida de la enfermedad isquémica del corazón y diabetes Mellitus (7.5%). En las urgencias no calificadas aparece en primer lugar la enfermedad

infecciosa intestinal (14.9%) y las infecciones respiratorias en segundo lugar (12.7%), los trastornos neuróticos y de personalidad aparecen en tercer sitio (9%). No hubo diferencia significativa en el tiempo de inicio del padecimiento entre las urgencias calificadas y las no calificadas. (11)

En el registro estadístico del IMSS en el año de 1995, en los servicios de urgencias Pediátricas del Centro Médico Nacional "La Raza" perteneciente al tercer nivel de atención, se proporcionaron 60,000 consultas, siendo 70% de ellas urgencias "sentidas" y 30% "verdaderas" urgencias.

En 1996 el Dr. Maximiliano de León Gutiérrez, (jefe de Urgencias Pediátricas del Hospital Juárez de México) inicia un análisis situacional completo del área metropolitana comprendiendo: instalaciones, instrumental, equipo, ambulancias, central de comunicaciones y personal, por indicaciones de la Dirección General de los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal y a solicitud de la Asociación Mexicana de Urgenciólogos Pediatras A.C.. Se analizó del 1ero de Noviembre de 1994 al 31 de Octubre de 1995. Los resultados reportaron que ingresaron al servicio de urgencias 4,487,107

pacientes de los cuales 2,347,992 fueron urgencias reales, del total de éstas, una de cada cuatro requirió hospitalización, 5% ingresó a quirófano y menos del 1% necesitó terapia intensiva. La distribución por institución fue: el IMSS atendió el 55%, SSA 14%, ISSSTE 12%, el departamento del Distrito Federal 11% y por otros fue el 8%.

En el caso de la Cruz Roja, el total de urgencias informadas fue de 88,944, de las cuales el 97% correspondió a urgencias reales.

En hospitales privados, las urgencias reales correspondieron al 87%. En el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado al 18%. La afluencia mayor de número de pacientes fue entre 16 y 24 hrs, con pico máximo entre las 16 y 20hrs.

Se encontró que en el área metropolitana sólo la Cruz Roja y el ERUM cuentan con equipo propio de una central de comunicaciones. Los servicios prehospitalarios de urgencias médicas privados cuentan con central de comunicaciones pero no son de grandes proporciones y están diseñadas de acuerdo al grupo minoritario de población que atienden.

Como puede apreciarse los estudios nos ubican en una realidad a medias, ya que nos hace falta formar estrategias para equipar y capacitar a todos los niveles que intervienen para tener un correcto funcionamiento de los servicios, creando protocolos de manejo que satisfagan los más altos niveles de atención en beneficio de la población demandante, en donde la concentración de todas las instituciones que conforman el sistema de salud pública y privado y la legislación sean indispensables para la clara definición de las funciones de la Red de los Servicios de Urgencias y finalmente es indispensable el apoyo financiero para asegurar el sostenimiento siempre y en todo momento. Sin olvidar que la población que juega un papel importante ya que deberá estar informada, capacitada y orientada en la adecuada utilización de los servicios, proporcionándolo a través de los medios de comunicación.(12,13)

Para poder clasificar si es una urgencia real o sentida, nos basamos en el índice para medir la accesibilidad a los servicios de salud, ideado por la fundación Káiser de salud de la comunidad en Cleveland, Ohio, esta es una organización de mantenimiento de la salud del área metropolitana de Cleveland (14) el cual se basa en cuatro



niveles de urgencias o gravedad de la enfermedad. La urgencia determinada por las necesidades médicas se divide en cuatro categorías: (15,16)

I.- Crítica: aquellos pacientes que están en peligro de pérdida de vida o de incapacidad prolongada, o grave, a no ser que sean atendidos entre una y tres horas.

Neonatos: Insuficiencia respiratoria, enterocolitis necrosante, trastornos hemorrágicos, sepsis, trastornos metabólicos.

Lactantes, preescolares, escolares y adolescentes: Obstrucción intestinal, fractura triturada, Sx de compresión medular agudo, quemaduras de 2do grado y 25% de superficie corporal, invaginación intestinal, volvulados, intoxicaciones, cuerpos extraños en vías aéreas, síndrome de casi ahogamiento, insuficiencia cardiaca congestiva, insuficiencia respiratoria aguda, insuficiencia hepática fulminante, CID, escroto agudo, insuficiencias metabólicas, grandes alteraciones encefálicas.

II.- Grave: Los pacientes que están agudamente enfermos y que se encuentran en riesgo de dolor más prolongado, de incapacidad o de enfermedad si no son vistos por un médico en uno o dos días:

Artritis séptica, luxaciones, apendicitis, ictericias, hernias de Bochdalek, gastroenteritis, deshidratación, fiebre de larga evolución, ataxia, enfermedades infecciosas

III.- Crónico . aquellos pacientes con problemas actuales que deben ser vistos y evaluados por un médico, pero que no están en peligro de enfermedad prolongada si no son atendidos en una a cuatro semanas.

IV.- Rutinario: pacientes con problemas que están bajo control o que requieren un examen general rutinario. Estos pacientes no necesitan atención médica inmediata, o bien pueden esperar más de un mes.

## **PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA:**

En los servicios de urgencias existen múltiples factores que influyen en la demanda de dicho servicio como son:

Primero el acceso y la disponibilidad a los servicios de consulta externa y en general a la falta de aceptabilidad de la atención médica que se proporciona en las instituciones del Sector Salud sobre todo en el área correspondiente a Pediatría.

Segundo: Los padres juegan un rol importante en la demanda de dichos servicios, debido a que los Padres llevan a sus hijos al departamento de urgencias por diversas razones, estas incluyen la falta de conocimiento de las diversas patologías Pediátricas, lo que los hace sentirse angustiados y ansiosos de una atención rápida, la proximidad del hospital, o muchos han visto frustrados sus intentos por lograr una cita con el médico de la familia o a la consulta externa a la institución social a la que pertenecen, o por la ausencia de los médicos en su centro de salud de las comunidades.

Tercero: un porcentaje quizá mínimo son remitidos por otros profesionales médicos ya que

en el nivel de atención en el que se encuentran es imposible resolver el problema.(14,15)

En el Hospital del Niño Rodolfo Nieto Padrón es el único hospital pediátrico en nuestra entidad y del sureste de la República Mexicana (Tabasco, Chiapas, Campeche Veracruz incluso Oaxaca), presenta una gran demanda de los servicios en el departamento de Urgencias, por lo que surge el interés de investigar que incidencia de urgencias reales o sentidas así como los factores influyen en la demanda de dichos servicios de urgencias.

## **JUSTIFICACION:**

En los tres últimos decenios han existido un incremento y una mejoría impresionante en las técnicas y en el equipo relacionado con la asistencia pediátrica de urgencias, todo ello diseñado para proporcionar servicios de urgencias de gran calidad, para tantas personas como se pueda, sin embargo esta ampliación de los servicios de urgencias se ha acompañado de un grave problema de utilización, muchas personas recurren a los servicios de urgencias en especial en pediatría cuando no requieren de dicha atención, o en algunos casos no necesitan ni siquiera atención médica.

El hospital del Niño Rodolfo Nieto Padrón tiene una gran demanda de consultas en el departamento de urgencias por lo que nos dimos a la tarea de investigar si el tipo de consulta que demanda dicho servicio es una urgencia real o sentida, así mismo, los factores que influyen en dicha demanda, con la finalidad de conocer si la demanda de los servicios de urgencias, influyen en la atención médica de los pacientes que realmente requieren los servicios de dicho departamento y así proponer estrategias de trabajo que permitan al personal médico y paramédico identificar a los pacientes con

problemas graves (urgencias reales) que deben ser rápidamente atendidos.

## **OBJETIVOS:**

### Objetivo General:

Determinar la incidencia de urgencias reales y sentidas basada en el índice de accesibilidad a los servicios de salud ideado por la fundación Káiser en el Hospital del niño Rodolfo Nieto Padrón en el mes de Octubre de 1998.

### Objetivos específicos:

-Conocer la incidencia de urgencias basada en los niveles de gravedad de acuerdo al índice de Káiser:

I.- Crítica

II.- Grave

III.- Crónica

IV.- Rutinaria

- Conocer la procedencia de los pacientes que acude al servicio de urgencias del HNRNP.
- Conocer que turno del día que tiene mayor demanda de los servicios de urgencias

## **METODOLOGIA:**

A todo paciente que acudió a la consulta en el servicio de urgencias del HNRNP se le realizó una encuesta, en una hoja que se diseñó para la recolección de los siguientes datos: edad, lugar de procedencia, si el paciente era referido, hora de llegada al hospital y hora de atención, si tuvo atención previa o no, tiempo de evolución de su enfermedad, cuadro clínico y diagnósticos, y el motivo por el cual acude a los servicios de este hospital.

Se diseñó un flujograma de atención del paciente que acudió a la consulta del servicio de urgencias. En el cual se involucró al departamento de relaciones públicas, el cual llenaba la ficha de identificación de la hoja de recolección de datos, posteriormente el paciente pasaba con el personal de enfermería quien toma signos vitales, somatometría, y enviaba al paciente con el médico de acuerdo a la prioridad de la atención. El médico, registraba en la hoja el tiempo de evolución del padecimiento, si tuvo atención previa o no, el diagnóstico, tratamiento así como le preguntaba a la madre porque había decidido acudir a este hospital. De acuerdo a la patología que presentaba el paciente, el médico



decidía si se hospitalizaba o continuaba con tratamiento ambulatorio.

Para poder clasificar si era una urgencia real o sentida, nos basamos en el índice para medir la accesibilidad a los servicios de salud, ideado por la fundación Káiser, el cual se basa en cuatro niveles de urgencias o gravedad de la enfermedad:

I.- Crítica: aquellos pacientes que están en peligro de pérdida de vida o incapacidad prolongada, o grave, a no ser que sean atendidos entre una y tres horas.

II.- Grave: pacientes que estén agudamente enfermos y que se encuentran en riesgo de incapacidad o de enfermedad si no son vistos por un médico en uno o dos días.

III.- Crónico: aquellos con problemas actuales que deben ser vistos y evaluados por un médico, pero que no están en peligro de enfermedad prolongada si no son atendidos en una a cuatro semanas.

IV.- Rutinario: pacientes con problemas que están bajo control o que requieren un examen general rutinario, pueden esperar más de un mes.

Definimos la urgencia real a todas aquellas patologías que deben ser atendidas entre una y tres horas (que se encuentran en la categoría I) y algunas patologías que necesitan ser atendidos en un día o dos, sobre todo aquellas patologías que necesitan de la especialidad de cirugía pediátrica, la cual no se encuentra en los hospitales de segundo nivel de acuerdo al sistema nacional de salud.

Y a las urgencias no reales a todas aquellas patologías que se encuentran en las categorías III y IV que pueden esperar por la atención de 4 semanas hasta más de un mes o padecimientos que deben ser atendidos en el primer nivel de atención médica de acuerdo a la SSA.

Tipo de estudio: Se trata de un estudio transversal descriptivo.

Universo de trabajo: Todos los niños que acuden a la consulta en el servicio de urgencias del Hospital del Niño Rodolfo Nieto Padrón durante el mes de Octubre de 1998.

Variables:

- Diagnósticos.
- Tiempo en el que se le da la atención
- Procedencia
- Turno
- Motivo por el cual acuden
- Sexo
- Edad

Criterios de inclusión:

Todos los Niños que acudieron a la consulta del departamento de urgencias del HNRNP

Criterios de exclusión:

No existieron.

Consideraciones éticas:

No se contemplaron, porque no se pone en peligro la vida.

## RESULTADOS.

Acudieron al servicio de urgencias 743 pacientes de los cuales encontramos que el 54.51% solo requirieron consulta, el 34.45% fue necesario hospitalizarlos y 11.04% no esperaron la consulta(Fig. -1)

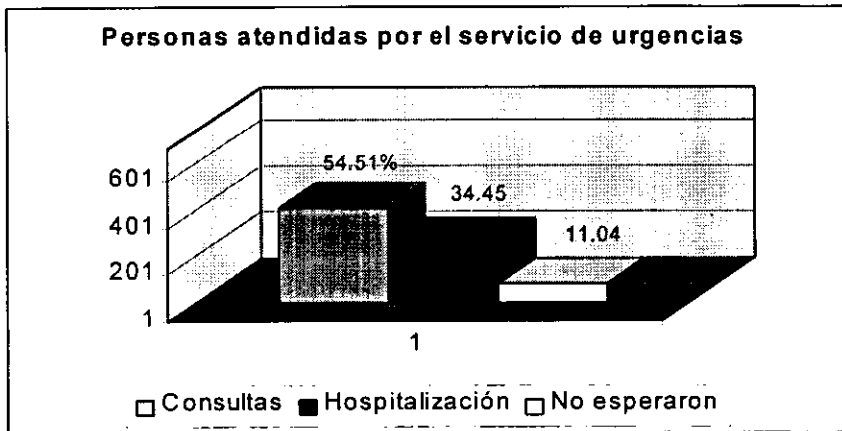


Fig-1

Del total de pacientes se estudiaron por separado, el grupo que requiero solo consulta y los que necesitaron hospitalización, debido que cada grupo mostró características diferentes.

De los pacientes hospitalizados, en base al lugar de procedencia el municipio de Centro fue el que presento mayor demanda con un 40%, seguido del municipio de Cárdenas 15%, el estado de Chiapas 10%, Macuspana 10%, Veracruz 8%, el resto de los municipios: Huimanguillo, Cunduacan, Comalcalco, Balancan, Tacotalpa, Centla tuvieron del 1 al 4% para cada municipio.(fig-2)

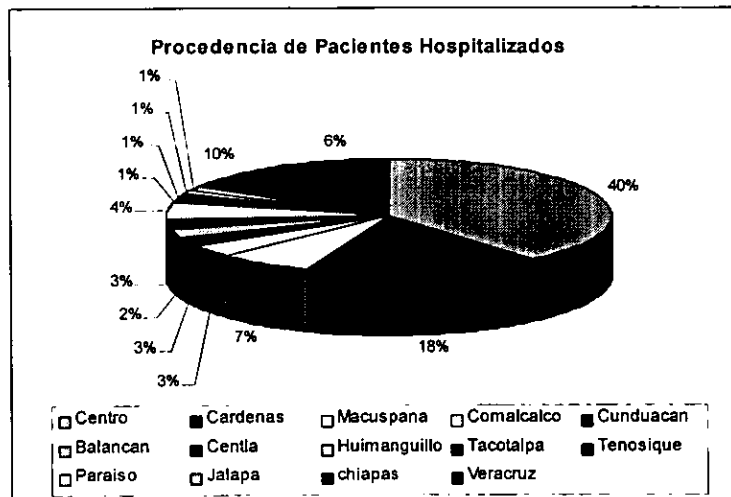


Fig-2

De acuerdo al grupo de edad el 27% correspondió al de 1 año a 6 años, seguido del grupo de 29 días-12m y el de 6 años a 12 años ambos con un 23%, el grupo de menores de 28 días 9%, y de 12-15 años un 9%. (fig-3)

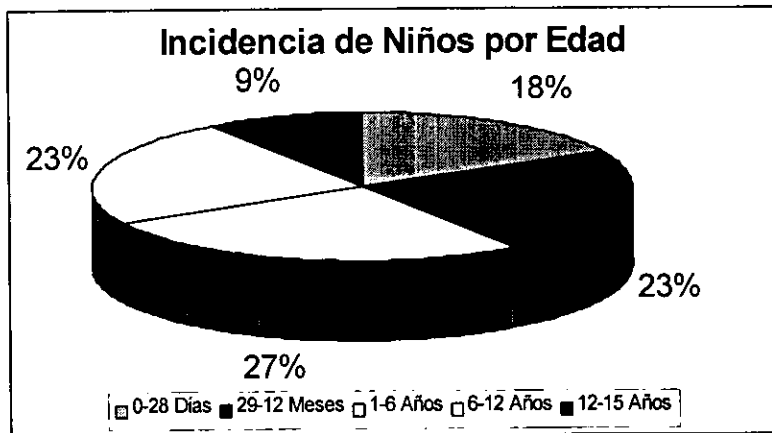


Fig-3

No hay diferencia significativa con respecto a la demanda de la atención por turnos, el vespertino presento un 37%, seguido del matutino de 34% y nocturno 29%. (fig-4)

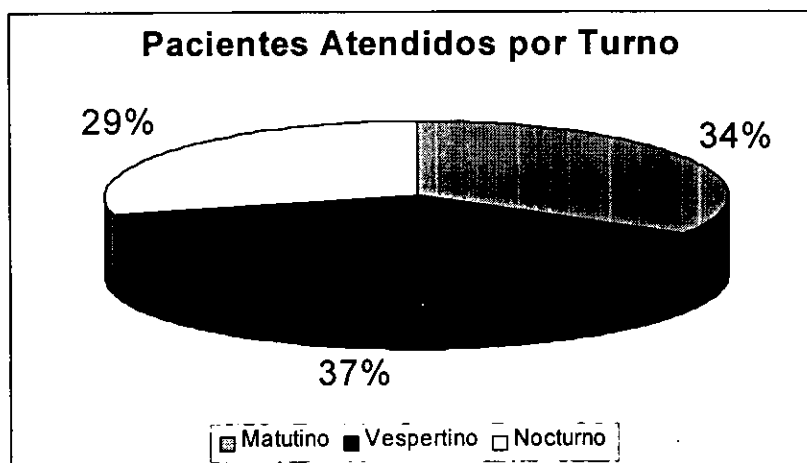


Fig-4

Con relación al sexo no encontramos diferencia significativa, el número de pacientes del sexo masculino que acudieron a consulta fue de 130 (50.78%) contra los 125 (49.22%) del sexo femenino. (fig-5)

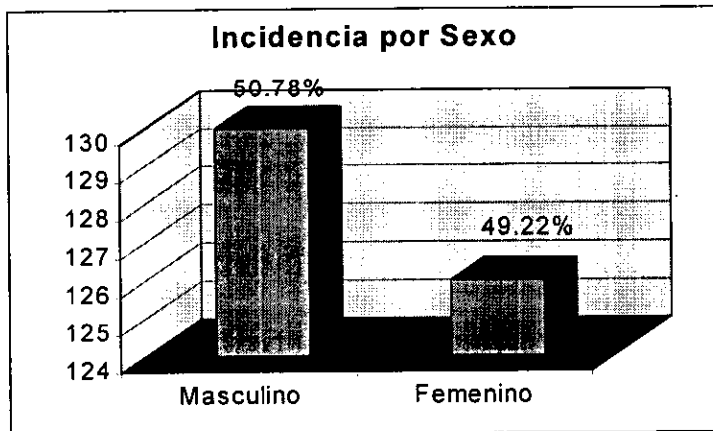


Fig-5



De los 256 pacientes hospitalizados, de acuerdo al índice de Káiser el 53.12% correspondieron urgencias críticas, 13.67% graves, 11.32% crónicas y 21.89% rutinarias.

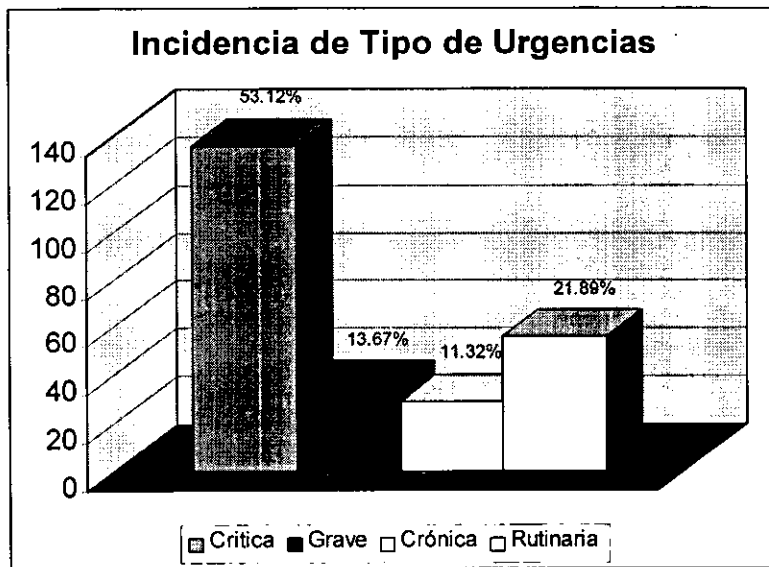


Fig.6

## Principales causas de hospitalización

Motivo de Hospitalización	No de Pacientes	Porcentaje %
Insuficiencia Respiratoria del recién nacido	29	11
Bronconeumonías	20	8
Crisis asmática	16	6
Traumatismo craneoencefalico	16	6
Diarreas complicadas	15	5.5
Fracturas	13	5
Oclusión intestinal	10	4
Quemaduras	8	3
Meningitis	8	3
Enfermedades neoplasicas	7	2

Las principales causas de hospitalización fueron alteraciones respiratorias, dentro de ellas la insuficiencia respiratoria del Recien nacido (11%) fue la principal, seguida de procesos infecciosos (8%) y crisis asmatica (6%), por otro lado los traumatismos craneoencefalicos ocupó el

cuarto lugar con un 6%, seguido de las diarreas complicadas(5.5%).

De los pacientes que solo requirieron consulta el 49% correspondió al grupo de edad comprendido entre 12m a 6 años, seguido del 28% de 6años a 12años,18% menores de 28 días4% y 1% a los pacientes comprendidos entre el grupo de edad de 12años a 15años(fig-7)

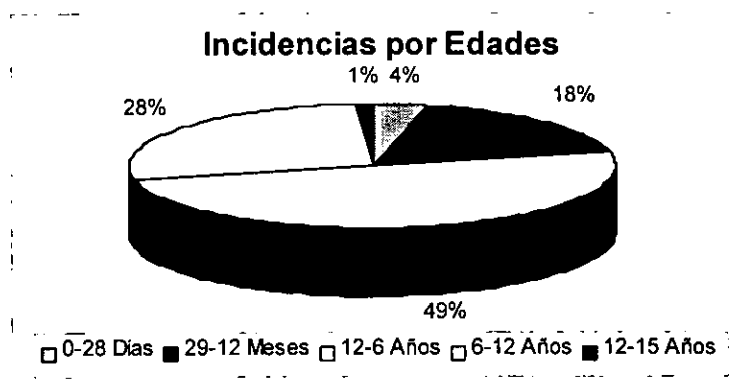


Fig-7

El lugar de procedencia de los pacientes que solo requirieron la consulta, el 72 % correspondió al municipio del Centro, el 35% al

municipio de Nacajuca y 5% a Cardenas, otros estados un 3.9% (Chiapas, Veracruz, Quintana Roo) El resto de los municipios solo fue del 1 al 3%

PROCEDENCIAS DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A CONSULTA

LUGAR DE ORIGEN	Pacientes	%
CENTRO	289	72
NACAJUCA	35	9
CARDENAS	20	5
OTROS ESTADOS	14	3.9
CUNDUACAN	8	1.9
COMALCALCO	7	1.5
MACUSPANA	6	1.4
HUIMANGUILLO	5	1.2
CENTLA	5	1.2
PARAISO	5	1.2
JALAPA	3	0.7
JALPA	3	0.7
JONUTA	3	0.7
BALANCAN	2	0.5
Total	405	100

De acuerdo al sexo la incidencia fue para el sexo masculino 46% y para el sexo femenino del 54%(fig-9)

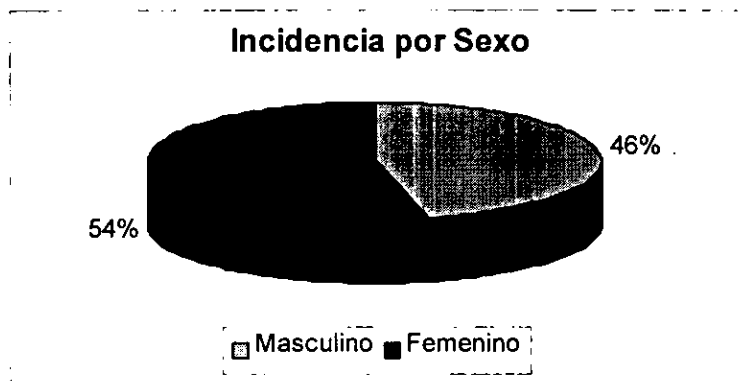


Fig-9

La demanda de atención de acuerdo al turno fue para el vespertino del 51%, seguido del turno matutino con 27% y el nocturno de 22%(fig-10)

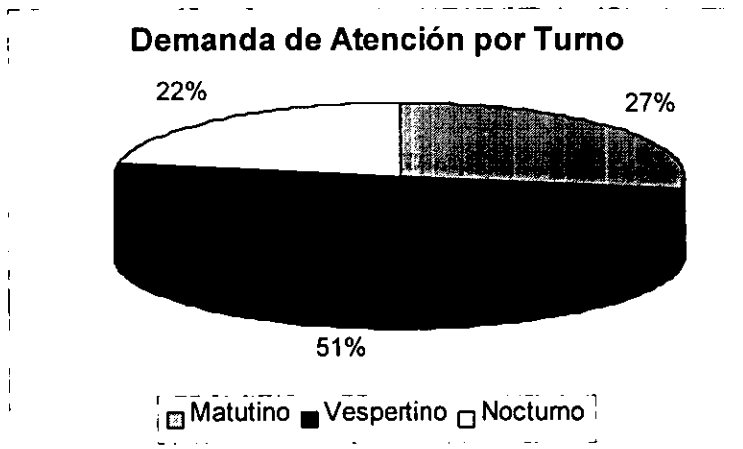


Fig-10

En los pacientes que solo requirieron la consulta, se determino el tiempo de espera encontrándose que los pacientes fueron atendidos en un 40.99% en un promedio de 30 minutos, seguido del 21.23% de aquellos pacientes que el tiempo de espera fueron menor de 30 minutos, un 20.49% que se les dio atención medica en un tiempo mayor de una hora y un 17.28% aquellos que esperaban por la atención una hora(fig-11)

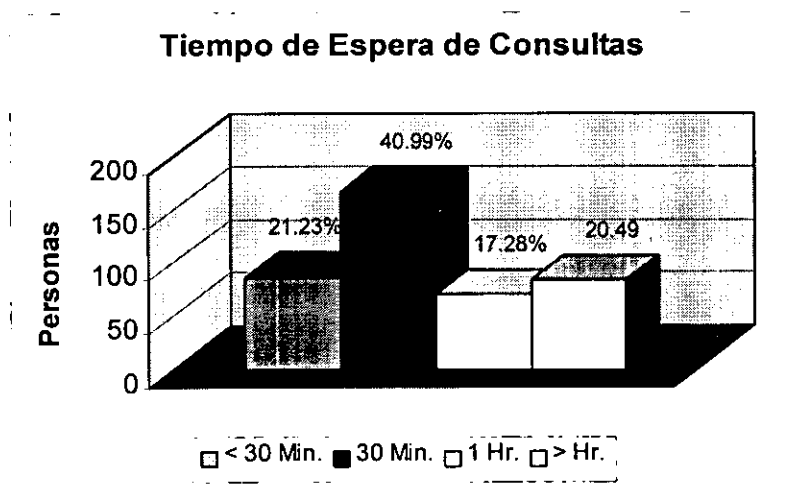
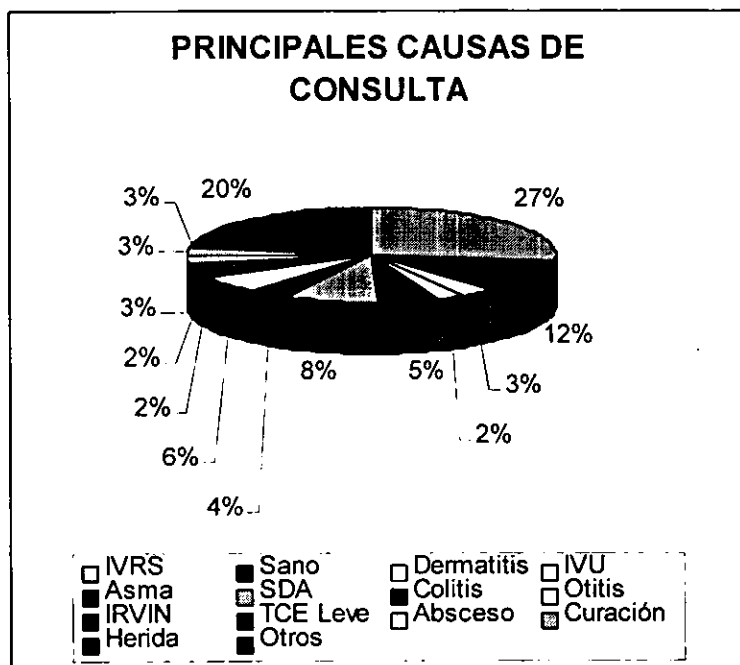


Fig. -11

Las principales causas por los que los pacientes acudieron a la consulta del servicio fueron en primer lugar 27% por infección de vías respiratorias superiores, seguida de un 14% de niños sanos, un 8% por Sx diarreico agudo sin deshidratación, 5% de otitis. (fig-12)





## **CONCLUSIONES:**

En este estudio observamos, que como se comenta en la literatura, el servicio de urgencias es sobreutilizado.

Del total de 743 niños, solo 171(23%) paciente eran urgencias reales de acuerdo al índice de Káiser,490 (66%) de los pacientes fueron urgencias sentidas, y 82 (11%) de estos pacientes no esperaron la atención médica.

Se observaron dos grupos 405 (54%) pacientes que solo acudieron a la consulta y 256 (34%) pacientes que fue necesario su hospitalización, de estos pacientes no todos fueron urgencias calificadas, solo 171 (33.21%) pacientes se consideraron como tal ( urgencia crítica 136 (53.12%) pacientes y urgencias grave 35(13.6%) pacientes, de este último grupo se considero como urgencia calificada a los pacientes que necesitan tener valoración por el servicio de cirugía pediátrica.)

Ambos grupos presentaron características semejantes:

De acuerdo al sexo, la incidencia en ambos grupos no hubo diferencia significativa, ya que

aproximadamente en ambos grupos el 45% eran del sexo masculino y 55% del sexo femenino.

Con respecto a la demanda de atención de acuerdo al turno, los dos grupos mostraron una mayor demanda en el turno vespertino, seguido del turno matutino, presentando menor demanda el turno nocturno.

Las características en las que variaron fue el lugar de procedencia, en ambos grupos el municipio del Centro fue el lugar de donde mayor demanda hubo, sin embargo en el grupo de los pacientes que solo requirieron la consulta presento una incidencia de 72% y el resto de los municipios, así como de los estados de Chiapas, Veracruz y Quintana Roo solo presentaron una incidencia entre el 1 al 9%, este 9% fue del municipio de Nacajuca el cual es el municipio que queda mas cercano a la capital, seguido por el 5% del municipio de Cardenas. Esto probablemente se debe a que el Hospital del Niño se encuentra ubicado en el municipio del Centro, y la población de este municipio tiene mayor accesibilidad a los servicios del HNRNP.

En el grupo que requirieron hospitalización igualmente el lugar de mayor incidencia fue el municipio del Centro, sin embargo, con respecto a los otros lugares de procedencia (los 17

municipios del estado de Tabasco, el estado de Chiapas y Veracruz), tienen una incidencia importante ya que el municipio de Cardenas se encontró en un 15% como lugar de procedencia, seguido por el estado Chiapas 10%, Macuspana 10%, y Veracruz igualmente con un 10%.

La edad también mostró diferencia en ambos grupos, en el grupo que requirió hospitalización predominó la demanda por menores del año de edad (Neonatos 27% y lactantes 23%), a diferencia que los que acudieron a consulta los grupos de mayor demanda fueron las edades comprendidas entre 12 meses-6 años encontrándose 197 (49%) y los comprendidos de los 6 años a los 12 años habiendo 109 (28%) pacientes.

Con respecto a las causas de hospitalización fueron por cuadro de insuficiencia respiratoria ( crisis asmática, bronconeumonía, insuficiencia respiratoria del recién nacido) y los niños que solo requirieron de la consulta, los problemas de vías respiratorias altas fueron la causa más frecuente de atención ( 27%), seguido de pacientes sanos (14%) y los que presentaban cuadros diarreicos sin complicaciones (8%).

En el grupo que solo requirió consulta se estudio el tiempo de espera para ser atendido por

el médico en el servicio de urgencias, del total (40.99%) recibió la consulta en un promedio de 30 minutos, seguidos por los pacientes que recibieron atención en menos de 30 minutos (21.23%)

En los pacientes que requirieron hospitalización no se evaluó este parametro ya que todos fueron atendidos en cuanto llegaron al servicio de urgencias.

El motivo por el cual los padres decidieron llevar a su niño a Con respecto a las causas de hospitalización, la mayoría fueron por cuadro de insuficiencia respiratoria (crisis asmática, bronconeumonía, insuficiencia respiratoria del RN) y los niños que solo requirieron de la consulta los problemas respiratorios (27%) fueron los mas frecuentes, seguido de pacientes sanos (14%) y con cuadro diarreico agudo sin complicaciones (8%).

En el grupo que solo requirió consulta se estudio el tiempo de espera para ser atendido por el médico en el servicio de urgencias, del total (40.99%) recibió la consulta en un promedio de 30 minutos, seguidos por los pacientes que recibieron atención en menos de 30 minutos (21.23%)

En los pacientes que requirieron hospitalización no se evaluó este parametro ya que todos fueron atendidos en cuanto llegaron al servicio de urgencias.

Los motivos por lo que los padres decidieron llevar a su niños a consultar al servicio de urgencias del Hospital del niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón, fueron diversos, la mayoría presento mas de un motivo. El principal es porque es un Hospital pediatrico y esperan una mejor atención.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

## PROPUESTAS:

- 1.-Establecer un sistema de Triage de urgencias que permita evaluar cual es la urgencia verdadera que amerita atención en el servicio de urgencias.
- 2.-Disponer de una área física adecuada, así como el material y equipo médico ( fig.1)
- 3.- El personal adscrito al servicio de urgencias debe contar con perfil profesional definido
- 4.- Crear un manual operativo, con la finalidad de estandarizar criterios de diagnósticos y tratamiento de los padecimientos que se atiende en el servicio de urgencias.
- 5.-Promover programas de educación médica continua dirigido al personal que labora en el servicio de urgencias

6.-Promover que el personal que labora en el servicio de urgencias brinde una atención de calidad y calidez, mediante cursos de desarrollo humano.

7.-Promover líneas de investigación clínica.

8.- Informar al público a través de los diferentes medios de comunicación de los servicios que tiene la secretaría de salud. en sus tres niveles de atención.

## BIBLIOGRAFIA:

1. American Academy of pediatrics and American college of emergency physicians. Task force on advance pediatric life
2. support, Manual Elk Grove, Ill: American Academy of Pediatrics 1990
3. Urgencias en pediatría del Hospital Infantil de México Federico Gómez 1996 1:1-11.
4. Foltin g, Fulas S. Avances en los sistemas de asistencia médica a las urgencias infantiles. Emerg Med Clin North Am 1991;3:436
5. Rockwood CH, Mann C et al. History of emergency medical services in the United States. J. Of Trauma 1976;4(16):299
6. Peña ME, snyder BL. Pediatric emergency medicine: the history of a growing discipline. Emerg Med Clin North Am 1995; 13(2):235
7. Petrack EM, Li MM leadership and management in pediatric emergency medicine. Pediatr Emerg Care 1995; 11(3):188
8. Temas de Pediatría Urgencias Asociación Mexicana de Pediatría. . Dr Jorge Enrique Menabrito Trejo 1998; pp1-5



9. Urgencias en Pediatría, guía para el tratamiento ambulatorio, Roger M Barkin, Peter Rosen , El departamento de urgencias,1996 pp6-11
10. Foltin GL and Tunk MG: Emergency medical services for children organizational and operational principles. In Barkin R.M. editor Pediatric emergency medicine concepts and clinicalpractice, st Louis 1992 Mosby.
11. Kleiman JC, Tanner MN. Planning for emergency medical service in Boston. Public Health Rep 1975; 5:460
12. Temas de Pediatría, Urgencias;Asociación Mexicana de Pediatría. Urgencian sentida o real, 1998 pp, 21-33
13. Secretaría de Salud, Recursos y Servicios, Sistema Nacional de Salud/Boletín de información Estadística No. 13 , 1993
14. Evaluación de los servicios de Urgencias en el Distrito Federal y el Area Metropolitana, 1996 Dirección general de servicios de Salud Pública en el Distrito Federal.
15. De Geyndt W. Sinopsis de los planteamientos para evaluarla calidad de la

atención al paciente. Sal Púb Méx  
1986;28:221.

16. Cordera PA, Kunthy J. Sucilla H.  
Diagnóstico situacional en sistemas de  
atención médica. Sal Púb Méx 1986; 28:243
17. Cordera PA Modelos de sistemas de  
atención médica Sal Púb Méx 1985;28:230

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 EDAD: \_\_\_\_\_  
 SEXO: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
 INFORMANTE: \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
 REFERIDO: SI ( ) NO ( )  
 LUGAR DE REFERENCIA \_\_\_\_\_

**HOSPITAL DEL NIÑO**  
 DR RODOLFO NIETO PADRON

**HOJA DE ATENCION DE URGENCIA**  
 COMUNICACION DE TRASLADO.  
 SI ( ) NO ( ) RADIO ( ) TELEFONO ( )  
 SERVICIO MEDICO:  
 ISSET ( ) ISSSTE ( ) PEMEX ( )  
 IMSS ( ) OTROS ( )

FOLIO: \_\_\_\_\_

FECHA   
 HORA DE LLEGADA   
 HORA DE ATENCION   
 SOMATOMETRIA:  
 PESO  TALLA   
 SIGNOS VITALES:  
 TEMP  F. C  F. R

OTROS SIGNOS IMPORTANTES: \_\_\_\_\_

CARTILLA DE VACUNACION SI  NO  COMPLETA  INCOMPLETA   
 ATENCION PREVIA SI  NO   
 TIEMPO DE EVOLUCION: MENOS DE 24 HRS  24-72 HRS  3 A 7 DIAS  1 SEMANA  1 MES

MOTIVO DE CONSULTA: \_\_\_\_\_  
 CUADRO CLINICO \_\_\_\_\_

EXPLORACION FISICA \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO \_\_\_\_\_  
 TRATAMIENTO \_\_\_\_\_

TRASLADO: AMBULANCIA  TRANSPORTE PARTICULAR   
 MEDICO  ENFERMERA  FAMILIAR   
 INCUBADORA  CANALIZADO  OXIGENO

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO

PORQUE ACUDE A CONSULTA A ESTE HOSPITAL:

FALTA DE MEDICO EN SU COMUNIDAD

FALTA DE RECURSOS ECONOMICOS.

MEJOR ATENCION

ATENCION MAS RAPIDA

MAS CERCA

HOSPITAL PEDIATRICO

