



11226

53

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE

POSTGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

PENSIONES CIVILES DEL

ESTADO DE CHIHUAHUA

FRECUENCIA DE PADECIMIENTOS EN EL SERVICIO URGENCIAS
DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
DELEGACION CHIHUAHUA

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Dr. MIGUEL ANGEL LIRA MERAZ

CHIHUAHUA CHIH.

2000

2065982



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

**FRECUENCIA DE PADECIMIENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DE PENCIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
DELEGACION CHIHUAHUA**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. MIGUEL ANGEL LIRA MERAZ

DR. VICTOR HUGO DIAZ CAZARES

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA
MEDICOS DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA, CHIHUAHUA CHIH.**


ASESOR DE TESIS U.N.A.M.

Dr. JOSÉ VILCHIS CASTRO

**AUTORIZACION DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO
DE CHIHUAHUA**


LIC. MIGUEL ETZEL MALDONADO

DIRECTOR GENERAL DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO


DR. RENÉ NÚÑEZ BAUTISTA

DIRECTOR MEDICO DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO

**FRECUENCIA DE PADECIMIENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
DELEGACION CHIHUAHUA**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:


DR. MIGUEL ANGEL LIRA MERAZ

AUTORIZACIONES:


~~**DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA**~~
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.


DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
CORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR, FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.


DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
CORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR, FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

INDICE GENERAL

	Pag.
I- TITULO	1
II- INDICE	4
III- ANTECEDENTES	5
IV- PROBLEMA	12
V- JUSTIFICACION	13
VI- OBJETIVOS	14
VII- HIPOTESIS	15
VIII- DISEÑO	16
IX- METODOLOGIA	17
X- CONSIDERACIONES ETICAS	18
XI- RESULTADOS	19
XII- ANEXOS	22
XIII- TABLAS Y GRAFICAS	24
XIV- DISCUSIÓN	57
XV- CONCLUSIONES	58
XV- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	59

ANTECEDENTES:

Considerando la definición de urgencia médica, como "La lesión o enfermedad que pone en peligro la función de un órgano o la vida⁽¹⁾ es fácil darse cuenta que la gran mayoría de los pacientes que acuden solicitando consulta a los servicios de urgencias de las instituciones médicas públicas y privadas, el motivo de la atención no cumple con los requisitos que nos marca la definición de urgencia médica, de echo, un volumen importante de pacientes atendidos en estos servicios lo hace con enfermedades crónicas que deben ser controladas en consulta ordinaria por su médico de familiar. Estamos de acuerdo en que para la mayoría de los pacientes, una molestia o sensación extraña puede ser causa de ansiedad y angustia y por ello considerarla una "urgencia" lo que los motiva buscar ayuda médica inmediata, sin embargo hay otras causas por las que un paciente acude al servicio de urgencias sin amerítarlo en realidad como es el buscar ser atendido por un medico sin tomarse la molestia que implica el primero solicitar la consulta y luego "perder tiempo" en la sala de espera antes de pasar con su médico, o bien porque su horario de trabajo y el de consulta de su médico son en el mismo turno, por lo que tendría que faltar a su empleo para acudir con su médico correspondiente lo que implica un costo económico. Esto así lo han demostrado estudios tanto en instituciones privadas como públicas de nuestro país como en el extranjero, por ejemplo el estudio realizado por el Centro de Salud La Felguera (Langreo) Asturias⁽²⁾ en el hospital comarcal del área VII de Asturias (hospital Valle de Nalón) en el que se estudiaron los motivos de 20,000 pacientes para acudir al servicio de urgencias de este hospital y encontraron que fueron 6 los principales motivos para solicitar este servicio: 1- Estar muy alarmado por sus síntomas el 23.6%, 2- El hospital tiene mas recursos humanos y materiales 21.7% 3- Ya estuvo en el hospital en otras ocasiones 18.7% 4- Necesidad de solucionar su problema con rapidez, 18.4% 5- No sabia a donde acudir 7.2% y 6- Problemas sociales 0.5% además de otros problemas no incluidos 9.9% se excluyeron en este estudio a los pacientes atendidos en pediatría, a los que acudieron referidos por él medico de atención continuada, ni a los que ingresaron llevados por los paramédicos de las ambulancias. Sus resultados muestran como el mayor numero de consultantes son varones de edad media, laboralmente no productivo y cuyo padecimiento no justifico su atención en el servicio de urgencias.

Por otro lado otro estudio similar pero en nuestro país es el realizado por la coordinadora médica de programas, división de planeación y desarrollo, coordinación de planeación e infraestructura médica, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Blanca Estela Hernández Leyva titulado Motivos de asistencia, expectativas y conceptos del derechohabiente en los servicios de urgencias de las unidades de medicina familiar⁽³⁾ en el que realizó un estudio observacional en 16 servicios de urgencias del I.M.S.S. de tres zonas del país con el objeto de conocer los motivos de asistencia, conceptos y expectativas de los derechohabientes. Realizo un total de 1499 encuestas comparando las tres zonas mediante la prueba chi cuadrada resultando que el 58.8% de los pacientes fue enviado al servicio de urgencias y el resto se presentó de manera espontanea. Los principales motivos de envío fueron la realización de procedimientos terapéuticos (51.2%), urgencia

real (23.9%) y la adscripción a otro turno de atención médica (9.3%), con diferencias significativas entre las tres zonas ($p < 0.05$). Los principales motivos de asistencia de quienes acudieron por su iniciativa fueron la urgencia real (45.9%), la pertenencia a otro turno de atención médica (20.4%) y la cercanía del servicio (13.1%), sin diferencias significativas entre las tres zonas. El concepto de urgencia fue correcto en el 98.5% de los casos. En relación con las expectativas de la población, 99.7% opinó que debe existir el servicio de urgencias en las unidades de medicina familiar. Y concluyo que la población derechohabiente reconoce la urgencia real y sabe usar este servicio de acuerdo con sus necesidades, las cuales no son resueltas por el actual sistema de atención médica. Cabe aclarar que en este estudio se incluyeron otros parámetros no mencionados anteriormente como motivo de consulta en el servicio de urgencias y que también deben tomarse en cuenta ya que si aisladamente representan un porcentaje bajo de asistencia a este servicio en suma se traduce un número importante de consultas como lo son, consultorio de su médico familiar saturado 4.7%, ausencia de médico familiar 1.8% no contar con documentos 3.1%, adscrito a otra unidad 1.3%, y sin médico familiar asignado 4.6%, no confía en su médico familiar 1.0% problemas administrativos 4.3% y tiempos largos de espera 8.1%. En especial estos últimos solicitantes del servicio de urgencias reconocen que el padecimiento que los motivó acudir a este servicio es el no ver resuelta su problemática en otra forma.

La gran demanda de pacientes con motivos de consulta que no requieren de una valoración inmediata satura los servicios de urgencias desmejorando la calidad de la atención y aumentando el tiempo de espera en aquellos pacientes que en realidad requieren una pronta atención como lo comenta en su artículo Valoración inicial en el servicio de urgencias el Dr. Mario A. Acosta Bastidas⁽⁴⁾ Jefe del servicio de urgencias del Instituto Nacional de Pediatría, en que nos comenta que el criterio para determinar prioridades en la atención en los servicios de urgencias con una gran demanda, es de primordial importancia. Un adecuado manejo disminuye el retraso en la atención. Por lo que propone un sistema más práctico de selección de pacientes. El Dr. Acosta se basa para afirmar esto en un estudio realizado en su servicio en el que en 1995 se valoraron 31,431 pacientes, de los que solo 17,206 presentaron padecimientos que se pueden catalogar como urgencias calificadas, esto demuestra que gran parte de la carga asistencial en dicho servicio se debió a las llamadas urgencias "sentidas".

Estamos de acuerdo en que para los padres cualquier padecimiento de su hijo constituye una "emergencia" sin embargo la decisión de acudir al servicio de urgencias se fundamenta en la falta de conocimiento acerca de la enfermedad del niño, es decir, los padres no cuentan con una adecuada educación por parte de su médico familiar, de las enfermedades que presenta su hijo. La proximidad del hospital al domicilio es otra causa, la conveniencia de no desplazarse hasta su unidad de medicina familiar o centro de atención primaria y hacer una gran antesala para recibir atención; además los padres saben que pueden acudir a cualquier hora a los servicios de urgencias y recibir atención primaria, esto implica no faltar al trabajo o el niño a la escuela. Por último, la creencia de que los servicios de urgencias ofrecen una atención superior a los que reciben en su

unidad de atención primaria o en el consultorio de su médico familiar es una razón común.

Esta tendencia, dice el Dr. Acosta, (4) hace necesario desarrollar y poner en práctica un sistema de selección, que debe ser lo suficientemente sensible para identificar los niños con enfermedades no graves y lo bastante específico y fácil de realizar para ser un instrumento útil en la selección y detección de pacientes con enfermedad grave o potencialmente grave.

La finalidad de este sistema de selección, es definir los datos objetivos y subjetivos importantes para la selección de las necesidades prioritarias de los niños con algún padecimiento y estructurar dichos datos en un documento sencillo para reducir la morbimortalidad que podría derivarse de las demoras de asistencia. Por lo que propone un protocolo de selección para los servicios de urgencias que identifica los marcadores de una enfermedad grave mediante una sencilla regla nemotécnica. La frase guía es "SAVE-A-CHILD" (en inglés "salvar a un niño"). Esta guía fue elaborada gracias a la participación de enfermeras de urgencias de la Aloha Chapter Hawaii Emergency Nurses Association, no proporciona una puntuación numérica que se ajuste al nivel de selección, sirve solo para recordar a quien presta la asistencia seleccionada, los marcadores de importancia en las enfermedades posiblemente graves.

Es esta sobrecarga de los servicios de urgencias de todo el mundo lo que obliga al personal encargado de estas áreas a buscar primariamente las causas de esta sobredemanda y en base a esta implementar programas tendientes a disminuir el flujo de pacientes que no ameritan en realidad la atención en estos servicios, de ahí la publicación de los Drs. B. González Grajeda, R. Horneño y F. Buitrago que publican sus observaciones en la cumplimentación de los nuevos modelos de derivación desde atención primaria a los servicios de urgencia hospitalarios; estudio derivado de la sobrecarga asistencial que soportan los servicios de urgencia hospitalarios en las ciudades, tema ampliamente conocido y debatido, con un indudable origen multifactorial, entre cuyos factores, al menos condicionalmente, se ha señalado repetidamente la carencia y deficiente calidad de la atención primaria de salud, responsable en parte tanto del aumento de las demandas hospitalarias urgentes como lo inadecuado de muchas de ellas. Este estudio realizado por el Dr. González Grajeda y colaboradores en el servicio de urgencias-admisión del hospital Infanta Cristina de la ciudad de Badajoz(5). Incluyo 800 nuevos modelos de derivación correspondientes a otros tantos pacientes remitidos al servicio de urgencias del referido hospital. Dando los siguientes resultados principales. El 76.7% de las derivaciones procedían del ámbito rural y el 23.3% restante de los centros de salud urbanos. La recogida de anamnesis y síntomas es el único criterio que supera el 90% de registro en el ámbito rural y urbano y en el colectivo de médicos generales y especialistas en medicina familiar. Solo el 23.9% de las derivaciones (23.8% en centros de salud rurales y 22.7 urbanos) reúnen los cuatro criterios que se consideran imprescindibles en una mínima calidad de cumplimentación, siendo estos porcentajes del 23.2 y 31.7% cuando se hizo la desagregación por médicos generales y especialistas en medicina familiar (diferencias no significativas.) Concluyendo que existe un grado discreto de cumplimiento del nuevo modelo de derivación, sin que existan

diferencias estadísticamente significativas entre los centros de salud rurales y urbanos y entre los médicos generales y especialistas en medicina familiar.

De acuerdo al Dr. G.Patrick Lilja⁽⁷⁾ los servicios de urgencias constituyen una extensión hacia la comunidad, de la atención médica hospitalaria. Los médicos de urgencias deben de conocer el tipo de atención prehospitalaria que se brinda a los pacientes, e influir en las decisiones que se tomen al respecto. Ciertamente que los médicos tienen un control bastante indirecto en muchos aspectos de los servicios médicos de urgencias pero es absoluto una firme dirección médica para lograr un sistema seguro y eficaz, de ahí que en los Estados Unidos definió en 1973, 15 aspectos para la mejora de los servicios médicos de urgencia: 1) personal, 2) capacitación, 3) comunicación, 4) transportación, 5) instalaciones, 6) unidades de cuidados intensivos, 7) organismos de seguridad pública, 8) participación de la ciudadanía, 9) acceso a la atención de urgencias, 10) transferencia de pacientes, 11) normalización de los expedientes clínicos, 12) información orientación al público, 13) evaluación independiente, 14) coordinación en casos de desastre, y 15) convenios de ayuda mutua. Estos parámetros dependen en gran medida de la información que tengan los pacientes sobre el uso racional de estos servicios y de la educación a población cautiva por el sistema de atención médica para reconocer señales que pudieran ser indicadores de alarma de una enfermedad que deberá recibir atención inmediata, así como aquellos padecimientos que no constituyen una urgencia médica y por lo tanto podrá esperar a ser atendida por su médico de cabecera para evitar con estas acciones la sobredemanda de los servicios de urgencias.

De esta premisa surge la inquietud de algunos investigadores de saber como se informa a los pacientes del uso de un servicio de urgencias hospitalario. Entre ellos se encuentra el estudio de los doctores D. Domínguez, E. Cervera Barba, y colaboradores⁽⁷⁾, del Grupo de Comunicación y Salud de Segovia en la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Segovia. El Dr. D. Domínguez nos comenta que en las últimas décadas, numerosos autores estudian aspectos de comunicación y relación médico-paciente analizando diversas situaciones que se presentan en el trabajo habitual y proponiendo herramientas y soluciones adecuadas a las peculiaridades de cada tipo de entrevista clínica.

Sin embargo, la relación médico-paciente ha sido poco analizada en ciertos encuentros clínicos, como es el que ocurre en un servicio de urgencias de un hospital. Aquí el contacto es, en general, más breve, existe un mayor grado de ansiedad en el entorno, no es posible realizar un seguimiento posterior del paciente y, a menudo, se ignoran los aspectos psicosociales. Muchas de estas consideraciones están sujetas a matices diferenciadores si el hospital es de nivel secundario o terciario.

En este ambiente la información transmitida al paciente y a sus posibles acompañantes es diferente a la facilitada en la consulta de atención primaria. Si no es bien comprendida en el momento, las posibilidades de que se cumpla lo recomendado —tratamiento farmacológico, revisión por su médico por su médico de familia u otro especialista, etc.—, son muy bajas. Al no existir contacto posterior

entre el médico del servicio de urgencias y el paciente, no pueden resolverse las dudas o aclarar las informaciones mal asimiladas.

Con estas premisas nos propusimos evaluar si los médicos de un servicio de urgencias de un hospital de nivel secundario eran capaces de transmitir al paciente una información clara y eficaz sobre el acto médico en la conducta que debían seguir en cuanto al tratamiento o revisiones sucesiva.

Este estudio arrojó las siguientes Mediciones y Resultados Principales. En una encuesta oral de 15 ítems que incluyo como variables edad, sexo, nivel sociocultural, presencia de acompañante, conocimiento de la identidad del médico, información oral recibida durante la estancia e información oral y escrita de las recomendaciones del alta. Se utilizó como contraste el informe de alta entregado al paciente. Solo 20 pacientes (11.7%) conocían el nombre del médico que los atendió. Existiendo diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.01$) si acudían acompañados. A pesar de que el 97.6% decían haber recibido la información con toda claridad, y que el 88.9% no referían tener duda alguna, solo el 71.9% era capaz de repetir correctamente el tratamiento recomendado al alta. Un 50% había podido leer y entender el informe escrito, mientras que un 19% admitía no comprenderlo y un 20% lo consideraba ilegible.

En el estudio concluimos que es necesario mejorar la información oral y escrita proporcionada a los pacientes que acuden a un servicio de urgencias. Contando con la presencia de un acompañante y comprobando su asimilación para garantizar el cumplimiento de las recomendaciones de alta.

Aunque la investigación del Dr. D. Domínguez Navarro, el Dr. E. Cerrera Barraba y colaboradores se enfoco a la información proporcionada a los pacientes y acompañantes de estos al ser egresados de un servicio de urgencias creo adecuado hacer extensiva la información a todo el público asignado a determinado servicio medico de cuales son las asignaciones de atención en las unidades de urgencias tanto hospitalarias como de las unidades de atención de primer nivel, dándole a conocer cuales son las diferencias entre una urgencia real y una urgencia "sentida" de manera que al consintiera al paciente y sus acompañantes de cuando acudir y cuando no a un servicio de urgencias médicas para darle un uso adecuado para el que fue creado, y no utilizarlo como una alternativa a los servicios de medicina del primer nivel.

Otro de los argumentos para la racionalización de los servicios de urgencias es la duplicación de consultas, estudios y tratamientos otorgados primero por el médico de urgencias y posteriormente por el médico adscrito o familiar, especialmente en los servicios de atención medica sociales que han tomado la norma de dar tratamientos solos y únicamente para el momento de la atención y el padecimiento motivo de la consulta con la consigna para el paciente de acudir a su unidad medica de adscripción, con su médico general o especialista en medicina familiar asignado(3). Aunque la medida parcialmente sea adecuada ya que la intención de los servicios de urgencias es dar la atención inmediata los pacientes que acudan a este servicio, también lo es, una vez resuelta la situación motivo de la consulta o resuelta la urgencia, dar de alta al paciente para continuar su tratamiento por su médico familiar en su caso decidir su traslado a un segundo nivel si se trata de un servicio de urgencias en una unidad de primer nivel o su ingreso a hospital si se

trata de un servicio de urgencias localizado en una unidad hospitalaria. Es principio la estrategia es aceptable, sin embargo uno de los puntos que motiva la sobresaturación de los servicios de urgencias, especialmente en las unidades de primer nivel como lo menciona la Dra. Blanca Éstela Hernández-Leyva (3) es la falta de un suficiente número de consultorios para la población demandante, que al no alcanzar lugar en su consultorio asignado, busca de cualquier forma ver resueltas sus necesidades salud abocándose al servicio más a la mano que sería el de urgencias. Ahora bien, no solo es la falta de consultorios lo que alienta a los pacientes a buscar otras alternativas de atención, también lo es muchas veces la mala calidad de ésta por parte del médico general o familiar que no se da a la tarea de otorgar un poco más de atención a la persona en vez de abocarse únicamente a un número más en su lista de pacientes tomando una actitud despersonalizada que desalienta al usuario a poner su salud en manos de este profesional optando por otra solución a su malestar. Un motivo más por el que el paciente acude a un servicio de urgencias es la creencia de que la atención aquí es mejor, con personal más preparado y mayor equipo técnico como lo ha demostrado los estudios realizados en nuestro país por la Dra. Hernández Leyva(3) y los Drs. M. L. Diego y M. González Hierro en Salamanca(6).

No solo es la sobredemanda de los servicios de urgencias que le resta oportunidad y calidad de atención a los pacientes que realmente la amerita su condición de salud, lo que nos preocupa o el hecho de que se dupliquen consultas. Otro factor sumamente importante es el económico, los servicios de urgencias consumen importantes recursos financieros al requerir personal capacitado, equipo técnico y farmacia las 24 horas del día, costos que se incrementan considerablemente al ser mal utilizados por la población asistente. No me fue posible encontrar datos al respecto de la inversión que representa un servicio de urgencias en los hospitales de nuestro país de ahí que se tome como base estadísticas de otros países principalmente de los Estados Unidos de Norte América como el publicado por J. Gill en su publicación "Urgency From the Patient's Perspective"(8) que nos plantea el costo promedio de \$330.00 dólares por paciente atendido en la sala de urgencias del Marinelans Community Hospital que no debió ser atendido en esta sala dado que sus afecciones no constituían un peligro en ese momento para la integridad de su salud. Costo muy por debajo del standard de otros hospitales tomando en consideración que nuestro hospital depende de los recursos del gobierno federal de los Estados Unidos, con subsidios importantes de la universidad al ser hospital-escuela para la formación de los nuevos médicos generales y de algunas especialidades, con lo cual el desembolso para los pacientes es mínimo y de acuerdo al estudio en particular hecho por el personal de trabajo social y que en muchos casos el pago por los servicios médicos al es igual a \$0.00 dólares ya que este costo es absorbido por la administración del hospital. Estos desembolsos son solo en el caso de consulta y servicios paramédicos básicos incrementándose en ocasiones hasta la cantidad de \$5,000.00 dólares americanos, por estudios más especializados como lo son la tomografía axial computada o la resonancia magnética, estudios practicados muchas veces por los médicos para su propia protección ante futuras demandas debido al hecho de que las salas de urgencias son blanco fácil de demandas por

mala practica o incompetencia cuando por secuelas de accidentes el paciente trata de tomar ventaja monetaria acusando al médico que se hizo cargo de su cuidado en urgencias de las discapacidades consecuentes, a tal grado que el Federal Buró Investigación (F.B.I.) ha encontrado profesionales de la estafa contra aseguradoras y hospitales del gobierno cobrando pensiones por discapacidades sufridas por supuesta negligencia médica.

Estos costos no contemplan el uso de los servicios de emergencia fuera del hospital como lo son las consultas otorgadas por los paramédicos del departamento de bomberos en el domicilio del paciente y apoyados por radiocomunicación con un médico del hospital base, y que no tuvo que ser transportado al hospital para mayores cuidados, tampoco se incluyen las salidas por valoraciones del médico de urgencias por pequeñas lesiones y que deriva al personal de enfermería para su curación y egreso de la sala.

Una investigación similar efectuada por el Dr. Robert M. Williams⁽⁹⁾ en el departamento de urgencias de seis hospitales de la comunidad de Michigan Massachusetts Estados Unidos para determinar los costos de operación de estos departamentos, en los años de 1991 a 1993, con un total de 99.6 millones de consultas de urgencias reales, urgencias inexistentes y de consulta regular, derivando un costo promedio por paciente admitido en las salas de urgencias de estos hospitales de \$383.00 dólares en los hospitales de capital privado, de \$209.00 dólares en los hospitales con recursos privados y subsidios del gobierno federal o del estado y de \$88.00 dólares en los hospitales sostenidos por los gobiernos. Treinta y dos por ciento fueron clasificados como no urgencias, 26% clasificados como semi urgencias, y 42% como urgencias calificadas. El Dr. Williams concluye que el costo en los departamentos de urgencias es relativamente bajo, tomando en cuenta los costos por honorarios de los médicos en sus consultorios particulares, y se añade como una motivo mas para acudir a solicitar atención médica a un departamento de urgencias con el pleno conocimiento de que el padecimiento motivo de la consulta no es una emergencia real, en especial, en los hospitales localizados en las comunidades con un nivel socioeconómico mas bajo, en donde una gran parte de su población no cuenta con la prestación de seguro médico que cubra estos gastos y que en muchos de los casos las cuentas son absorbidas en un alto porcentaje por la administración luego del estudio en la oficina de trabajo social. Esta teoría es semejante a la del Dr. James M. Gill⁽¹⁰⁾, a la expuesta en su estudio "Nonurgent Use Of Hospital Emergency Departments: Urgency from the Patient's Perspective, en cuanto a las causas que motivan a los pacientes a acudir a un servicio de urgencias con plena conciencia de que su padecimiento no lo amerita en realidad, con una gran semejanza si no en los recursos tecnológicos, si en las expectativas que guardan los usuarios al solicitar estos servicios como lo es la creencia de que en los departamentos de urgencias de los hospitales se encuentra el personal mas preparado, cuenta con mayores recursos técnicos y con menor tiempo de espera para la atención en comparación con los países en vías de desarrollo o en aquellos en los que la atención médica es proporcionada por los gobiernos, donde se agrega el no tener que hacer ningún pago por el servicio y les es mas fácil y cómodo el acceso al servicio de urgencias.

PROBLEMA:

Tomando en cuenta que una urgencia medica es aquella lesión o enfermedad que pone en peligro la vida y que requiere atención inmediata, ¿cuales de los pacientes que acuden al servicio de urgencias de Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua, delegación Chihuahua requiere realmente una atención inmediata y quienes pudieran esperar a ser valorados por su medico familiar en consulta ordinaria sin que ello modifique la gravedad o el pronostico de su padecimiento?

JUSTIFICACIÓN

El cada vez más creciente volumen de pacientes que acuden a solicitar consulta en el servicio de urgencias de Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua, delegación Chihuahua nos hace pensar en ¿qué tanto sabe el derechoabiente que utiliza este servicio para lo que realmente fue diseñado, si conoce la diferencia entre lo que es una urgencia médica y una consulta ordinaria, si acude realmente buscando una pronta atención al padecimiento que lo inquieta, o acude al servicio de urgencias con la finalidad de ser atendido con prontitud, ahorrando tiempo en una sala de espera para ser visto por su medico familiar, a sabiendas de que su afección no representa un problema serio, que bien pudiera esperar a la consulta ordinaria? Es este tipo de pacientes los que saturan el servicio de urgencias de Pensiones y los servicios de urgencias de todo el mundo, como lo han demostrado múltiples estudios. Algunos autores, sobre todo los que realizaron sus investigaciones en países en vías de desarrollo, justifican este uso inadecuado de los servicios de urgencias, a un numero insuficiente de lugares en la consulta ordinaria, lo que obliga al paciente a buscar otras alternativas a sus afecciones, o bien, a la mala calidad del servicio ocasionada por un numero exagerado de pacientes asignado a cada médico. Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua, tiene uno de los mejores programas de atención médica social en nuestro país, con un buen numero de médicos generales y especialistas en todas las ramas, con tiempos de espera muy cortos en sus citas con el médico, que además, pueden escoger a su gusto, lo mismo los envíos a especialidad se otorgan en pocos días, si lo comparamos con otras instituciones de gobierno en que el derechoabiente no puede escoger al médico de su preferencia, ya que este les es asignado por la institución. Generalmente deben acudir a solicitar consulta horas antes de que su médico asignado inicie sus labores, y permanecer en la sala de espera todo ese tiempo, so pena de no alcanzar lugar, en cuanto a las interconsultas con especialidad, la situación no mejora, pues pueden pasar no días ni semanas para ser valorado por el especialista, sino hasta meses. Entonces me pregunto ¿si el derechoabiente de Pensiones puede escoger a su médico en consulta ordinaria, si puede solicitar su consulta a una hora programada con una estancia corta en sala de espera? ¿Qué motiva al derechoabiente a acudir a solicitar consulta en el servicio de urgencias? Quisiera pensar, que la mayoría son padecimientos que deben ser valorados con premura, esa es mi duda, de ahí que me gustaría saber, ¿de todas las consultas que otorga él medico de urgencias, cuales se pueden considerar urgencias reales, cuales urgencias sentidas, y cuales a todas luces, consultas de carácter ordinario que debió ser vista por su medico familiar en consulta regular?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar cuales de los principales padecimientos que motivan a los pacientes a acudir al servicio de urgencias de Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua Delegación Chihuahua pueden considerarse urgencias reales y cuales urgencias sentidas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Determinar por grupos de diagnósticos, edad y sexo cuales pacientes de los que acuden al servicio de urgencias de Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua en la delegación Chihuahua cuales pueden ser considerados urgencias médicas reales, y cuales urgencias sentidas.

HIPOTESIS:

⚡ No requiere de hipótesis. Por ser un estudio observacional retrospectivo.

DISEÑO

A partir del primero de Enero de 1999 se inicia la elaboración de este protocolo de investigación el cual será entregado para autorización el día 31 de Julio 1999.

Esta investigación es de tipo observacional retrospectiva, en el periodo comprendido del primero de Enero de 1999 al 31 de Junio del mismo año.

Se incluyen todos los pacientes atendidos en el servicio de urgencias de Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua, en la delegación Chihuahua. En el periodo mencionado y que hayan sido o sean derechohabientes de este servicio médico.

Se excluirán aquellos pacientes atendidos en el servicio de urgencias de Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua, delegación Chihuahua, que no tengan derecho a esta prestación médica.

Se eliminarán del estudio los registros de atención médica del servicio de urgencias referido que carezcan de fecha de la atención, número de afiliación, nombre del paciente, sexo, edad y diagnóstico de presunción.

Para la elaboración de este protocolo, los datos se tomarán de las hojas de registro diario de consulta de los médicos asignados al servicio de urgencias de Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua en la delegación Chihuahua, así como de los expedientes de los mismos pacientes y el apoyo del servicio de bioestadística cuando para ampliar la información sea necesario.

La clasificación de los diagnósticos se hará en base a la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) ajustando los diagnósticos imprecisos lo más apegado por similitud a estos criterios.

Los criterios para determinar si la atención proporcionada o no pudiera ser considerada como urgencia médica fueron los dictaminados por el Colegio Americano de Cirugía y trauma

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO.- Esta investigación es de tipo observacional y retrospectiva

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.- Se incluyen todos los pacientes atendidos en el servicio de urgencias de Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua, en la delegación Chihuahua en el periodo comprendido del primero de Enero de 1999 al 31 de Junio de 1999.

TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.- Se incluyeron el estudio a todos los pacientes que solicitaron atención en el servicio de urgencias de Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua, delegación Chihuahua con un total de 24603 demandantes.

CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION.- Para el estudio se tomaron en cuenta todos aquellos solicitantes y que fueran vigentes al momento de la consulta, Se excluyeron del estudio aquellos pacientes atendidos y que no tuvieran derecho a este servicio. Se eliminaron aquellos cuyos expedientes no contaran con diagnostico o este fuera ilegible

VARIABLES DE MEDICION.- La clasificación de los diagnósticos se basa en la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) ajustando los diagnósticos imprecisos por similitud a estos criterios. Agrupándolos por edad y sexo. Con un total de 22603 pacientes incluidos en el presente estudio

CONSIDERACIONES ETICAS

Por tratarse de un estudio de tipo observacional retrospectivo y descriptivo basado en información registrada en los archivos, expedientes clínicos y banco de memoria del departamento de bioestadística no se requieren mayores consideraciones éticas que las de guardar el respeto y la discreción debida al contenido de dichas fuentes de datos.

RESULTADOS

En el servicio de urgencias de Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua delegación chihuahua, se atendieron un total de 24098 pacientes de los cuales 14495 fueron excluidos por no ser derechohabientes de este servicio, quedando 22603 pacientes que fueron distribuidos en la siguiente forma:

En Enero se atendieron 8736 derechohabientes distribuidos por edad con 689 (7.88%) consultas a menores de 1 año. De 1 a 4 años 1382 (15.81%). De 5 a 9 años 881 (10.08%). De 10 a 14 años 572 (6.54%). De 15 a 19 años 524 (5.99%). De 20 a 29 años 836 (9.56%). De 30 a 39 años 1178 (13.48%). De 40 a 49 años 923 (10.56%). De 50 a 59 años 764 (8.74%). De 60 años o más 987 (11.29%). Distribuidos por sexo se atendieron 4866 (55.80%) mujeres y 3870 (44.20%) hombres.

Del total de consultas otorgadas a derechohabientes, 6963 (79.70%) fueron consideradas como urgencias sentidas en tanto 1773 (20.30%) se consideraron urgencias reales.

Los resultados de Febrero fueron los siguientes: con un total de 4297 pacientes atendidos, 301 (7.00%) correspondieron a menores de 1 año. De 1 a 4 años 715 (16.63%). De 5 a 9 años 565 (13.14%). De 10 a 14 años 328 (7.63%). De 15 a 19 años (5.46%). De 20 a 29 años 385 (8.95%). De 30 a 39 años 490 (11.40%). De 40 a 49 años 457 (10.61%). De 50 a 59 años 310 (7.21%) y de 60 o más años 511 (11.89%).

En cuanto a la distribución por sexo 2530 (58.87%) fueron mujeres y 1767 (41.13%) fueron hombres.

Del total de consultas otorgadas 3589 (83.52%) fueron consideradas como urgencias sentidas y 708 (16.48%) como urgencias reales.

En marzo se atendieron 2781 pacientes de los cuales 210 (7.55%) fueron menores de 1 año. De 1 a 4 años 501 (18.01%). De 5 a 9 años 264 (9.49%). De 10 a 14 años 201 (7.22%). De 15 a 19 años 183 (6.58%). De 20 a 29 años 180 (6.47%). De 30 a 39 años 372 (13.37%). De 40 a 49 años 279 (10.03%). De 50 a 59 años 195 (7.01%). De 60 años y mayores 396 (14.23%).

De estos pacientes 1158 (41.63%) correspondieron al sexo masculino y 1623 (58.36%) al femenino.

De las consultas otorgadas 2189 (78.71%) se consideraron como urgencias sentidas y 1159 (21.29%) como urgencias reales.

En el mes de Abril fueron valorados 3744 pacientes, de estos 117 (3.12%) fueron menores de 1 año. 570 (15.22%) de 1 a 4 años. 333 (8.89%) de 5 a 9 años. 301 (8.03%) de 10 a 14 años. 232 (6.19%) de 15 a 19 años. 453 (12.00%) de 20 a 29 años. 530 (14.15%) de 30 a 39 años. 424 (11.32%) de 40 a 49 años. 278 (7.24%) de 50 a 59 años y 506 (13.51%) de 60 años o más.

La clasificación por sexo fue de 2275 (60.76%) de mujeres atendidas, en tanto fueron 1469 (39.23%) los hombres.

2947 (78.71%) pacientes de los pacientes atendidos su urgencia fue declarada sentida y 797 (21.29%) se acepto como urgencia real.

Durante el mes de Mayo se consulto a 2828 pacientes. De estos, los menores de 1 año fueron 183 (6.47%). De 1ª 4 años 461 (16.30%). De 5 a 9 años 345 (12.19%). De 10 a 14 años 220 (7.77%). De 15 a 19 años 163 (5.76%). De 20 a 29 años 263 (9.29%). De 30 a 39 años 373 (13.18%). De 40 a 49 años 255 (9.01%). De 50 a 59 años 190 (6.71%) y de 60 años o más 375 (13.26%).

Por sexo 1669 (59.01%) fueron del sexo femenino y 1159 (40.99%) fueron del sexo masculino.

Por el tipo de urgencia se considero como sentida en 2184 (77.22%) casos y 597 (22.78%) se tomo como urgencia real.

En Junio el numero de consultas fue muy por debajo de los meses anteriores con solo 217 captados durante este mes, distribuidos por edades en menores de 1 año con solo 1 consulta (0.46%), de 1 a 4 años 8 (3.68%), de 5 a 9 años 3 (1.38%) de 10 a 14 años 8 (3.68%), de 15 a 19 años 13 (5.99%), de 20 a 29 años 27 (12.44%), de 30 a 39 años 49 (22.58%), de 40 a 49 años 36 (15.58%), de 50 a 59 años 27(12.44%), de 60 años y mayores 45 (20.73%)

De acuerdo al sexo fueron 115 (52.99%) las mujeres atendidas y 102 (47.01%) los hombres consultados.

Del total de pacientes que fueron atendidos 176 (64.94%) se clasificaron como urgencias sentidas y 41 (35.06%) como verdaderas urgencias.

En general, durante la primera mitad de 1999 se atendieron 1501 (6.64%) pacientes menores de 1 año. De 1 a 4 años 3637 (16.10%). De 5 a 9 años 2390 (10.58%). De 10 a 14 años 1630 (7.21%). De 15 a 19 años 1350 (5.97%). De 20 a 29 años 2144 (9.48%). De 30 a 39 años 2992 (13.23%). De 40 a 49 años 2374 (10.50%). De 50 a 59 años 1764 (7.80%). De 60 años y mayores 2820 (12.47%).

De estos pacientes 9525 (42.14%) correspondieron al sexo masculino y 13078 (57.86%) al sexo femenino.

Del total de pacientes valorados 18048 (79.84%) se tomaron como urgencias sentidas y 4555 (20.16%) se aceptaron como urgencias reales.

En general se concluye que los pacientes que mas acude al servicio de urgencias de Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua, delegación Chihuahua, son principalmente del sexo femenino (aproximadamente el 57%), en edades de 1 a 4 años, de 30 a 39 años y mayores de 60 años. Presentándose la mayor demanda durante los meses fríos decreciendo conforme se acerca el verano.

Los principales motivos para acudir a solicitar atención al servicio de urgencias son principalmente: estar muy alarmado por sus síntomas, necesidad de solucionar su problema con rapidez, y por encontrarse el servicio de consulta externa fuera de horario o ser día festivo en este orden, sin tomaren cuenta a los pacientes referidos de consulta externa o que ingresan trasladados en ambulancia.

A N E X O S

ENERO

PRINCIPALES DIAGNOSTICOS

1. ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES- 513
2. INFECCIONES VIRALES CARACTERIZADAS POR LESIONES DE LA PIEL Y DE LA MEMBRANA MUCOSA- 27
3. DIABETES MELLTUS- 45
4. TRASTORNOS NEUROTICOS, TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ESTRÉS Y TRASTORNOS SOMATOMORFOS- 63
5. TRASTORNOS EPISODICOS Y PAROXISTICOS- 69
6. TRASTORNOS DE LA CONJUNTIVA- 99
7. ENFERMEDADES DEL OIDO MEDIO Y DE LA MASTOIDES- 72
8. ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS- 99
9. INFECCIONES AGUDAS DE VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES- 2919
10. OTRAS INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES-48
11. ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES- 174
12. ENFERMEDADES DEL ESOFAGO, DEL ESTOMAGO Y DEL DUODENO- 816
13. INFECCIONES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO- 36
14. DERMATTITIS Y ECZEMA- 21
15. URTICARIA Y ERITEMA- 33
16. OTROS TRASTORNOS ARTICULARES- 51
17. OTRAS DORSOPATIAS- 72
18. OTROS TRASTORNOS DE TEJIDOS BLANDOS- 63
19. CONDROPATIAS- 21
20. OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO- 165
21. SIGNOS Y SINTOMAS QUE INVOLUCRAN EL SISTEMA CIRCULATORIO Y RESPIRATORIO- 12
22. SIGNOS Y SINTOMAS QUE INVOLUCRAN EL SISTEMA DIGESTIVO Y EL ABDOMEN- 66
23. SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN EL CONOCIMIENTO, LA PERCEPCION, EL ESTADO EMOCIONAL Y LA CONDUCTA- 21
24. SIGNOS Y SINTOMAS GENERALES- 48
25. TRAUMATISMOS DE LA CABEZA- 117
26. TRAUMATISMOS DEL TOBILLO Y DEL PIE- 45
27. TRAUMATISMOS QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES DEL CUERPO- 138
28. PERSONAS EN CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD PARA INVESTIGACION Y EXAMENES- 174
29. OTROS DIAGNOSTICOS NO TIPIFICADOS- 1320
30. SIN DIAGNOSTICO, DIAGNOSTICO ILEGIBLE- 1554

TOTAL DE CONSULTAS OTORGADAS- 8736

FRECUENCIA DE PADECIMIENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA

DELEGACION CHIHUAHUA

ENERO

CONSULTAS POR EDAD Y SEXO

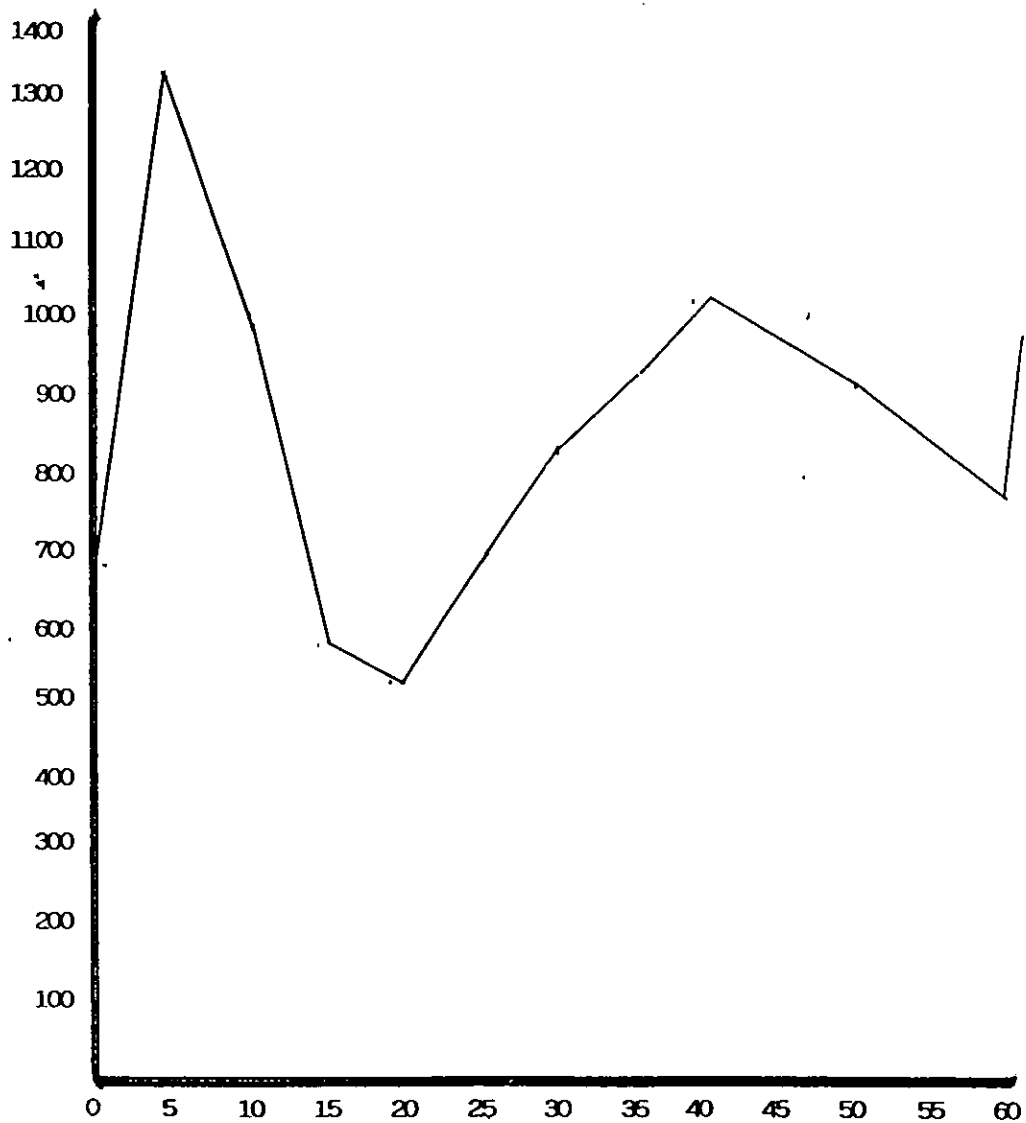
EDAD	TOTAL	%
O-11 MESES	689	7.88%
1-4 AÑOS	1382	15.81%
5-9 AÑOS	881	10.08%
10-14 AÑOS	572	6.54%
15-19 AÑOS	524	5.99%
20-29 AÑOS	836	9.56%
30-39 AÑOS	1178	13.48%
40-49 AÑOS	923	10.56%
50-59 AÑOS	764	8.74%
60 AÑOS O MAS	987	11.29%
	8736	

SEXO	TOTAL	%
MASCULINO	3870	44.20%
FEMENINO	4866	55.80%
	8736	

CUADRO 1

FUENTE: BIOESTADISTICA P.C.E.

**FRECUENCIA DE PADECIMIENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
DELEGACION CHIHUAHUA
ENERO**



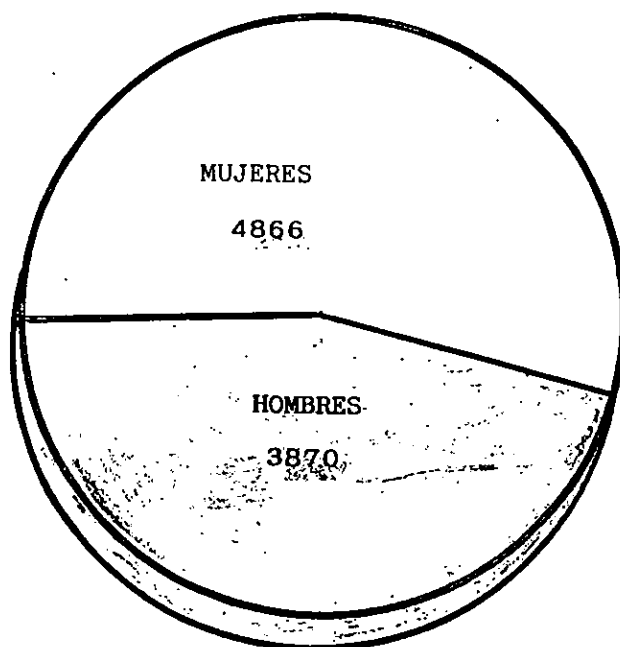
GRAFICA 1

NUMERO DE CONSULTAS POR EDAD

FUENTE: BIOESTADISTICA P.C.E.

**FRECUENCIA DE PADECIMIENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
DELEGACION CHIHUAHUA**

ENERO



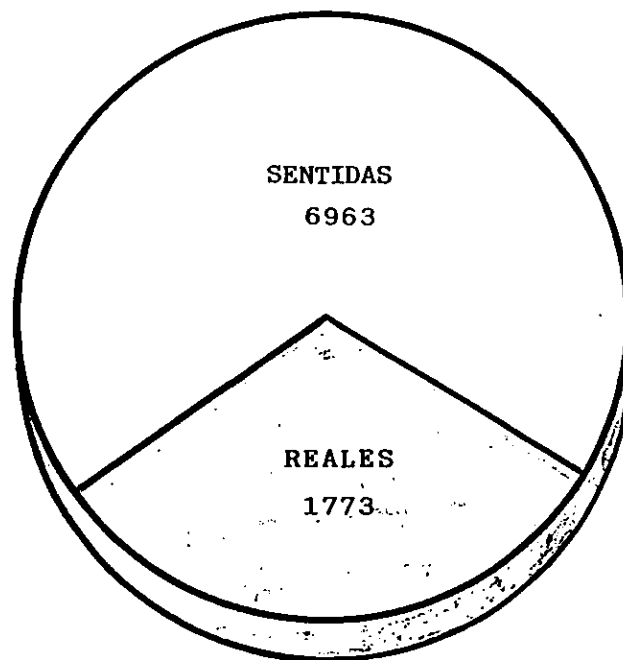
NUMERO DE CONSULTAS POR SEXO

GRAFICA 2

FUENTE: BIOESTADISTICA P.C.E.

**FRECUENCIA DE PADECIMIENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
DELEGACION CHIHUAHUA**

ENERO



NUMERO DE CONSULTAS SENTIDAS Y REALES

GRAFICA 3

FUENTE: BIOESTADISTICA P.C.E.

FEBRERO

PRINCIPALES DIAGNOSTICOS

1. ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES- 171
2. INFECCIONES VIRALES CARACTERIZADAS POR LESIONES DE LA PIEL Y DE LAS MEMBRANAS MUCOSAS- 24
3. DIABETES MELLITUS- 18
4. TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)- 15
5. TRASTORNOS EPISODICOS Y PAROXISTICOS- 33
6. TRASTORNOS DE LA CONJUNTIVA- 9
7. ENFERMEDADES DEL OIDO EXTERNO- 12
8. ENFERMEDADES DEL OIDO MEDIO Y DE LA MASTOIDES-90
9. ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS- 57
10. INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES-1590
11. INFLUENZA Y NEUMONIA- 72
12. ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES- 96
13. ENFERMEDADES DEL ESOFAGO, ESTOMAGO Y DEL DUODENO- 51
14. OTRAS ENFERMEDADES DE LOS INTESTINOS- 12
15. INFECCIONES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO- 12
16. DERMATITIS Y ECZEMA- 12
17. DORSOPATIAS- 57
18. LITIASIS URINARIA-15
19. OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO- 34
20. SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN EL SISTEMA DIGESTIVO Y EL ABDOMEN- 21
21. SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES- 8
22. TRAUMATISMO DE LA CABEZA- 21
23. TRAUMATISMO DEL TOBILLO Y DEL PIE- 18
24. TRAUMATISMOS QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES DELCUERPO- 66
25. PERSONAS EN CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD PARA INVESTIGACION Y EXAMENES- 108
26. OTROS DIAGNOSTICOS NO TIPIFICADOS- 537
27. SIN DIAGNOSTICO, DIAGNOSTICO ILEGIBLE- 1092

TOTAL DE CONSULTAS OTORGADAS- 4297

**FRECUENCIA DE PADECIMIENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
DELEGACION CHIHUAHUA**

FEBRERO

CONSULTAS POR EDAD Y SEXO

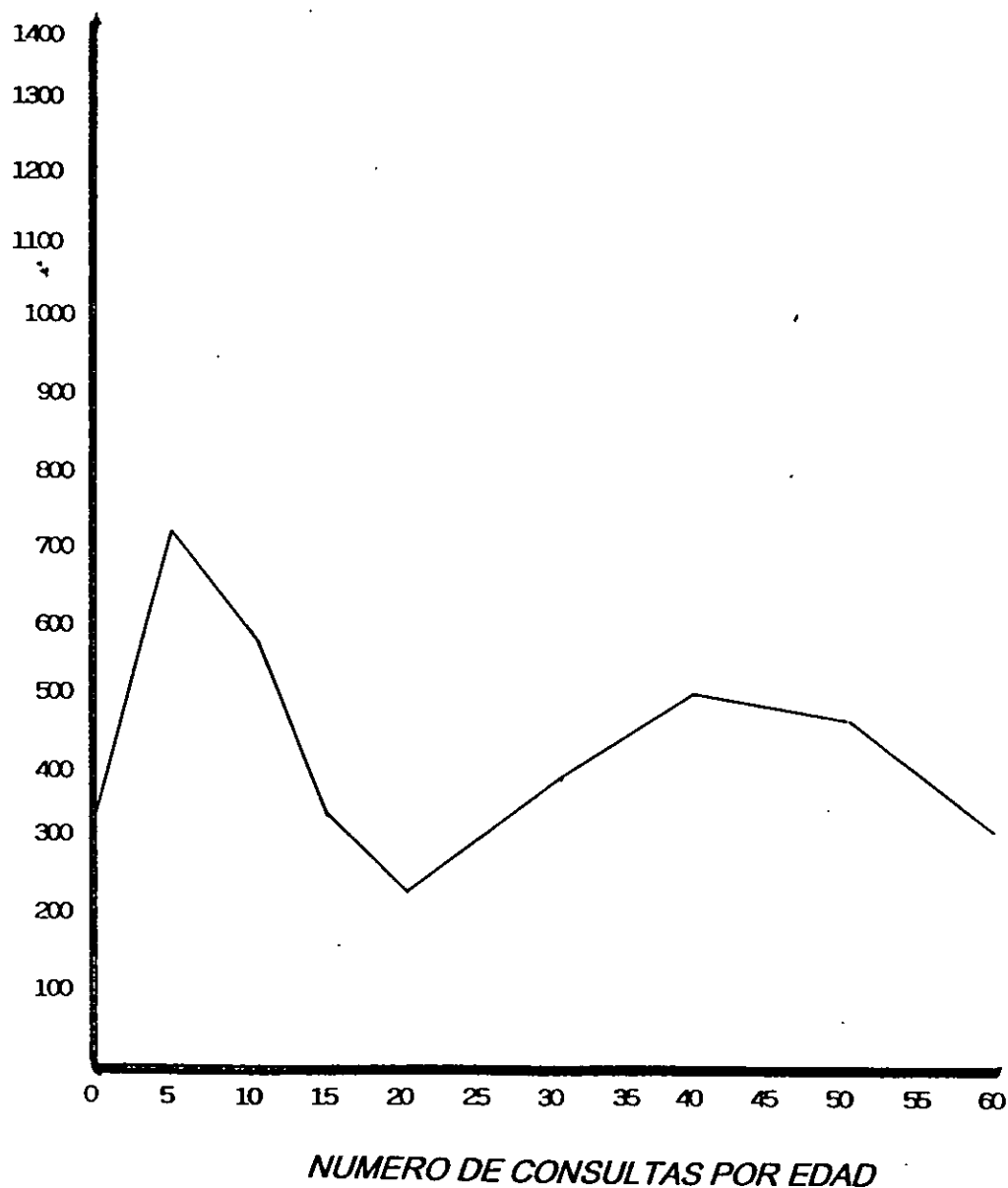
EDAD	TOTAL	%
0-11 MESES	301	7.00%
1-4 AÑOS	715	16.63%
5-9 AÑOS	565	13.14%
10-14 AÑOS	328	7.63%
15-19 AÑOS	235	5.46%
20-29 AÑOS	385	8.95%
30-39 AÑOS	490	11.40%
40-49 AÑOS	457	10.61%
50-59 AÑOS	310	7.21%
60 AÑOS O MAS	511	11.89%
	4297	

SEXO	TOTAL	%
MASCULINO	1767	41.12%
FEMENINO	2530	58.87%
	4297	

CUADRO 2

FUENTE: BIOESTADISTICA P.C.E.

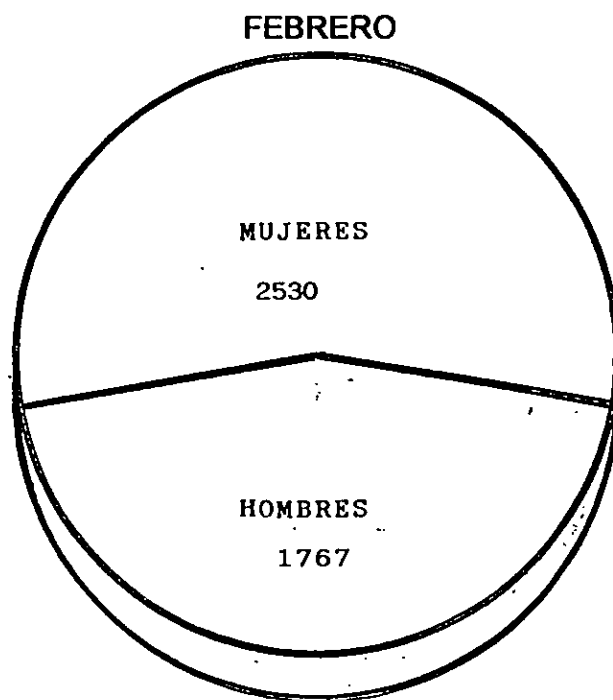
**FRECUENCIA DE PADECIMIENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
DELEGACION CHIHUAHUA
FEBRERO**



GRAFICA

FUENTE: BIOESTADISTICA P.C.E.

**FRECUENCIA DE PADECIMIENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
DELEGACION CHIHUAHUA**



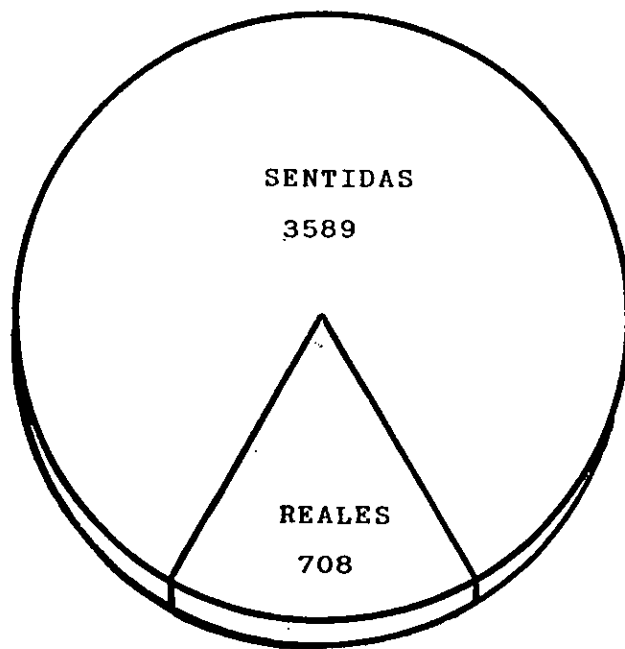
NUMERO DE CONSULTAS POR SEXO

GRAFICA 5

FUENTE: BIOESTADISTICA P.C.E.

**FRECUENCIA DE PADECIMIENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
DELEGACION CHIHUAHUA**

FEBRERO



NUMERO DE CONSULTAS SENTIDAS Y REALES

GRAFICA 6

FUENTE: BIOESTADISTICA P.C.E.

MARZO

PRINCIPALES DIAGNOSTICOS

1. ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES- 231
2. INFECCIONES VIRALES CARACTERIZADAS POR LESIONES DE LA PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS- 15
3. TRASTORNOS NEUROTICOS, TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ESTRÉS Y TRASTORNOS SOMATOMORFOS- 18
4. TRASTORNOS EPISODICOS Y PAROXISTICOS- 27
5. TRASTORNOS DE LA CONJUNTIVA- 24
6. ENFERMEDADES DEL OIDO EXTERNO- 24
7. ENFERMEDADES DEL OIDO MEDIO Y DE LA MASTOIDES- 51
8. ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS- 42
9. INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES- 534
10. OTRAS ENFERMEDADES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES- 21
11. ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES- 42
12. ENFERMEDADES DEL ESOFAGO, DEL ESTOMAGO Y DEL DUODENO- 21
13. DORSOPATIAS- 45
14. OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO- 42
15. SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES- 30
16. TRAUMATISMOS DE LA CABEZA- 39
17. TRAUMATISMO DEL TOBILLO Y PIE- 30
18. TRAUMATISMOS QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES DEL CUERPO- 99
19. PERSONAS EN CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA INVESTIGACION Y EXAMENES- 84
20. OTROS DIAGNOSTICOS NO TIPIFICADOS- 534
21. SIN DIAGNOSTICO, DIAGNOSTICO ILEGIBLE- 789

TOTAL DE CONSULTAS OTORGADAS- 2781

FRECUENCIA DE PADECIMIENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA

DELEGACION CHIHUAHUA

MARZO

CONSULTAS POR EDAD Y SEXO

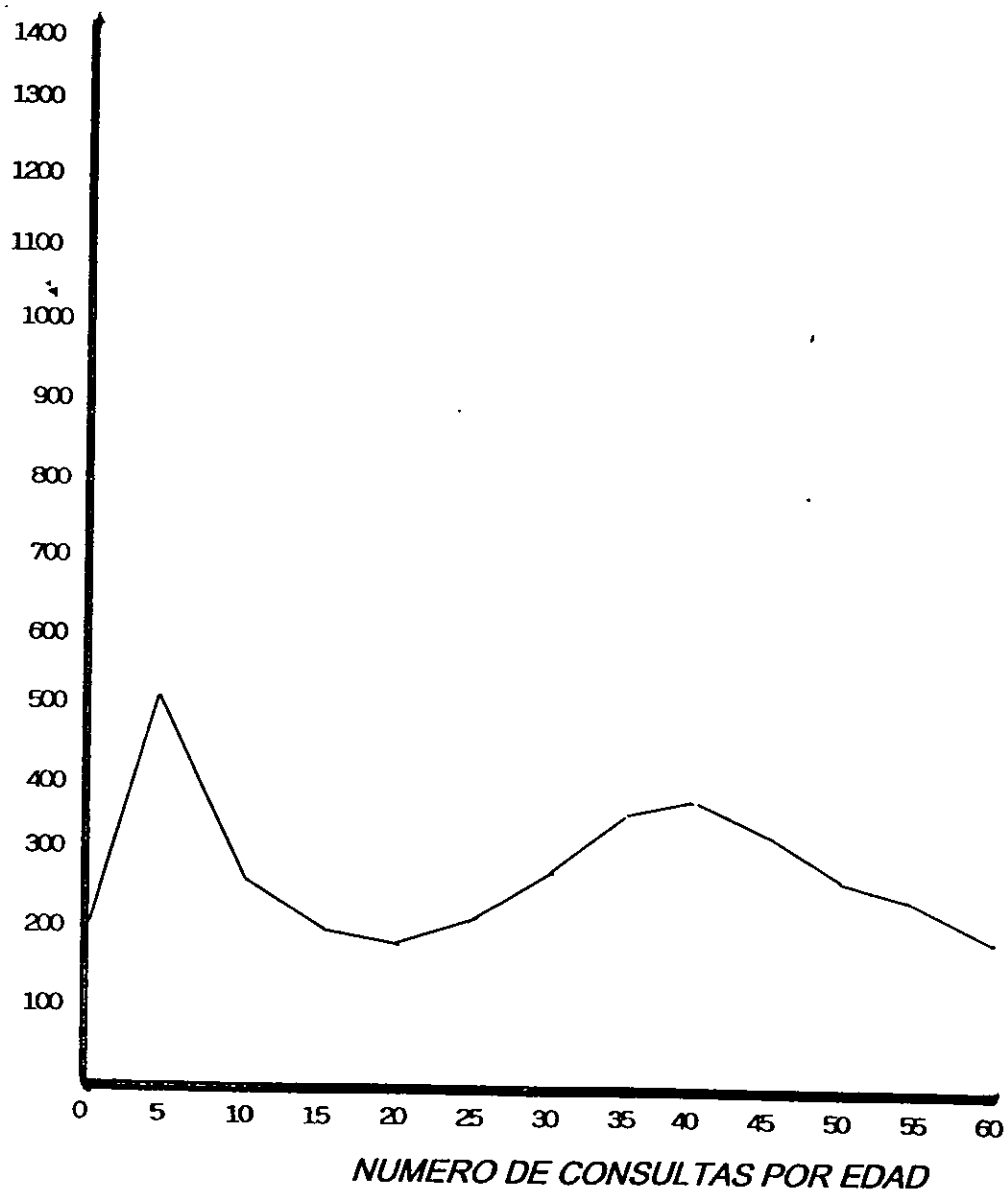
EDAD	TOTAL	%
0-11 MESES	210	7.55%
1-4 AÑOS	501	18.01%
5-9 AÑOS	264	9.49%
10-14 AÑOS	201	7.22%
15-19 AÑOS	183	6.58%
20-29 AÑOS	180	6.47%
30-39 AÑOS	372	13.37%
40-49 AÑOS	279	10.03%
50-59 AÑOS	195	7.01%
60 AÑOS O MAS	396	14.23%
	2781	

SEXO	TOTAL	%
MASCULINO	1158	41.63%
FEMENINO	1623	58.36%
	2781	

CUADRO 3

FUENTE: BIOESTADISTICA P.C.E.

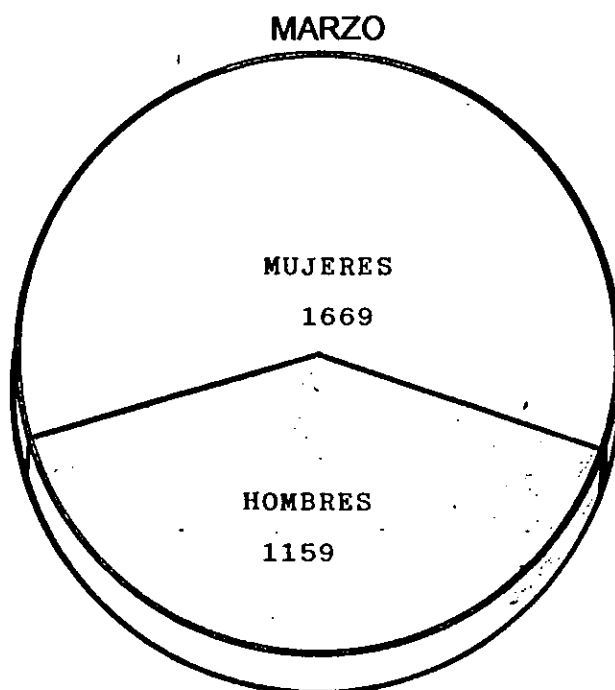
**FRECUENCIA DE PADECIMIENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
DELEGACION CHIHUAHUA
MARZO**



GRAFICA

FUENTE: BIOESTADISTICA P.C.E.

**FRECUENCIA DE PADECIMIENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
DELEGACION CHIHUAHUA**



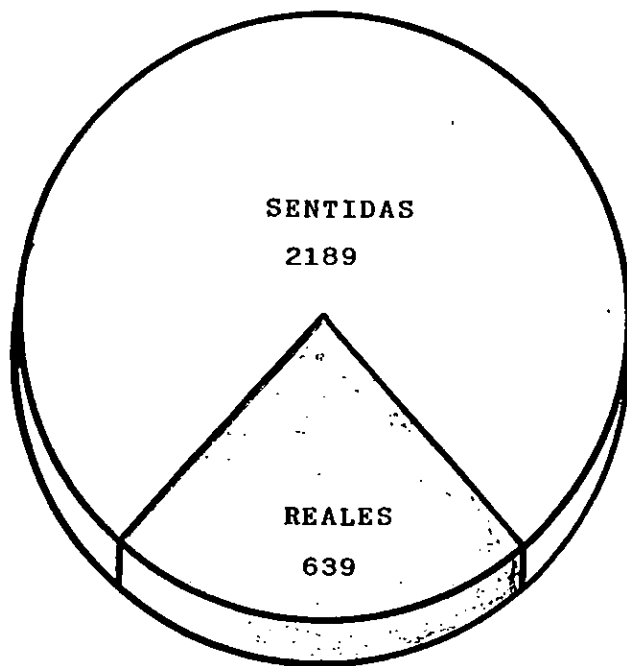
NUMERO DE CONSULTAS POR SEXO

GRAFICA 8

FUENTE: BIOESTADISTICA P.C.E.

**FRECUENCIA DE PADECIMIENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
DELEGACION CHIHUAHUA**

MARZO



NUMERO DE CONSULTAS SENTIDAS Y REALES

GRAFICA 9

FUENTE: BIOESTADISTICA P.C.E.

ABRIL

PRINCIPALES DIAGNOSTICOS

1. ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES- 299
2. INFECCIONES VIRALES CARACTERIZADAS POR LESIONES DE LA PIEL Y DE LAS MEMBRANAS MUCOSAS-20
3. DIABETES MELLITUS-18
4. TRASTORNOS EPISODICOS Y PAROXISTICOS- 42
5. TRASTORNOS DE LA CONJUNTIVA-31
6. ENFERMEDADES DEL OIDO MEDIO Y DE LA MASTOIDES-40
7. ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS- 49
8. INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES- 583
9. OTRAS ENFERMEDADES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES- 22
10. ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES-37
11. ENFERMEDADES DE LA CAVIDAD BUCAL, DE LAS GLANDULAS SALIVALES Y DE LOS MAXILARES- 13
12. ENFERMEDADES DEL ESOFAGO, DEL ESTOMAGO Y DEL DUODENO- 57
13. DERMATITIS Y ECZEMA-19
14. URTICARIA Y ERITEMA- 19
15. DORSOPATIAS- 62
16. OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO- 103
17. SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN EL SISTEMA DIGESTIVO Y EL ABDOMEN- 25
18. SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES- 37
19. TRAUMATISMOS DE LA CABEZA- 51
20. TRAUMATISMOS DE LA MUÑECA Y MANO- 32
21. TRAUMATISMOS DEL TOBILLO Y DEL PIE- 29
22. TRAUMATISMOS QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES DELCUERPO- 74
23. PERSONAS ENCONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD PARA INVESTIGACION Y EXAMENES-70
24. OTROS DIAGNOSTICOS NO TIPIFICADOS- 906
25. SIN DIAGNOSTICO, DIAGNOSTICO ILEGIBLE- 1041

TOTAL DE CONSULTAS OTORGADAS- 3744

**FRECUENCIA DE PADECIMIENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
DELEGACION CHIHUAHUA**

ABRIL

CONSULTAS POR EDAD Y SEXO

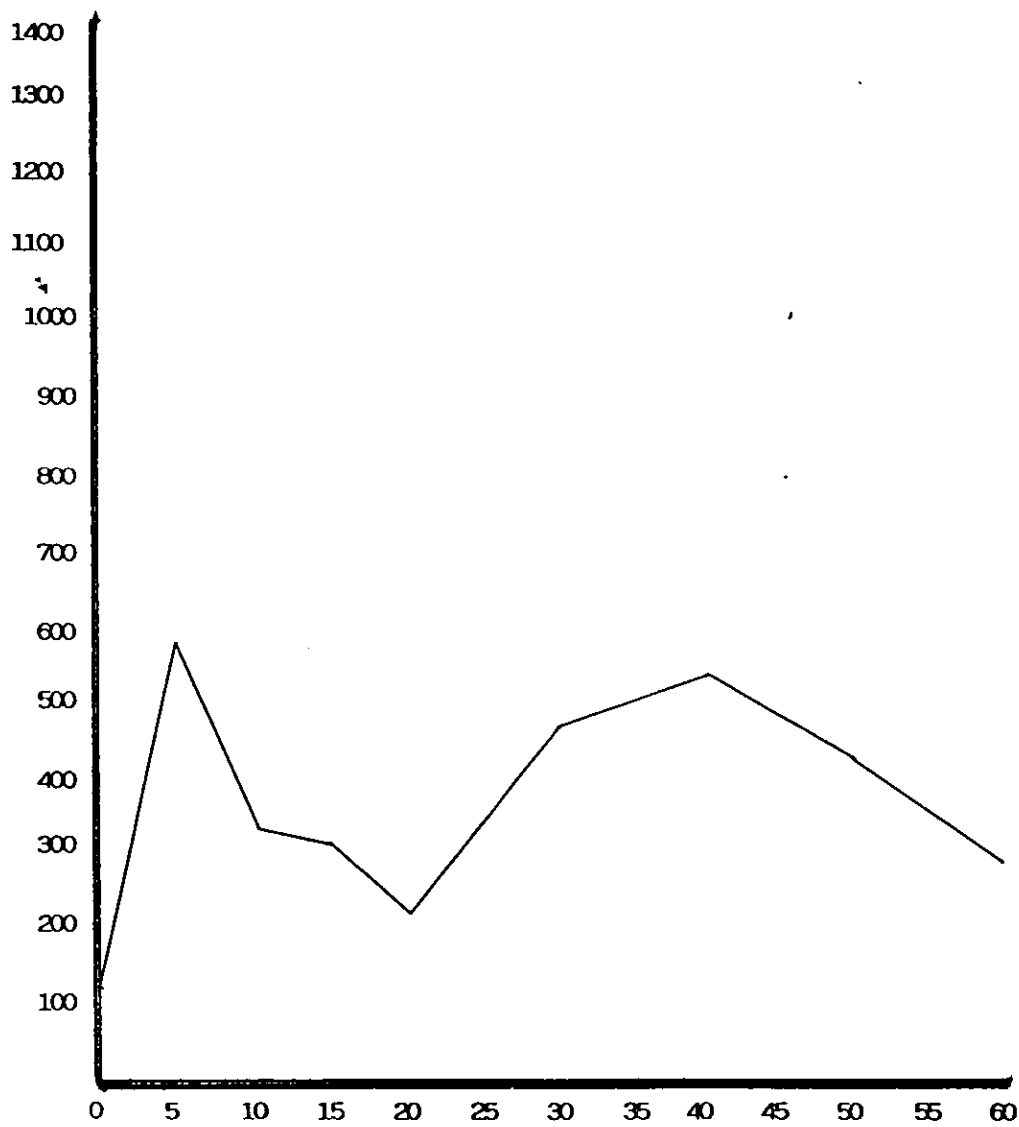
EDAD	TOTAL	%
0-11 MESES	117	3.12%
1-4 AÑOS	570	15.22%
5-9 AÑOS	333	8.89%
10-14 AÑOS	301	8.03%
15-19 AÑOS	232	6.19%
20-29 AÑOS	453	12.09%
30-39 AÑOS	530	14.15%
40-49 AÑOS	424	11.32%
50-59 AÑOS	278	7.42%
60 AÑOS O MAS	506	13.51%
	3744	

SEXO	TOTAL	%
MASCULINO	1469	39.23%
FEMENINO	2275	60.76%
	3744	

CUADRO 4

FUENTE: BIOESTADISTICA P.C.E.

**FRECUENCIA DE PADECIMIENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
DELEGACION CHIHUAHUA
ABRIL**

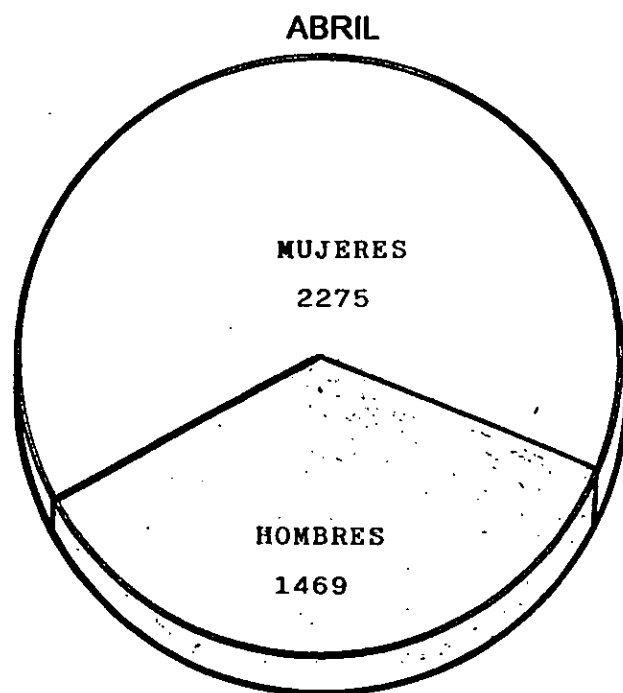


GRAFICA 10

NUMERO DE CONSULTAS POR EDAD

FUENTE: BIOESTADISTICA P.C.E.

**FRECUENCIA DE PADECIMIENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
DELEGACION CHIHUAHUA**



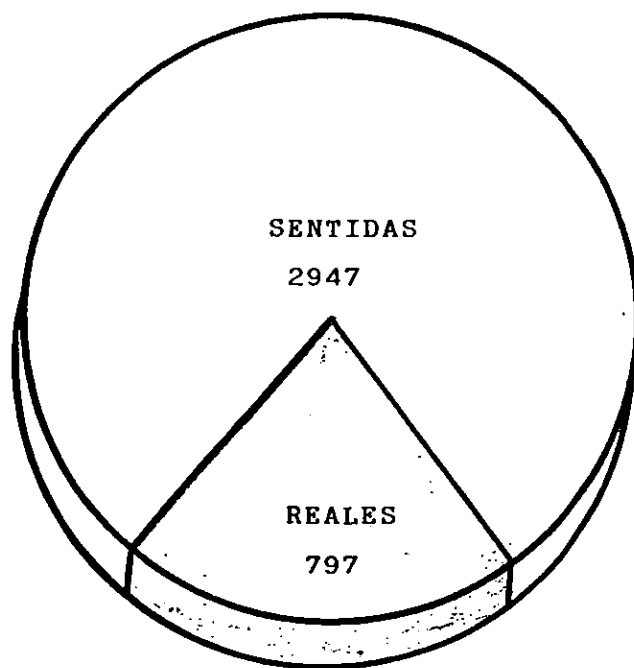
NUMERO DE CONSULTAS POR SEXO

GRAFICA 11

FUENTE: BIOESTADISTICA P.C.E.

**FRECUENCIA DE PADECIMIENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
DELEGACION CHIHUAHUA**

ABRIL



NUMERO DE CONSULTAS SENTIDAS Y REALES

GRAFICA 12

FUENTE: BIOESTADISTICA P.C.E.

MAYO

PRINCIPALES DIAGNOSTICOS

1. ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES- 267
2. INFECCIONES VIRALES CARACTERIZADAS POR LESIONES DE LA PIEL Y DE LAS MEMBRANAS MUCOSAS- 37
3. DIABETES MELLITUS- 19
4. TRASTORNOS EPISODICOS Y PAROXISTICOS- 22
5. TRASTORNOS DE LA CONJUNTIVA- 23
6. ENFERMEDADES DEL OIDO MEDIO Y DE LA MASTOIDES- 35
7. ENFERMEDADES DEL OIDO INTERNO- 15
8. ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS- 36
9. INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES- 464
10. ENFERMEDADES DE LA CAVIDAD BUCAL, DE LAS GLANDULAS SALIVALES Y DE LOS MAXILARES- 22
11. ENFERMEDADES DEL ESOFAGO, DEL ESTOMAGO Y DEL DUODENO-54
12. INFECCIONES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO- 14
13. DERMATITIS Y ECZEMA- 17
14. URTICARIA Y ERITEMA
15. DORSOPATIAS- 43
16. OTROS TRASTORNOS DE LOS TEJIDOS BLANDOS- 18
17. OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO- 42
18. SIGNOS Y SINTOMAS QUE INVOLUCRAN LOS SISTEMAS CIRCULATORIO Y RESPIRATORIO- 11
19. SIGNOS Y SINTOMAS GENERALES- 24
20. TRAUMATISMO DE LA CABEZA- 53
21. TRAUMATISMO DE LA MUÑECA Y MANO- 30
22. TRAUMATISMO DEL TOBILLO Y DEL PIE- 20
23. TRAUMATISMOS QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES DEL CUERPO- 84
24. PERSONAS EN CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD PARA INVESTIGACION Y EXAMENES- 80
25. OTROS DIAGNOSTICOS NO TIPIFICADOS- 633
26. SIN DIAGNOSTICO, DIAGNOSTICO ILEGIBLE- 802

TOTAL DE CONSULTAS OTORGADAS- 2828

**FRECUENCIA DE PADECIMIENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
DELEGACION CHIHUAHUA**

MAYO

CONSULTAS POR EDAD Y SEXO

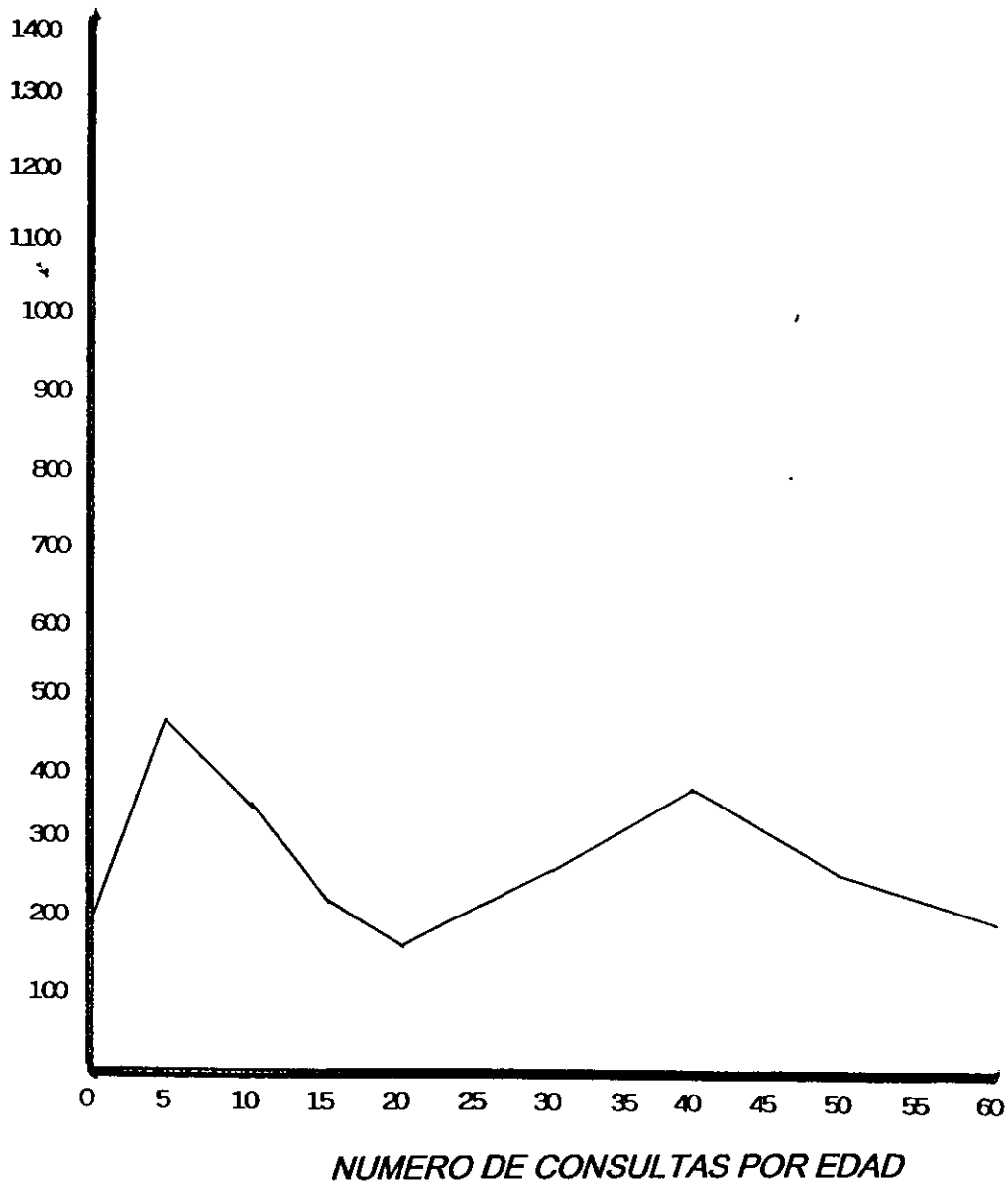
EDAD	TOTAL	%
0-11 MESES	183	6.47%
1-4 AÑOS	461	16.30%
5-9 AÑOS	345	12.19%
10-14 AÑOS	220	7.77%
15-19 AÑOS	163	5.76%
20-29 AÑOS	263	9.29%
30-39 AÑOS	373	13.18%
40-49 AÑOS	255	9.01%
50-59 AÑOS	190	6.71%
60 AÑOS O MAS	375	13.26%
	2828	

SEXO	TOTAL	%
MASCULINO	1159	40.98%
FEMENINO	1669	59.01%
	2828	

CUADRO 5

FUENTE: BIOESTADISTICA P.C.E.

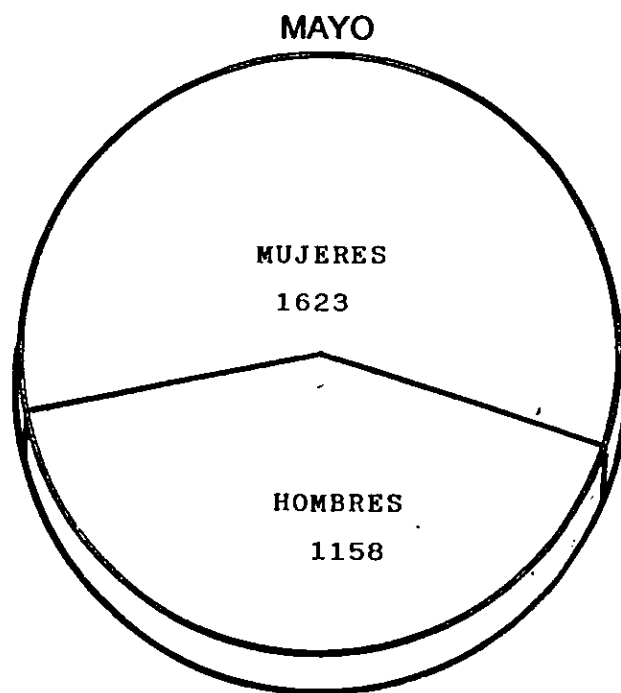
**FRECUENCIA DE PADECIMIENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
DELEGACION CHIHUAHUA
MAYO**



GRAFICA 13

FUENTE: BIOESTADISTICA P.C.E.

**FRECUENCIA DE PADECIMIENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
DELEGACION CHIHUAHUA**



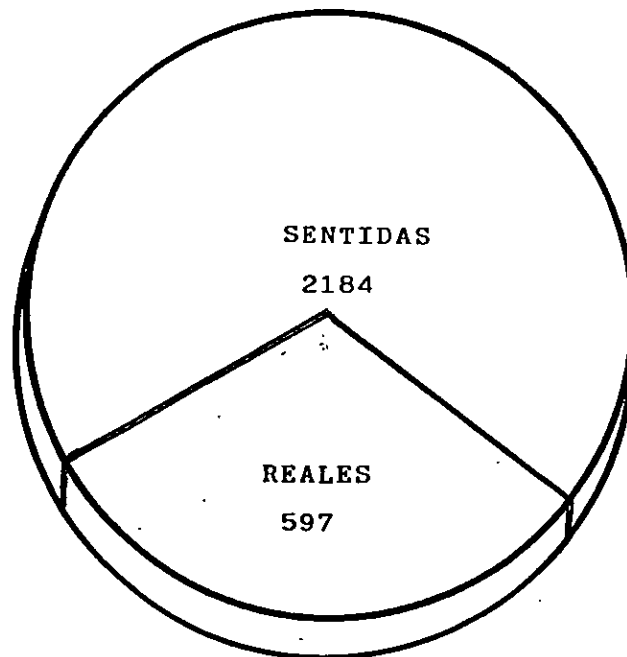
NUMERO DE CONSULTAS POR SEXO

GRAFICA 14 .

FUENTE: BIOESTADISTICA P.C.E.

**FRECUENCIA DE PADECIMIENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
DELEGACION CHIHUAHUA**

MAYO



NUMERO DE CONSULTAS SENTIDAS Y REALES

GRAFICA 15

FUENTE: BIOESTADISTICA P.C.E.

JUNIO

PRINCIPALES DIAGNOSTICOS

1. ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES- 14
2. TRASTORNOS EPISODICOS Y PAROXISTICOS- 2
3. TRASTORNOS DE LA CONJUNTIVA- 3
4. ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS- 6
5. OTRAS FORMAS DE ENFERMEDAD DEL CORAZON- 1
6. INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES- 23
7. ENFERMEDADES DE LA CAVIDAD BUCAL, DE LAS GLANDULAS SALIVALES Y DE LOS MAXILARES- 14
8. ENFERMEDADES DEL ESOFAGO, DEL ESTOMAGO Y EL DUODENO- 7
9. DERMATITIS Y ECZEMA- 4
10. URTICARIA Y ERITEMA- 3
11. DORSALGIAS- 7
12. OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO- 3
13. SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN EL CONOCIMIENTO, LA PERCEPCION, EL ESTADO EMOCIONAL Y LA CONDUCTA- 5
14. TRAUMATISMOS QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES DEL CUERPO- 4
15. PERSONAS EN CONTACTO CON LOS SERVICIOS DESALUD PARA INVESTIGACION Y EXAMENES- 8
16. OTROS DIAGNOSTICOS NO TIPIFICADOS-71
17. SIN DIAGNOSTICO, DIAGNOSTICO ILEGIBLE-42

TOTAL DE CONSULTAS OTORGADAS- 217

**FRECUENCIA DE PADECIMIENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
DELEGACION CHIHUAHUA**

JUNIO

CONSULTAS POR EDAD Y SEXO

EDAD	TOTAL	%
0-11 MESES	1	0.46%
1-4 AÑOS	8	3.68%
5-9 AÑOS	3	1.38%
10-14 AÑOS	8	3.68%
15-19 AÑOS	13	5.99%
20-29 AÑOS	27	12.44%
30-39 AÑOS	49	22.58%
40-49 AÑOS	36	15.58%
50-59 AÑOS	27	12.44%
60 AÑOS O MAS	45	20.73%
	217	

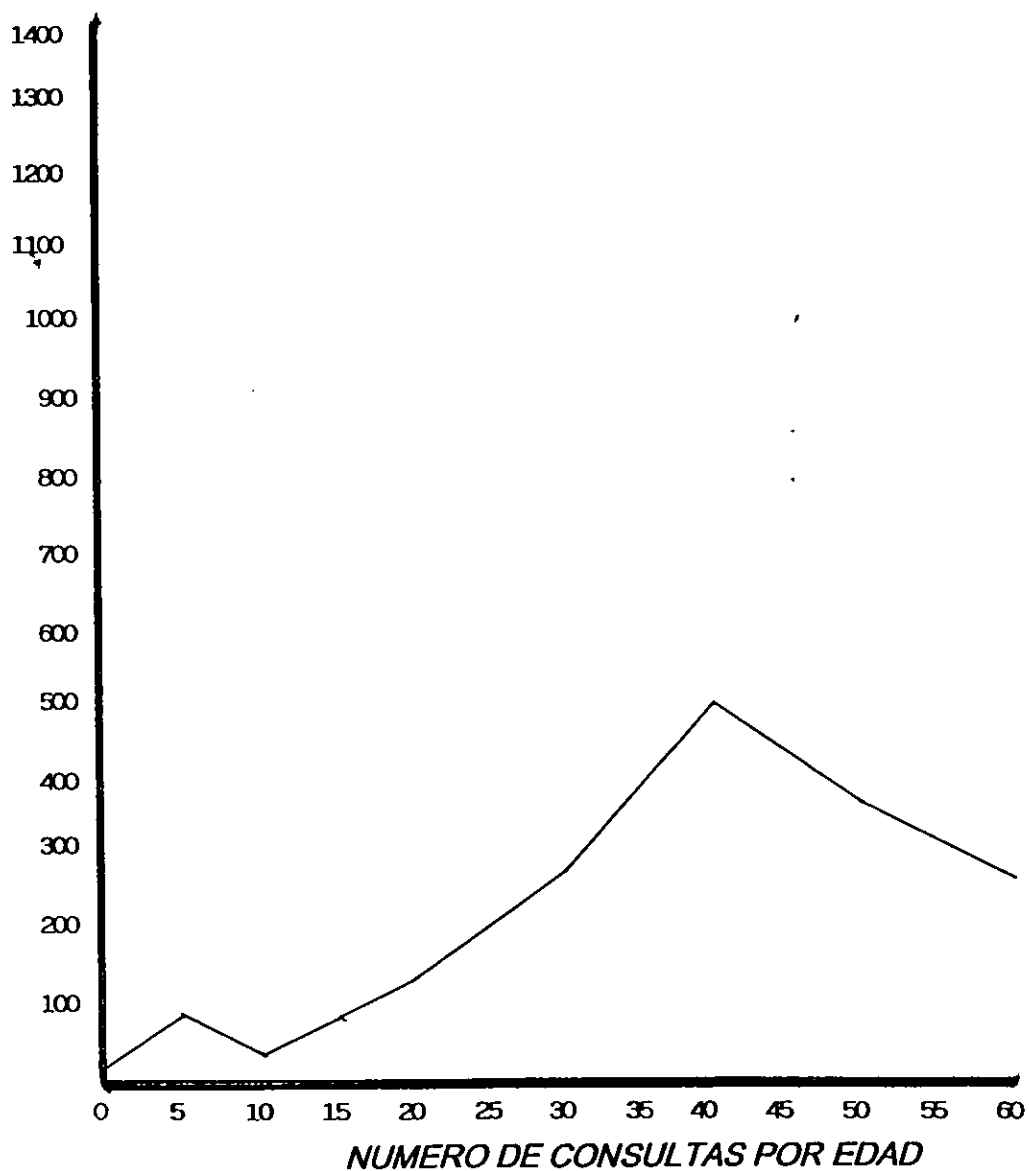
SEXO	TOTAL	%
MASCULINO	102	47%
FEMENINO	115	52.99%
	217	

CUADRO 6

FUENTE: BIOESTADISTICA P.C.E.

**FRECUENCIA DE PADECIMIENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
DELEGACION CHIHUAHUA**

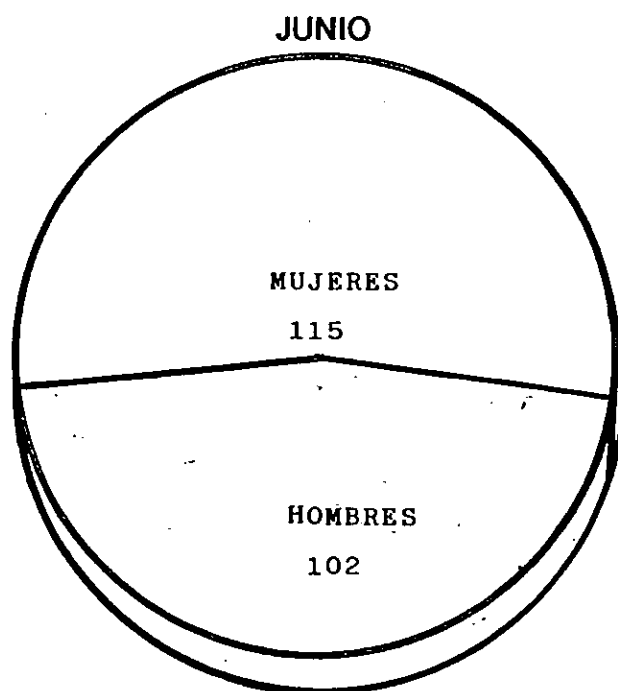
JUNIO



GRAFICA 16

FUENTE: BIOESTADISTICA P.C.E.

**FRECUENCIA DE PADECIMIENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
DELEGACION CHIHUAHUA**



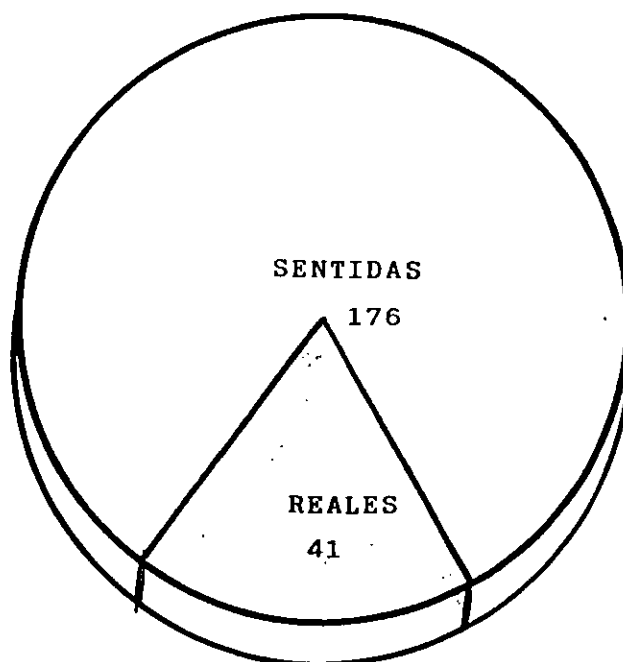
NUMERO DE CONSULTAS POR SEXO

GRAFICA 17

FUENTE: BIOESTADISTICA P.C.E.

**FRECUENCIA DE PADECIMIENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
DELEGACION CHIHUAHUA**

JUNIO



NUMERO DE CONSULTAS SENTIDAS Y REALES

GRAFICA 18

FUENTE: BIOESTADISTICA P.C.E.

FRECUENCIA DE PADECIMIENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA

DELEGACION CHIHUAHUA

CLASIFICACION POR EDADES

EDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
0 AÑOS	689	301	210	117	183	1
1-4 AÑOS	1382	715	501	570	461	8
5-9 AÑOS	881	565	264	333	345	3
10-14 AÑOS	572	328	201	301	220	8
15-19 AÑOS	524	235	183	232	163	13
20-29 AÑOS	836	385	180	453	263	27
30-39 AÑOS	1178	490	372	530	373	49
40-49 AÑOS	923	457	279	424	255	36
50-59 AÑOS	764	310	195	278	190	27
60 YMAS	987	511	396	506	375	45
	8736	4297	2781	3744	2828	217

CLASIFICACION POR SEXO

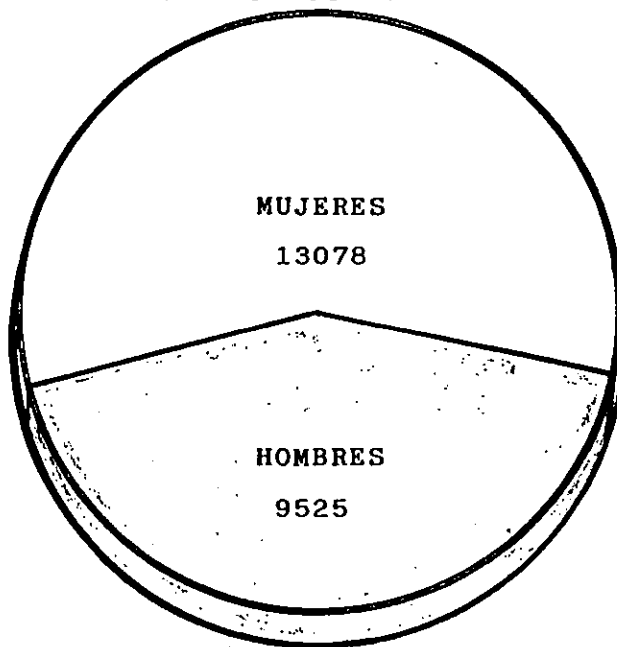
SEXO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
HOMBRE	3870	1767	1158	1469	1159	102
MUJER	4866	2530	1623	2275	1669	115
	8736	4297	2781	3744	2828	217

CUADRO 7

FUENTE: BIOESTADISTICA P.C.E.

**FRECUENCIA DE PADECIMIENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
DELEGACION CHIHUAHUA**

ENERO A JUNIO 1999



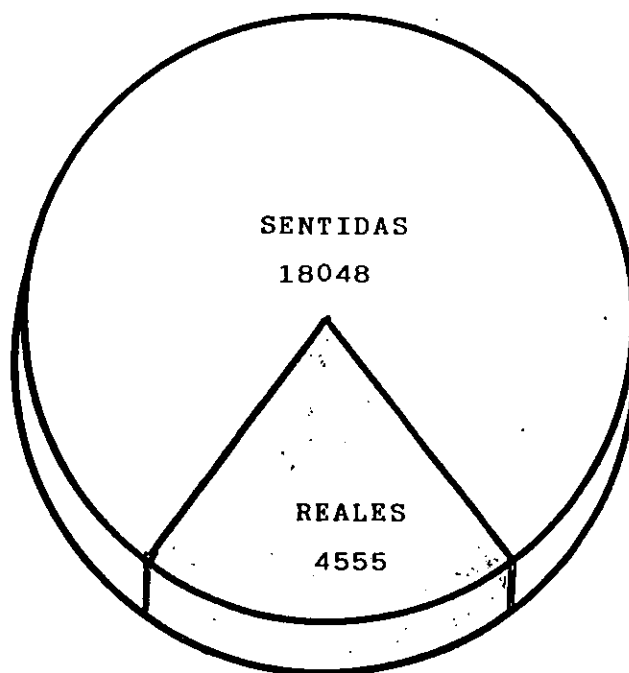
NUMERO DE CONSULTAS POR SEXO

GRAFICA 19

FUENTE: BIOESTADISTICA P.C.E.

**FRECUENCIA DE PADECIMIENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
DELEGACION CHIHUAHUA**

ENERO A JUNIO



NUMERO DE CONSULTAS SENTIDAS Y REALES

GRAFICA 20

FUENTE: BIOESTADISTICA P.C.E.

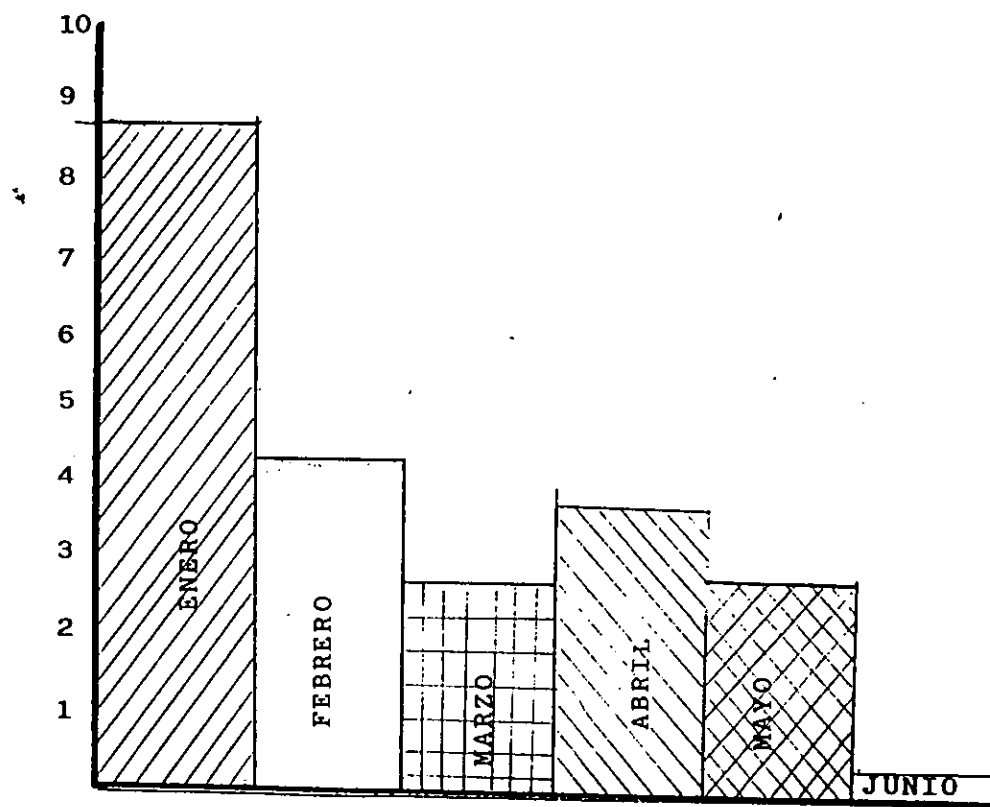
FRECUENCIA DE PADECIMIENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA

DELEGACION CHIHUAHUA

CONSULTAS OTORGADAS

DE ENERO A JUNIO 1999



GRAFICA 21

EXPRESADO EN MILES

FUENTE: BIOESTADISTICA P.C.E.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio se encontraron resultados similares a otras series, en cuanto al número de consultantes por edades, que son en general preescolares, adultos de edad media y adultos mayores, hay series que reportan un mayor número de solicitantes del sexo masculino en especial las del primer mundo⁽²⁾, y otras que presentan como mayoría de pacientes al sexo femenino, como las reportadas en América latina⁽⁴⁾ y en nuestro país⁽³⁾, este estudio muestra un mayor número de consultantes al sexo femenino, aunque la diferencia no es importante en realidad. Existe una marcada diferencia entre los motivos de consulta a las unidades de urgencias, de los derechohabientes de los servicios de salud de otros niveles gubernamentales (I.M.S.S. S.S.A etc.) y los de Pensiones Civiles del Estado, que reportan como causas principales no alcanzar lugar con su médico adscrito, falta de confianza a este, largos periodos de espera para ser consultados y horario de consulta y de trabajo o escuela traslapados⁽⁴⁾. Como se ha comentado con anterioridad, los derechohabientes al servicio de Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua, no requieren apegarse a un horario o médico adscrito para ser atendidos en consulta externa, y tienen libertad para solicitar el médico de su preferencia y la hora en que desean ser consultados, con periodos de espera cortos, que no tienen porque interferir con sus horarios de trabajo o escolares, por lo que los principales motivos de solicitar el servicio en urgencias de Pensiones Civiles del Estado es la angustia por el malestar sentido por el paciente y que lo considera de gravedad para su salud, otro motivo y este es el principal durante la noche y los días feriados es que el servicio de consulta externa se encuentra cerrado y no desean esperar al otro día para ser atendidos aun conscientes de que su problema no constituye una urgencia real, por otro lado, la angustia de ver a un niño enfermo es de por si considerado una urgencia por cualquier padre, sin importar si amerita atención inmediata o no y motiva la búsqueda a su inquietud lo mas pronto posible aun con padecimientos tan intrascendentes como dermatosis simples sin sintomatología, mas aun cuando saben que Pensiones cuenta con pediatra en su servicio de urgencias las 24 horas del día. Esto tipo de atención hace que los consultantes que acuden al servicio de urgencias de Pensiones Civiles del Estado tengan características similares a las series reportadas por las unidades de urgencias de los países desarrollados⁽⁷⁾, o de los servicios de urgencias de hospitales privados⁽¹⁰⁾. Por otro lado, algunos pacientes consideran mejor preparado al médico de urgencias⁽³⁾, que a su médico adscrito, para los pacientes de pensiones esto no es causa de solicitud de atención en urgencias, ya que consideran igualmente preparados a los médicos de consulta externa y a los de urgencias, otros consideran más viable o por lo menos más expedita la toma de estudios de laboratorio e imagenología si son solicitados por el médico de urgencias que si lo son por el médico en consulta regular⁽³⁻⁴⁻⁸⁻¹⁰⁾, sin embargo en general los derechohabientes de Pensiones saben que la oportunidad de los estudios de laboratorio e imagen es igual si son solicitados por el médico en consulta ordinaria como en urgencias.

CONCLUSIONES

De este estudio se desprende que aunque el servicio de Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua, es de uno de los 3 niveles de gobierno, sus características de atención difieren de otros tipos de servicio medico que lo asemejan mas a un servicio de índole particular, con significativas repercusiones en el trato de los pacientes que gozan de este servicio, que es considerado por los mismos como uno de los mejores, lo cual lleva al paciente a manejarse con este servicio como si fuera de índole particular, en especial con el servicio de urgencias, donde se piensa es solo una extensión de la consulta externa, abierto las 24 horas del día para cualquier molestia o duda con respecto a su salud, motivo por el que se han implementado filtros por así llamarles, a los solicitantes del servicio de urgencias, orientándolos sobre la función de este y tratar de controlar un poco el ya saturado servicio de urgencias de Pensiones en la delegación Chihuahua, que por ser capital atiende a pacientes de todos los municipios cercanos, para mejorar la atención prestada tanto en prontitud como en calidad. Sin embargo hace falta mas que un filtro en la ventanilla de urgencias, lo que en realidad se requiere es un poco mas de tiempo y contacto con el paciente por parte del medico de urgencias para orientar a los pacientes y familiares sobre la verdadera función de la unidad de urgencias, educando al paciente y familiares en cuanto a los principales signos y síntomas que pudieran requerir una pronta valoración y cuales pudieran esperar sin riesgo a ser evaluados por su medico en consulta regular. Situación que se hace mas patente en los padres de familia ante la angustia que causa cualquier evento desconocido por ellos en alguno de sus hijos.

Es de esperar que esta labor de Educacion continua para los médicos y pacientes sobre lo que es y como debe de funcionar un servicio de urgencias no tendrá fin, al ser los derechohabientes y médicos adscritos al servicio de urgencias cambiantes en el curso del tiempo, pero en tanto mas sean los derechohabientes y los médicos conocedores de esta función, serán los encargados a su vez de transmitir a los nuevos médicos y pacientes este conocimiento, en consecuencia serán menos las urgencias sentidas y mas las urgencias reales que se presenten en el servicio de urgencias de Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua, delegación Chihuahua. Este concepto se aplica no solo a nuestro servicio de urgencias, sino a todos los servicios de urgencias de Pensiones Civiles del Estado, y de otras instituciones que aunque con motivos de demanda y problemas diferentes la finalidad será siempre igual, que es la de otorgar una atención pronta y de calidad a quien presente una alteración de su salud que ponga en peligro su vida, la función o su integridad de no recibir una solución oportuna a su padecimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1

- DR. M. ARELLANO**
- VALORACION INICIAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**
- PRACTICA PEDIATRICA**
- 1996 October Vol. 5 (10) Pag. 7-13**

2

- M. DIEGO**
- LA ASISTENCIA URGENTE EN LA CIUDAD DE SALAMANCA**
- ATENCION PRIMARIA**
- 1995 Junio Vol. 16 (2) Pag. 89-91**

3

- D. DOMINGUEZ N.**
- ¿CÓMO SE INFORMA A LOS PACIENTES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO?**
- ATENCION PRIMARIA**
- 1996 Marzo Vol. 17 (4) Pag. 280-283**

4

- JOSE FUENTES**
- EMERGENCIA; LOS CONCEPTOS**
- REVISTA MEDICA DEL I.M.S.S.**
- 1997 Abril Vol. 35 (2) Pag. 95-98**

5

- R.J. GILL**
- NOMRGENT USE OF THE HOSPITAL EMERGENCY DEPARMENTS:
URGENCY FROM THE PATIENTS PERSPECTIVE**
- FAMILY PRACTICE**
- 1996 May. Vol. 42 (5) Pag. 491-497**

6

-B. GONZALEZ – GRAJEDA

**-COMPLEMENTACION DE LOS NUEVOS MODELOS DE DERIVACION DESDE
ATENCION PRIMARIA A LOS SERVICIOS DE URGENCIA HOSPITALARIOS**

-ATENCION PRIMARIA

1995 Abril Vol. 7 (15) Pag. 426-430

7

-B. HERNANDEZ

**-MOTIVOS DE ASISTENCIA, ESPECTATIVAS Y CONCEPTOS DEL
DERECHOHABIENTE EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE LAS
UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR**

-REVISTA MEDICA DEL I.M.S.S.

-1996 Noviembre Vol. 34 (6) Pag. 467-472

8

-H. HLATKY

-EVALUATION IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

-NEW ENGLAND J. OF MEDICINE

-1997 December Vol. 337 (23) Pag. 1687-1698

9

-S. LLORENTE

**-PAPEL DE LA ATENCION PRIMARIA EN LA FRECUENTACION AL
SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL**

-ATENCION PRIMARIA

-1996 September Vol. 18 (5) Pag. 243-247

10

-LORI

-ACTUACIONES ANTE SITUACIONES DE URGENCIA

-NURSING

-1997 Febrero Vol. 15 (2) Pag. 47-49

12

-R. NOVELINE

-HELICAL C.T. IN EMERGENCY RADIOLOGY

-RADIOLOGY

-1999 November Vol. 213 Pag. 321-340

13

-G. PORRAS

-EL TECNICO DE URGENCIAS MEDICAS, UNA ESPERANZA DE VIDA...

-AVANCES EN CUIDADOS PREHOSPITALARIOS

-1997 January Vol. 1 (1) Pag. 25-27

14

-A. RUBIO

MANEJO DE LAS EMERGENCIAS EN EL ANCIANO

-GACETA MEDICA DE MEXICO

-1999 January Vol. 136 (1) Pag. 17-22

15

-S/A.

-ERRORS IN EMERGENCY PRACTICE ROUNDUP

-EMERGENCY MEDICINE

-1998 February Vol. 30 (2) Pag. 18

16

-S/A.

-STREETWISE IN AN EMERGENCY

-EMERGENCY MEDICINE

-1998 August Vol. 30 (8) Pag. 115

17

-C. SOX

-HOSPITAL ADMISSIONS EMERGENCY DEPARTMENT; DOES INSURANCE STATUS MATTER?

-AMERICAN JOURNAL OF MEDICINE

1998 December Vol. 105 (6) Pag. 506-512

18

-JUDIT E. TINTINALES

-MEDICINA DE URGENCIA

-INTERAMERICANA

-4° Edicion Vol 1 (2) Pag 1-4

19

-JUDIT E. TINTINALES

-MEDICINA DE URGENCIA

-INTERAMERICANA

-4° Edicion Vol 1 (2) Pag 27-33

20

-R.M. WILLIAMS

-THE COST OF THE VISITS TO EMERGENCY DEPARTMENT

-NEW ENGLAND J. OF MEDICINE

-1996 March Vol. 334 (10) Pag. 642-646