



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN ESTATAL JALISCO  
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 45 "AYALA"**

---

---

**CAUSAS DE ESTANCIA PROLONGADA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS  
ADULTOS EN FIN DE SEMANA VS DIAS HABILES**

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA DE URGENCIAS PARA MEDICOS DE BASE DEL IMSS  
No de Registro R-2013-1307-2

PRESENTA:  
**DRA. KARINA HERNANDEZ PLAZA**

ASESOR MEDICO

**DR. JOSE MANUEL AMADOR CASTRO**  
Medico Urgenciólogo  
Hospital General Regional No. 45  
Instituto Mexicano del Seguro Social

ASESOR METODOLOGICO

**DR. ANGEL EMILIO SUAREZ RINCON**  
Coordinador de Educación e Investigación en Salud  
Hospital General Regional No. 45  
Instituto Mexicano del Seguro Social

**ENERO DEL 2014**



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.



**TITULO:** Causas de estancia prolongada en el servicio de Urgencias Adultos en fin de semana vs días hábiles, en el Hospital General Regional No. 45 Del Instituto Mexicano Del Seguro Social

## **IDENTIFICACION DE LOS INVESTIGADORES**

Dr. José Manuel Amador Castro

Médico Urgenciólogo adscrito al servicio de Urgencias en el Hospital General Regional No. 45

Hospital General Regional No. 45

E-mail: [mac3375@hotmail.com](mailto:mac3375@hotmail.com)

Matrícula: 11467045

Tel: \_\_3314216674\_\_ 38119991

Dr. Ángel Emilio Suárez Rincón

Coordinador de Educación e Investigación en Salud en el Hospital General Regional No. 45.

E-mail: [angel.suarez@imss.gob.mx](mailto:angel.suarez@imss.gob.mx)

Tel: 38 25 07 00 Ext. 31315

Dra. Karina Hernández Plaza

Médico Residente de la Especialidad en Medicina de Urgencias

Hospital General Regional No. 45

E-mail: [herplak@yahoo.com.mx](mailto:herplak@yahoo.com.mx)

Matrícula: 99147963 Tel: (33) 38536117

**Sede de la investigación:** Servicio de Urgencias Adultos, Hospital General Regional No. 45 “Ayala”, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, Jalisco, México.

## INDICE

<b>INTRODUCCION</b>	<b>5</b>
<b>MARCO TEORICO</b>	<b>7</b>
<b>JUSTIFICACION</b>	<b>20</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>22</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>23</b>
<b>MATERIAL Y METODOS</b>	<b>24</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>30</b>
<b>DISCUSION</b>	<b>43</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>46</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>48</b>

**TITULO** Causas de estancia prolongada en el servicio de Urgencias Adultos en fin de semana vs días hábiles, en el Hospital General Regional No. 45 Del Instituto Mexicano Del Seguro Social.

## **INTRODUCCIÓN**

En México más de la mitad de la población es atendida por los servicios de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, durante el 2006 se proporcionaron en los servicios de urgencias el 10.35% de las consultas totales. Es por ese motivo que los servicio de urgencias deben contar con la infraestructura ideal, así como el mobiliario, equipo y recurso humano que permita dar una atención oportuna.

De acuerdo a la NOM -206-SSA1-2002 la estancia en servicio de Urgencias debe ser menor de 12 hrs y en los manuales operativos del IMSS esta normado en menos de 8 hrs.

En el HGR 45 del IMSS en el año 2010, el porcentaje de pacientes que permanecieron más de 8 hrs en urgencias fue del 76 %, con un promedio de más de 18 hrs des estancia hospitalaria. Por lo que es de nuestro interés identificar cuáles son las causas de estancia prolongada en el servicio de urgencias y si existe diferencia en la permanencia del servicio de fin de semana vs días hábiles.

**MATERIAL Y MÉTODOS** Se realizó un estudio Transversal comparativo que incluyó pacientes que ingresaron al servicio de urgencias y permanecieron más de 8 hrs de estancia hospitalaria en fin de semana y en días hábiles en el Hospital General Regional No. 45 de Marzo a Junio del 2013. De los expedientes clínicos se obtuvo la información recolectándose en una hoja diseñada específicamente. Análisis estadístico: Se realizo estadístico descriptivo para las variables de cada grupo y estadístico paramétrica de grupos independientes.

**RESULTADOS** Se estudiaron 144 casos de estancia prolongada dividida en dos grupos (Grupo A “Día Hábil” y Grupo B “Fin de semana”) con fines comparativos cada uno con 72 casos de Marzo a Junio del 2013. El promedio de pacientes en observación servicio de urgencias fue de 56 y 46 pacientes respectivamente, lo que resulto en una ocupación de 151% y 127% por día. De la plantilla del personal médico solo 36% fueron especialistas de urgencias. En los tiempos que se realizo el estudio se observa el retardo de ejecución de ordenes por el personal de enfermería siendo más tardado en Grupo A (1:26 vs 0:57 hrs), al igual que el tiempo entre el ingreso a observación y la primera valoración fue mayor en el Grupo B (10:02 vs 7:28 hrs). A la toma de decisión no se presento diferencia significativa en los grupos porque se observa que el 30%tenia decisión de pase a piso la cual al realizarse la segunda valoración todavía era decisión no ejecutada,

presentando que el resto de los pacientes (100 pacientes) no se toma decisión en 80 y 60% respectivamente.

**CONCLUSIONES** La principal problemática en la mayoría de los servicios de urgencias de hospitales de seguridad social es la sobrecapacidad de los servicios dado que la población aumenta no así la infraestructura de las unidades donde es sobrepasado hasta en un 200% de su capacidad proyectada al igual que está influenciado por la falta de seguimiento del personal médico o la evolución de los pacientes ya que no presentan una nueva valoración en su mismo turno si no que tiene que esperar al siguiente y en ocasiones hasta dos turnos para que se realice la misma, en cuanto a realizar interconsultas a otras especialidades o subespecialidades retrasa la toma de decisiones más en días inhábiles donde no se cuenta con la mayoría de ellas así como tampoco estudios de gabinete. La estancia prolongada en los servicios de urgencias influye negativamente en el consumo de recursos del servicio al igual que en la evolución y pronóstico de los pacientes. Por lo que es necesario impulsar estrategias que nos ayuden a mejorar la efectividad de los servicios hospitalarios.

## MARCO TEORICO

En el decenio de 1960 en Estados Unidos, se reconoció la necesidad de un servicio médico de urgencias bien organizado y en 1973 se inicio un programa identificando aquellos grupos de enfermos que podrían beneficiarse, formándose el primer programa en residencias en emergencias en 1970 por la Universidad de Cincinnati y la formalización como la vigésimo tercera especialidad por el consejo Americano de Especialidades Médicas. La medicina de urgencias se encuentra en las ciudades importantes del país en clínicas y hospitales como servicios de adultos y niños, ocurriendo grandes cambios en los últimos 30 años en América Latina. (1)

Al paso de los años México se ha visto involucrado en cambios transcendentales a nivel mundial y nacional tanto en el ámbito político, económico y social en la cual la medicina no es la excepción, la intervención de la transición epidemiológica en la cual las estadísticas, nos demuestra un traslape entre los procesos crónico-degenerativos, infectocontagiosos y los propios de la modernización ( accidentes y violencia), esto hace necesario que los servicios de urgencias , sufran cambios que permitan su adecuación a las exigencias actuales. Los datos estadísticos nos demuestran que uno de cada dos pobladores a nivel mundial, durante alguna etapa de su vida requerirá de atención medica en un servicio de urgencias, ya sea por agudización de alguna patología base o por algún evento tipo violento (2)

La cobertura potencial de servicios de salud públicos y privados en México es del 94% de la población total: 55.6% de la población es atendida por instituciones de



seguridad social, Instituto Mexicano del seguro social (IMSS) e Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE) (1)

En la República Mexicana de acuerdo a los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), la población total en 2005 es de 103'263,338 mexicanos, con una tasa de crecimiento anual del 1%, una tasa bruta de mortalidad del 4.5% y una esperanza de vida por individuo de 75.4 años. Durante el 2006 se dieron un total de 261'870,975 consultas médicas en el sector salud, de las cuales 27'129,015 se proporcionaron en los servicios de urgencias, que representa el 10.35% de las consultas, por lo que anualmente el 26.27% del total de la población requiere ser atendido en un servicio de urgencias. (2)

El Sistema Nacional de Salud tiene como función principal, garantizar la prestación de Servicios de Salud a la población que lo demande.

Para que la atención médica se proporcione con calidad, eficiencia y equidad, es necesario que las instituciones de salud de los sectores público, social o privado cumplan con los requisitos necesarios para el funcionamiento correcto de los servicios, así como se cumplan las características y los perfiles que cada puesto demanda, con énfasis en las capacidades técnicas y se cuente con el conocimiento de los procesos idóneos para otorgar la atención médica. (3)

Es por eso que los servicio de urgencias deben contar con la infraestructura ideal, así como el mobiliario, equipo y recurso humano que permita dar una atención oportuna, eficaz y resolutive a la población que se encuentra en estas

circunstancias críticas, procurando limitar el daño, disminuir las secuelas, acortar el tiempo de convalecencia y en los casos que así lo amerite permitir una muerte digna con apego a las normas de bioética establecidas por la sociedad. . (2)

La atención a las urgencias y emergencias sanitarias ocupa un lugar destacado en el sistema sanitario, tanto por el volumen de la demanda, como la trascendencia social de esta actividad. La percepción de poseer un buen sistema de urgencias y emergencias condiciona en gran medida la opinión de los ciudadanos acerca de la calidad de los servicios de salud.

Los servicios de urgencia son objetos de estudio y análisis en todos los países de nuestro entorno y constituyen una prioridad para los servicios de salud por el compromiso que puede suponer la atención a situaciones urgentes, por el crecimiento imparable de la demanda de atención urgente, por el volumen de recursos que consume y por ser el nivel de atención que garantiza la continuidad asistencial del sistema sanitario durante los 365 días al año las 24 hrs del día. (4)

La **UUH** (Unidad de Urgencias Hospitalarias) se define como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar, ubicada en un área específica del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, que garantizan condiciones de seguridad, calidad y eficiencia para atender a la urgencias y la emergencia. Se configura como una unidad intermedia, que presta servicio (asistencia médica, cuidados de enfermería) hasta la estabilización del cuadro clínico a los pacientes que son finalmente ingresados a el

hospital , y como un servicio final para aquellos pacientes que, habiendo acudido a la unidad, son finalmente dados de alta.(5)

**Urgencia** es la aparición fortuita (imprevista o inesperada), en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte de sujeto que la sufre o de su familia (3).

**Emergencia** es una situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de algún órgano. (5)

### **Urgencia Médica Real. (México).**

Urgencia: Es todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, o la pérdida de un órgano o una función y requiera atención inmediata.

Es todo padecimiento de orden agudo o crónico agudizado, que produce una descompensación súbita del funcionamiento del organismo que condiciona discapacidad permanente o evolución a la muerte, y que requiere de atención inmediata (Diario Oficial de la Federación México, diciembre 7, de 1998 inciso 4.9)

Rango del 20-30% de todas las urgencias que se ingresan a un hospital.

Considerando la definición se incluyen:

- \* La Dificultad respiratoria repentina (disnea súbita).
- \* La Hemorragia activa por cualquier vía.
- \* El Dolor torácico súbito y persistente (aun sino es coronario).
- \* Pérdida del conocimiento sin recuperación espontánea.
- \* Heridas extensas y/ o amputación.
- \* Las crisis convulsivas.

- \* Parálisis súbita de cualquier extremidad.
- \* Ingestión de sustancias tóxicas
- \* Presencia de cuerpos extraños en vías respiratorias o digestivas.
- \* Retención aguda de orina.
- \* Mordeduras o piquetes de animales venenosos.
- \* Quemaduras de 1° grado > al 15% de SCT,
- \* Quemaduras de 2° grado >10% y de SCT 3° grado > 5%
- \* Quemaduras de cara, articulaciones, genitales, aun con menos porcentaje.

### **Urgencia Médica Sentida. (México).**

Es todo padecimiento de orden agudo o crónico agudizado, que el paciente percibe ó siente que amenaza su vida. Casi nunca es grave y puede ser atendido por consulta externa. Las cifras varían entre los países pero su rango va de 80-85% de todas las urgencias. (6)

**Departamento de Urgencias** Es una unidad integral que el hospital dedica, para recibir, estabilizar y manejar pacientes que se presentan con una gran variedad de condiciones urgentes o no, donde los pacientes se presentan solos o mediante referencia. Los cuidados deben ser con un alto estándar de calidad donde la comunidad percibe la necesidad de atención aguda o urgente.

Las características indispensables para el funcionamiento de este servicio incluyen:

- Cuidados del paciente: Este servicio debe contar para todos los pacientes que se presenten con enfermedad aguda o lesiones. Áreas de recepción, Triage (Valoración inicial), sala de observación. Debe ser capaz de proveer o arreglar los cuidados posteriores de los pacientes atendidos más allá de la fase de urgencias (Ingreso a piso) dependiendo de la infraestructura hospitalaria.(6)

Estructura: Sera parte del hospital, al mismo tiempo deberá contar con licencia de la autoridad territorial responsable. Debe ser diseñado con el propósito de atender urgencias y estar obligado a tener una área con la capacidad de soporte de vida avanzado incluyendo ventilación mecánica, donde se hará la recepción y estabilización de pacientes críticamente enfermos. Más un área de descontaminación de pacientes. Deber tener el apoyo las 24 hrs de los servicio de Laboratorio, imagenología, patología y servicio de microbiología por lo menos 6 días por semana en turno de 12 hrs. (6)

Interconsultas: Deberá tener un directorio de especialistas o contar con ellos para solicitar opinión o referencia las 24 hrs del día en por lo menos las siguientes especialidades Anestesia, cirugía general, ginecología y obstetricia, medicina interna, ortopedia, cuidados intensivos y pediatría. Haciendo arreglos necesarios para tener la valoración y atención lo más expedita posible para los servicios de: Angiología, infectología, neurocirugía, oftalmología, otorrinolaringología, cirugía plástica y psiquiatría. Por lo menos 6 días de la semana en turnos de 12 hrs. (6)

Otros procesos: Este servicio se obliga a proveer la recepción y manejo de pacientes que hayan sufrido un desastre, además del diseño y participación del plan de atención a desastres de la región donde se localiza. (6)

Personal de enfermería: Contara con una estructura de enfermeras de manera permanente, con una jefa de enfermeras, con la curricula y experiencia necesaria para la organización y operación del servicio, el personal deberá estar disponible las 24 hrs del día idealmente con capacitación de urgencias médicas. (6)

Personal médico: Es un equipo que deberá tener un jefe de urgencias que se a Urgenciologo y en el caso de un hospital con residencias de urgencias con un director médico de urgencias (Urgenciologo), que se comprometa a estar disponible vía telefónica las 24 hrs, al igual que el personal médico. Además de contar con cursos de ACLS y ATLS de forma obligatoria. (6)

Los servicio de urgencias constituyen una prioridad para los servicio de salud por el compromiso vital que puede suponer la atención a situaciones urgentes, por el crecimiento imparable de la demanda de atención urgente, por el volumen de recursos que consume y por ser el nivel de atención que garantiza la continuidad asistencial del sistema sanitario durante 365 días al año, las 24 hrs del día. (4)

Las características de la demanda de urgencias, atención no programada generada por diferentes necesidades de asistencia, requiere una adecuada disposición y dotación de recursos de la Unidad de Urgencias Hospitalarias, así como una estrecha coordinación con el resto de la unidades del hospital (cuidados intensivos, hospitalización, quirófanos, estudios de imagen, laboratorios, etc.). (5)

La estancia hospitalaria es objeto de creciente interés, pues puede tomarse como indicador en términos de calidad de la atención, efectividad y eficiencia en la prestación del servicio de atención médica, el cual está relacionada con múltiples factores, como la patología de base, la severidad de la entidad, la edad del paciente, la existencia de condiciones médicas, alteraciones de las condiciones anímicas y mentales. Otras variables son la complejidad de las intervenciones quirúrgicas o médicas destinadas a solucionar el motivo de hospitalización y el apoyo social. Por lo que la estancia hospitalaria es un parámetro que debe ser medido en términos de eficiencia y calidad de atención. (7)

Los estándares internacionales indican que el tiempo de estancia en el servicio de urgencias debe ser entre 2-6 horas, de acuerdo al sistema establecido en cada unidad médica; no obstante se considera que hasta un 25% de los pacientes llegan a requerir una estancia mayor dentro del mismo. El paciente que amerita observación de más de 6 hrs, representa un problema real ya que satura los servicios de urgencias, repercutiendo directamente en la calidad de atención de los pacientes así como en el incremento en consumo de recursos. (8)

De acuerdo a NOM-206-SSA1-2002 indica que los pacientes no deberán permanecer en los servicios de urgencias más de 12 hrs por causas atribuibles a la atención médica. En este lapso, se establecerá el manejo y el diagnóstico inicial, así como el pronóstico para determinar, de acuerdo al caso, si el paciente debe ser egresado a su domicilio, ingresado a hospitalización, derivado a la consulta externa o traslado a otra unidad de mayor capacidad resolutive. (3)

Los estándares de gestión y calidad asociados a un menor riesgo de saturación de urgencias son:

- El 90% de los pacientes debería ser dado de alta en la UUH, ingresado en el hospital o trasladado a otros centros, en un periodo de cuatro horas.
- El paciente de la UUH, pendiente de ingreso hospitalario, no debería permanecer en esta unidad más de doce horas (desde que se procede a la orden de ingreso)
- El tiempo máximo de observación-valoración de la evolución del paciente en la UUH debería ser inferior a veinticuatro horas
- Cuando el paciente deba permanecer en urgencias más de seis horas debe ser atendido en una unidad de observación específica o. (5)

El paciente que amerita observación de más de 6 horas., representa un problema real ya que satura los servicios de urgencias y repercute directamente en la calidad de atención de los pacientes así como en el incremento en consumo de recursos. Entre las principales causas asociadas al incremento en la estancia hospitalaria se encuentran patologías que por su naturaleza ameritan de periodos prolongados de observación, tales como: dolor torácico, dolor abdominal, trauma cerrado o penetrante, hemorragia digestiva alta, padecimientos psiquiátricos con ideación suicida, pacientes geriátricos con abandono social, entre otras.

El hecho de que estos pacientes puedan llegar a requerir mayores tiempos de hospitalización en los servicios de urgencias ha obligado a desarrollar diversas estrategias para intentar reducir los mismos, cada uno de acuerdo a las características de población, recursos y políticas propias. (8)



La saturación de los servicios de urgencias hospitalarias es un problema que afecta a la mayoría de los pacientes, independientemente de su nivel socioeconómico. Las causas más frecuentemente implicadas en la saturación:

- La obligación de la Unidad de Urgencias Hospitalarias de atender al paciente con patología no urgente (algunos hospitales supera el 70% de las urgencias). La movilidad de la población y la dotación de hospitales más próximos a los ciudadanos, facilitan el acceso a la UUH.
- La derivación de pacientes muy ancianos y con pluripatología a UUH:
- Pacientes hiperfrecuentadores
- Retrasos en la realización del ingreso o en el transporte en ambulancia.
- Falta de camas para el ingreso en el hospital. En la mayoría de hospitales se prioriza el ingreso del paciente en lista de espera quirúrgica.

La saturación de los servicios de urgencias dificulta la correcta atención sanitaria al paciente cuando el tiempo de instauración del tratamiento es fundamental (SICA, Ictus isquémico agudo; TCE grave), provoca retrasos diagnósticos, relacionándose con un aumento de la morbi-mortalidad, favorece el error humano, incrementa la mortalidad hospitalaria e incrementa la estancia media hospitalaria.

(5)

La saturación reduce la satisfacción del usuario, por lo que incrementa el número de quejas y eleva el porcentaje de pacientes que abandona la urgencia sin ser atendido.

Algunos indicadores permiten alertar sobre la situación de saturación de urgencias:

- Tiempo de espera media >60 min
- Camas de urgencias ocupados al 100% más de seis horas al día, que implica la existencia de pacientes en el pasillo.
- Sensación de sobrecarga por parte de los facultativos (criterio subjetivo) más de seis horas al día.
- Número de días al año en los que no hay disponibilidad de camas en el hospital para ingresar al paciente que lo necesita (esto generalmente sucede cuando el índice de ocupación de camas del hospital es superior a 90%)
- Tiempo > 4 hrs (Orden de ingreso pasa a hospitalización) Este tiempo está relacionada con la falta de disponibilidad de camas.
- Numero de paciente para ser valorados en urgencias que abandonan el hospital si ser atendidos (alta voluntarias). (5)

La calidad de un servicio se mide no solo por un factor, lo complejo de lograr la calidad en un servicio de salud es por las múltiples variables que influyen para lograr la satisfacción de los usuarios y prestadores de servicios. Entre estos aspectos se encuentra la puntualidad del servicio, la oportunidad en la atención del paciente, la amabilidad del personal de salud y asistentes, la limpieza del lugar, la infraestructura ofrecida, la presentación del personal, el nivel del trato humano, la capacidad técnica médica, el nivel de información sobre las enfermedades. (9)

La calidad en los servicio de urgencias en México se encuentra afectada por el deficiente primer nivel de atención, la poca mentalidad de competencia y mejora, la escasez de recursos económicos, la deficiente infraestructura, sobresaturación de pacientes, incomodidades, falta de intimidad para el paciente, aumento en los tiempos de espera para ser atendidos, omisiones diagnosticas terapéuticas, estancias innecesarias en urgencias con poca disponibilidad de camas para hospitalización en medicina interna. (9)

Las hospitalizaciones inadecuadas obstaculizan la accesibilidad al sistema de salud, las salas de emergencia de los hospitales del Ministerio de Salud se encuentran atiborradas de pacientes, esto se traduce en la negativa de recibir pacientes que acuden a emergencia debido a que la demanda ya supero la oferta y la capacidad resolutive de los hospitales. La gran interrogante que nace de este problema es ¿verdaderamente se superó la capacidad de los hospitales o es que estamos admitiendo pacientes inadecuadamente? Es preciso reflexionar respecto a la elevada proporción de ingresos inadecuados reportados en diferentes estudios que van desde 10% hasta 15%. (10)

La mayoría de profesionales médicos al abordar el tema respecto a la adecuación de los ingresos hospitalarios tienen un rechazo intuitivo. Pues la mayoría de ellos han vivido la experiencia de ingresos perfectamente adecuados, de ingresos absolutamente innecesarios y de ingresos inadecuados pero imprescindibles. A menudo se hospitalizan por emergencia pacientes con Enfermedades crónicas como anemia crónica, gastritis crónica o síndrome consuntivo, estos pacientes

podrían ser diagnosticados y tratados ambulatoriamente sin necesidad de ser hospitalizados, lo que necesitan son: un hemograma o aspirado de medula ósea, un estudio Endoscópico u otras pruebas exploratorias diagnósticas; más que la necesidad de una hospitalización. (10)

El ingreso inadecuado se define como el realizado en un hospital cuando clínicamente podrían haber sido admitidos a niveles más adecuado de asistencia (ambulatorio, hospital de día, asistencia domiciliaria, hospital de cuidados crónicos o en centros de menor nivel de complejidad) Esto asume que los cuidados prestados a los pacientes son siempre pertinentes desde el punto de vista clínico. Por lo tanto, lo cuestionable es el nivel asistencial donde se presta la atención y la hospitalización innecesaria. (10)

La organización de la prestación de los servicios de urgencias están estrechamente relacionados con otros servicios, si comprendemos que un evento urgente es aquel que requiere intervención inmediata y disponibilidad de infraestructura física, tecnológica y recurso humano ideal, muy posiblemente estos servicios necesarios y definitivos , no siempre estarán disponibles en Urgencias, pero de acuerdo a la organización del servicio de urgencias el complemento y apoyo de otros servicios nos lleva a la resolución de la necesidad del paciente. (11)

## JUSTIFICACION

El Hospital General Regional 45 "Ayala" del IMSS, en el servicio de urgencias adultos tiene una demanda de atención médica importante. La capacidad en el área de observación de pacientes en este servicio es de 30 camas, sin embargo durante el año 2010 el promedio de ocupación fue de más de 50 pacientes por día de los cuales el 76% son pacientes que tuvieron estancia prolongada. Esto trae como consecuencias que el servicio que se presta no cumpla con las metas y misión del propio IMSS, que exista un proceso de atención médica inmediata y eficiente con un alto sentido humanitario, así como identificar y priorizar las necesidades de la atención, con la finalidad de otorgar el tratamiento médico quirúrgico completo o la estabilización de las condiciones de salud en un tiempo de estancia en el servicio no mayor de 8 hrs.

La saturación en los servicios de urgencias nos lleva a hacinamiento, dificultad en la atención del personal, de los pacientes y familiares. Otras consecuencias son: falta de cobertura del personal, la escasez de medicamentos y material de curación, la falta de ropa para las camas y a los pacientes, el acomodo de los mismos en las camas y uso de camillas para traslado de enfermos, con marcadas deficiencias en realización de estudios de laboratorio e imagen, como deficiencias en el mantenimiento y limpieza del área, y la saturación en la programación para estudio de imagen o realización de procesos quirúrgicos.

Para solucionar este problema, debemos identificar y conocer cuáles son las causas que ocasionan saturación y estancia prolongada en el servicio de

urgencias del HGR 45 y si existe una diferencia entre las causas del fin de semana contra días hábiles. Por el momento no contamos con reportes que especifiquen si las causas son las mismas o varían de acuerdo al día de la semana, aunque en forma observacional se conoce la existencia de estas diferencias.

Conociendo los motivos nos permitirá enfocar las áreas de mejora para elevar la calidad de la atención del servicio, condicionando la satisfacción de derechohabiente, la disminución de la morbilidad y mortalidad, más el mejor aprovechamiento de los recursos materiales y humanos del mismo.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Actualmente no existen lineamientos internacionales establecidos sobre la estancia en horas promedio que deba permanecer un paciente en los servicio de urgencias

En México la NOM-206-SSA1-2002 nos dice que la estancia del usuario en el servicio de urgencias deber ser menor de 12 hrs. La guías del IMSS establece que la estancia no debe ser mayor a 8hrs, en el cual se debe establecer el manejo, diagnóstico, tratamiento y pronóstico del paciente, con los que estableceremos su ingreso al área de hospitalización o egreso a su domicilio, ser derivado a consulta de medicina familiar o a otra unidad con mayor capacidad resolutive.

En la sala de urgencias del HGR 45 durante el 2010 se atendieron 66985 consultas en urgencias adultos, de las cuales ingresaron a observación 18168 pacientes, y 13807 permanecieron en el servicio de urgencias con más de 8 hrs de estancia, con una sobre estancia del 76% y con un promedio de 18 hrs de estancia hospitalaria. En forma observacional hemos apreciado diferencias en las causas y duración en la estancia de pacientes atendidos entre semana y en fin de semana pero no tenemos datos concretos.

Dado lo anterior planteamos esta problemática a través de la siguiente cuestión:

¿Existe diferencia en las causas de estancia prolongada en el servicio de urgencias adultos del Hospital General Regional No. 45 en fin de semana vs días hábiles?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

-Determinar si existe diferencia en las causas de estancia prolongada en el servicio de urgencias adultos del Hospital General regional No. 45 en fin de semana vs días hábiles

### **Objetivo Específicos**

-Identificar cuáles son las causas de estancia prolongada en el servicio de urgencias Adultos del Hospital General Regional No. 45 en el fin de semana

-Identificar cuáles son las causas de estancia prolongada en el servicio de urgencias Adultos del Hospital General Regional No. 45 en días hábiles

-Conocer las diferencias de las causas de estancia prolongada del servicio de urgencias adultos en Hospital General Regional No. 45 entre fin de semana y días hábiles.



## **MATERIAL Y METODOS**

**Tipo de estudio.** Transversal comparativo

**Universo de estudio** Son los pacientes que ingresaron al servicio de urgencias y que permanecieron más de 8 hrs de estancia hospitalaria el fin de semana y en días hábiles en Hospital General Regional No. 45.

### **CRITERIOS DE SELECCION**

#### **Criterios De Inclusión**

Paciente hospitalizado que estuvo con estancia mayor de 8 hrs, en el servicio de urgencias adultos del HGR 45 del IMSS en Guadalajara, Jalisco.

#### **Criterios De Exclusión**

Pacientes que tuvieron menos de 8 hrs de estancia en el servicio de Urgencias.

Pacientes con hoja de encuesta incompleta

#### **Procedimientos.**

1.- Se recolectaron en forma prospectiva expediente de los pacientes que tuvieron estancia prolongada en el servicio de urgencias durante los meses de Marzo a Junio del 2013.

2.- Con fines de comparación se formaron dos grupos (Grupo A Día Hábil y Grupo B fin de semana).

3.- El Grupo A fue comprendido por lo pacientes con estancia prolongada del día Miércoles.

4.- El grupo B fue comprendido por los pacientes con estancia prolongada del día Domingo.

5.-La fundamentación de la definición de los grupos es debido a que los investigadores consideramos que los días Miércoles y Domingo fueron los días más representativos de cada grupo

5.-Se verificó que cumplieron con los criterios de selección.

6.- Se recolectó la información en una hoja diseñada específicamente

**Tamaño de la muestra** Considerando un 70% de estancia prolongada en días hábiles y 95% en fin de semana (datos del censo de pacientes del servicio de urgencias), con un nivel de confianza del 99% y una potencia del 90%, se calculó el tamaño de muestra de 72 pacientes por grupo. (EPIDAT).

**Muestreo** se realizo con muestreo sistemático 1 de cada 5 pacientes de estancia prolongada en los días miércoles y domingo hasta completar el tamaño de muestra.

### **Análisis estadístico.**

Se realizó estadística descriptiva para las variables de cada grupo. La comparación intergrupala se realizo a través de estadística paramétrica de grupos independientes (chi cuadrada para variables cualitativas y T student para cuantitativas).

Se crearon los siguientes indicadores que permitan definir las causas de estancia de prolongada:

- Exceso de pacientes en el servicio de urgencias
  - Presencia de pacientes en el servicio de urgencias adultos que estuvieron en observación mayor al número de la capacidad estimada (30 pacientes)
- Deficiente cobertura de personal de todas las categorías
  - Por cobertura insuficiente de las plazas del personal de urgencias y servicios de apoyo.
- Disposición de recursos necesarios para la atención de pacientes

El personal de atención cuente con equipo necesario (venoclisis, agujas, jeringas, equipo de recolección de muestras de laboratorio, etc.)
- Retraso en la realización y reporte de estudios de laboratorio
  - Los resultados de laboratorio que no se realizaron en un promedio de 2 hrs o que no estuvieron reportados en el sistema.
- Retraso en la realización y reporte de estudios de gabinete
  - Los estudios de gabinete que se realizaron en un promedio de 2 hrs al ingreso del paciente a urgencias
- Retraso en la valoración médica
  - La valoración médica no se realizó por la falta de estudios complementarios, la falta de cobertura del personal médico, la saturación del servicio o paciente que no se valoraron en un turno
- Ausencia de toma de decisión
  - El personal médico aun con los estudios completos de laboratorio y de gabinete y la realización de interconsultas, no tomaron la decisión de egresarlo del servicio.
- Retraso en la ejecución de la decisión médica

- La indicación médica se realizó sin embargo no se ejecutó en un promedio de 8 hrs
- Retraso en la realización de interconsultas solicitadas
  - La realización de la interconsulta a otro servicio no se realizó posterior a las 4 hrs de la solicitud de la misma.

## DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	UNIDAD DE MEDICION	DEPENDENCIA	ESTADISTICA DESCRIPTIVA
Total de pacientes servicio urgencias	Cantidad total de pacientes en el servicio de urgencias	No. total	Cuantitativa	Promedio y desviación estándar
Tiempo de estancia	Horas de permanencia en el servicio	Horas	Cuantitativa	Promedio y desviación estándar
Motivo de consulta	Conjunto de síntomas de un paciente que lo motivan a acudir a recibir atención médica	Cual	Cualitativa	Porcentaje
Diagnostico de ingreso	Determinación de una enfermedad por sus síntomas al ingresar al servicio	Cual	Cualitativa	Porcentaje
Cumplimiento de indicaciones medicas	Tiempo transcurrido entre la prescripción y la aplicación de los medicamentos	Horas	Cuantitativa	Porcentaje
Personal suficiente en servicio	Cobertura suficiente del personal en servicio de urgencias	Si No	Cualitativa	Porcentaje
Tiempo de interconsulta a otro servicio	Tiempo transcurrido entre la solicitud y el cumplimiento de la opinión médica de otra especialidad	Horas	Cuantitativa	Porcentaje
Estudios de Laboratorio y	Solicitud de Pruebas Diagnosticas	Si No	Cualitativa	Porcentaje

Gabinete				
Periodo entre la indicación y la realización del estudio	Tiempo entre la indicación de realizar estudios de laboratorio e imagen y reporte de los mismos	Horas	Cuantitativa	Porcentaje
Apoyo de quirófano	Tiempo transcurrido de disponer de sala quirúrgica	Horas	Cuantitativa	Porcentaje
Hospitalización	Tiempo transcurrido entre la indicación de subir a piso y la ejecución de la misma	Horas	Cuantitativa	Porcentaje
Traslado a otra unidad	Tiempo entre la indicación y la ejecución de cambio de traslado de unidad hospitalaria a otra	Horas	Cuantitativa	Porcentaje
Alta	Tiempo entre la indicación y la realización del egreso del servicio.	Horas	Cuantitativa	Porcentaje
Valoración medica inicial	Tiempo transcurrido entre el ingreso del paciente y la valoración del médico responsable.	Si No	Cualitativa	Porcentaje
Valoración medica (Segunda) definitiva	Toma de decisión definitiva del destino del paciente	Si No	Cualitativa	Porcentaje

### **Aspectos Éticos.**

Los aspectos éticos del presente trabajo de investigación se han establecido en los lineamientos y principios generales del reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, (publicado en el diario oficial de la federación el 7 de febrero de 1984), dando cumplimiento a los artículos 13 y 14 (fracción I, II, III, IV, V, VII, VIII), del título segundo correspondiente a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. De acuerdo al artículo 17 de este

mismo título, el presente trabajo de investigación se considera una investigación con riesgo mínimo, de acuerdo al artículo 23.

El protocolo fue aprobado por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1307 y quedó registrado con el número R-2013-1307- 2.

El protocolo cumple además con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas, así como los códigos y normas internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica.

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO** No fue requerido.

## RESULTADOS

Se estudiaron 144 casos de estancia prolongada dividida en dos grupos (Grupo A “Día Hábil” y Grupo B “Fin de semana”) con fines comparativos cada uno con 72 casos; durante un periodo de 4 meses (Marzo a Junio del 2013).

El promedio de pacientes en observación servicio de urgencias durante el periodo de estudio fue de 56 y 46 pacientes respectivamente, lo que resulta en una ocupación de 151% y 127% , considerando que la capacidad instalada del servicio es de 30 camas censables. La edad y el género no mostró diferencia significativa entre los grupos (Tabla 1).

En la tabla 2 se muestra la plantilla del personal médico adscrito al servicio de urgencias donde se aprecia un total de 25 médicos, correspondiendo solo el 36% son especialistas en urgencias, un 40% son especialistas en Medicina Interna y el 25% restante son médicos eventuales (médicos Generales o de otra especialidad).

En la grafica 3 presenta que el motivo más frecuente de acudir al servicio de urgencias fue el Dolor abdominal (28%), al igual que la Disnea (17%) el segundo motivo y el Dolor precordial (12%) como tercera causa, siendo similares en ambos grupos abarcando más del 50%.

Al separar los ingresos por especialidad médica (gráfica 4) muestra que las Urgencias Digestivas y Urológicas son las urgencias más frecuentes acorde con el motivo de consulta, al igual que las cardiovasculares y respiratorias representando el 50% de los ingresos por especialidad, en ambos grupos.

En la tabla 5 nos muestra los tiempos escalonados en el que se realizó el estudio, que representan los tiempos en los que se brinda la atención a los pacientes. Se observa que no hubo diferencia significativa en el tiempo transcurrido entre la valoración en triage y el ingreso a observación (0:50 hrs aprox), entre éste y la 2ª valoración médica (18 y 20 hrs) y entre la primera y segunda valoración médicas (10:08 y 11:38 hrs). En cambio, la ejecución de órdenes por parte de enfermería fue significativamente más retardada en el grupo A (1:26 vs 0:57 hrs), el tiempo transcurrido entre el ingreso a observación y la primera valoración médica fue mayor en el grupo B (10:02 vs 7:28 hrs). A partir de la valoración médica inicial en observación, la toma de decisión de pase a piso y solicitud de interconsultas fue significativamente más retardada en el grupo A.

Respecto a la toma de decisión en la primera valoración (gráfico 6 y 7) no hubo diferencia significativa entre los grupos, tanto en quienes se tomó decisión y tipo de decisión tomada.

De las interconsultas solicitadas (28 del grupo A y 23 del grupo B), se realizaron 68% y 52% respectivamente ( $p=NS$ ) y aunque hubo mayor toma de decisión por los interconsultantes en el grupo A, esta diferencia no fue significativa (gráfica 9).

En el Grafico 10 observamos que en la segunda valoración, en 44 casos (22 por grupo) se tomaron como No necesarias ya que tenían indicación de pase a piso previo (aunque en ningún caso se había efectuado). En los 50 casos restantes por grupo no hubo diferencia significativa en la decisión tomada de pase a piso o egreso del hospital. Llama la atención que esta segunda valoración médica, entre



18 y 20 hrs después de su ingreso a observación, no se realizó o no se tomó decisión en 80 y 60% de los casos respectivamente.

En la Tabla 11 engloba las causas que prolongan la estancia en el servicio de Urgencias más de 8 hrs de evolución, como el Retardo en la primera valoración medica en urgencias al Grupo A 09:08 hrs y el Grupo B 15:33 hrs en promedio, la No toma de decisión en el 11(15% del Grupo A) y 15 (20.83% del Grupo B), el Pase a piso no ejecutado en un 100% en ambos grupos, el retardo en las Interconsultas solicitadas para el Grupo A 09:10 hrs y al Grupo B 08:10 hrs, al igual que las Interconsultas solicitadas pero no realizadas 9 (32%) y 11(47.8%), también el tiempo que se prolonga desde el ingreso del paciente a la realización de una segunda valoración de que 18:17 hrs para el Grupo A y 20:41 hrs para el Grupo B, el tiempo entre la primera valoración y la realización de la segunda valoración para el grupo A 10:08 hrs y al grupo B 11:31 hrs, y la no toma de decisión en la 2ª valoración en el Grupo A 20 (30%) casos y del Grupo B 13 (18%) de casos.

# GRAFICAS

**Tabla 1** Generalidades

	Grupo A	Grupo B	p
	N=72	N=72	
Promedio diario	56	46	NS
Ocupación servicio	187%	157%	NS
Edad	56 ± 19	57 ± 15	NS
Sexo	30 (42%)	27(37.5%)	NS

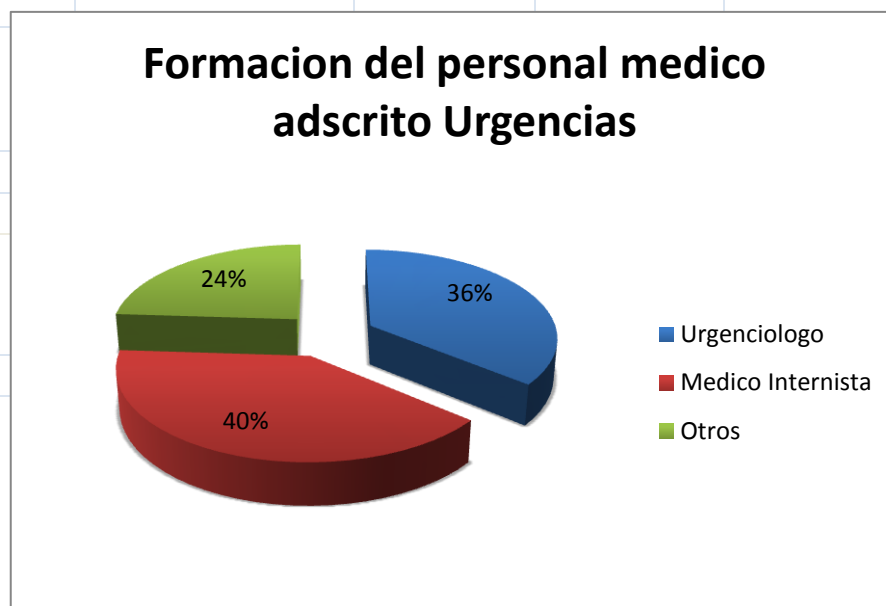
**Tabla 2**

Personal Medico adscrito a Urgencias				
Turno	Urgencias	Med Int	Otro*	Total
TM	0	3	0	3
TV	4	1	1	6
TN	5	2	1	8
JA	0	4	0	4
EVENTUALES			4	4
TOTAL	9 (36%)	10 (40%)	6 (24%)	25

\* Médico con especialidad defierente a urgencias y Med. Interna

### Cobertura del personal médico adscrito a Urgencias

<b>Urgenciólogo</b>	9	36%
<b>Médico Internista</b>	10	40%
<b>Otros</b>	6	24%
<b>Total</b>	25	100%

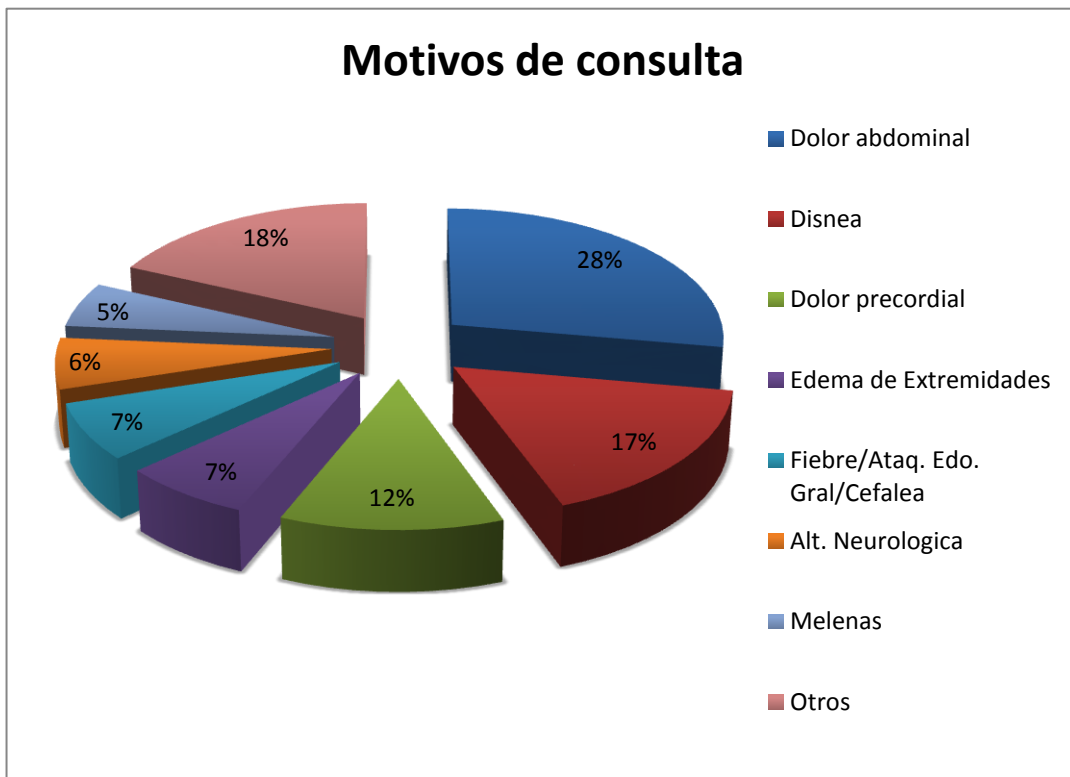


**Grafico 3**

**Motivos de consulta**

n=144

Dolor abdominal	40	28%
Disnea	24	17.00%
Dolor precordial	17	11%
Edema de Extremidades	10	7%
Fiebre/Ataq. Edo. Gral/Cefalea	10	7%
Alt. Neurologica	9	6.25%
Melenas	8	5.50%
Otros	26	18%

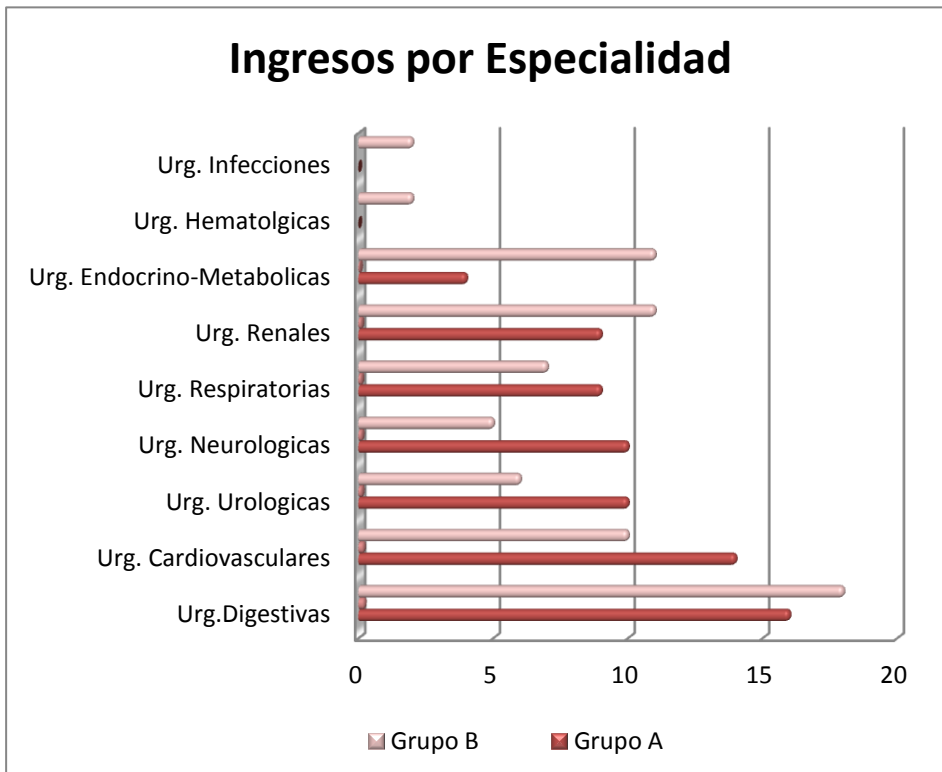


**Grafico 4**

**Ingresos por Especialidad**

	Grupo A		Grupo B	
Urg. Digestivas	16	22.22%	18	25%
Urg. Cardiovasculares	14	19.40%	10	13.80%
Urg. Urológicas	10	13.80%	6	8.30%
Urg. Neurológicas	10	13.80%	5	6.94%
Urg. Respiratorias	9	12.50%	7	9.72%
Urg. Renales	9	12.50%	11	15.27%
Urg. Endocrino-Metabólicas	4	5.55%	11	15.27%
Urg. Hematológicas	0		2	2.77%
Urg. Infecciones	0		2	2.77%

\* p = NS



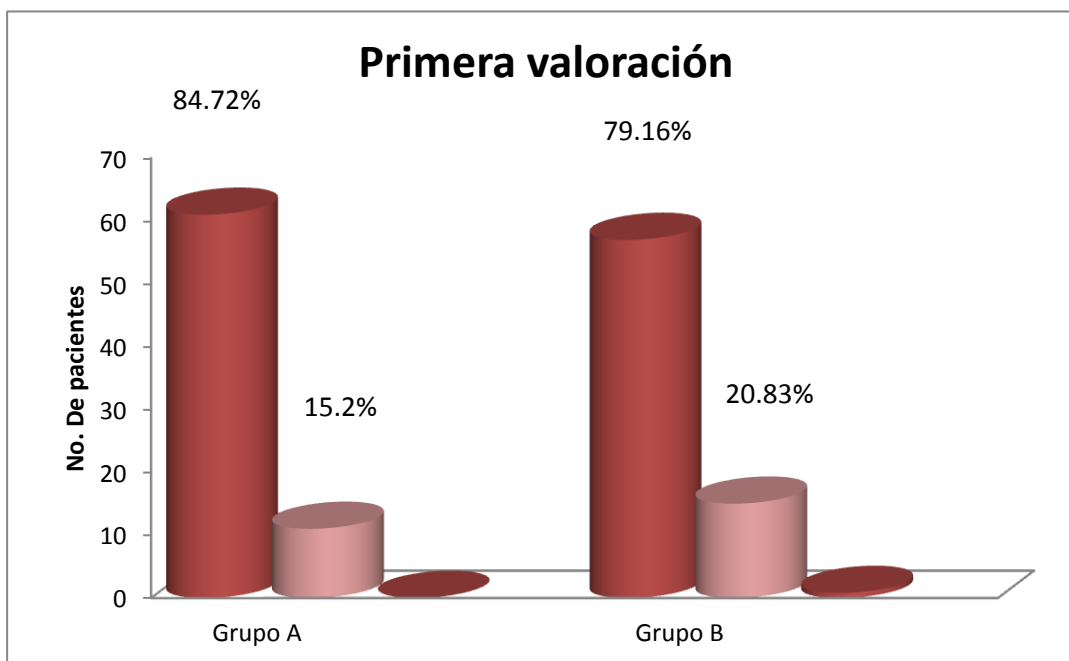
**Tabla 5** **Tiempos de la atención**

Tiempo	Grupo A	Grupo B	p
Valoración Triage-Observación	00:52 +/- 00:04	00:48 +/-00:05	NS
Ejecución indicaciones por Enfermería	01:26 +/- 00:03	00:57 +/-00:04	0,025
Ingreso a Observación- 1a valoración	07:28 +/- 00:17	10:02 +/-00:26	0,017
1a. Valoración - decisión Pase a piso	01:29 +/- 00:21	00:00	0,003
1a. Valoración-Solicitud de IC	05:29 +/- 00:20	00:42 +/- 00:09	0,01
Ingreso a Observación-2a valoración	18:17 +/- 00:31	20:41 +/- 00:30	NS
1a - 2a valoración	10:08 +/- 00:21	11:31 +/- 00:21	NS

**Grafico 6**

**Primera valoración (decisión)**

	Grupo A		Grupo B		p
Decision	61	84.72%	57	79.16%	0.38
No Decision	11		15		

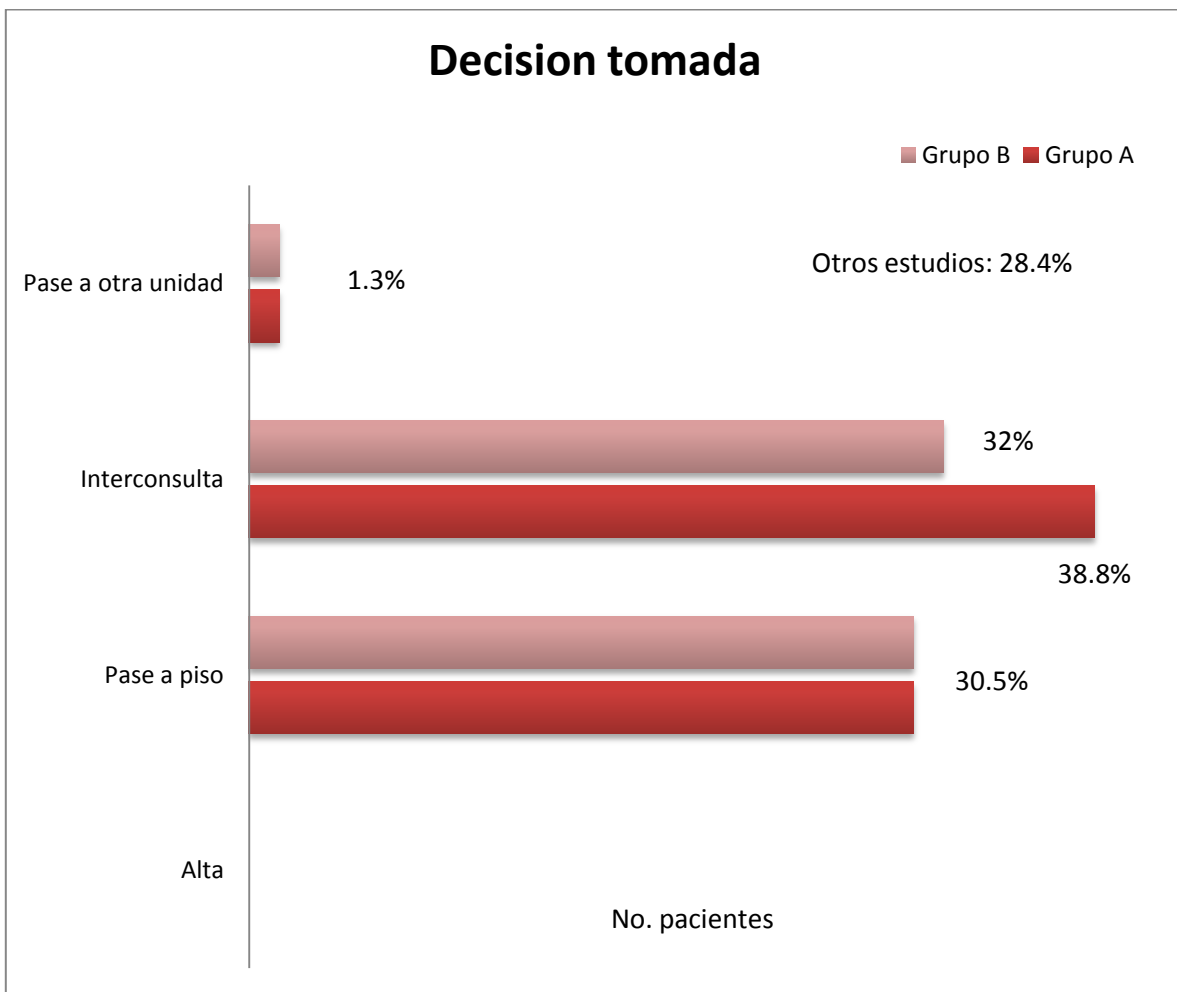


### Decisión médica tomada

Grafico 7

Decisión	Grupo A	Grupo B
Alta	0	0
Pase a piso	22	22
Interconsulta	28	23
Pase a otra unidad	1	1
Otros Estudios	22	19

p = NS



Grafica 8

Interconsultas				
	Grupo A		Grupo B	
Solicitadas	28		23	
Realizadas	19	67.80%	12	52.10%
No Realizadas	9	32.10%	11	47.80%

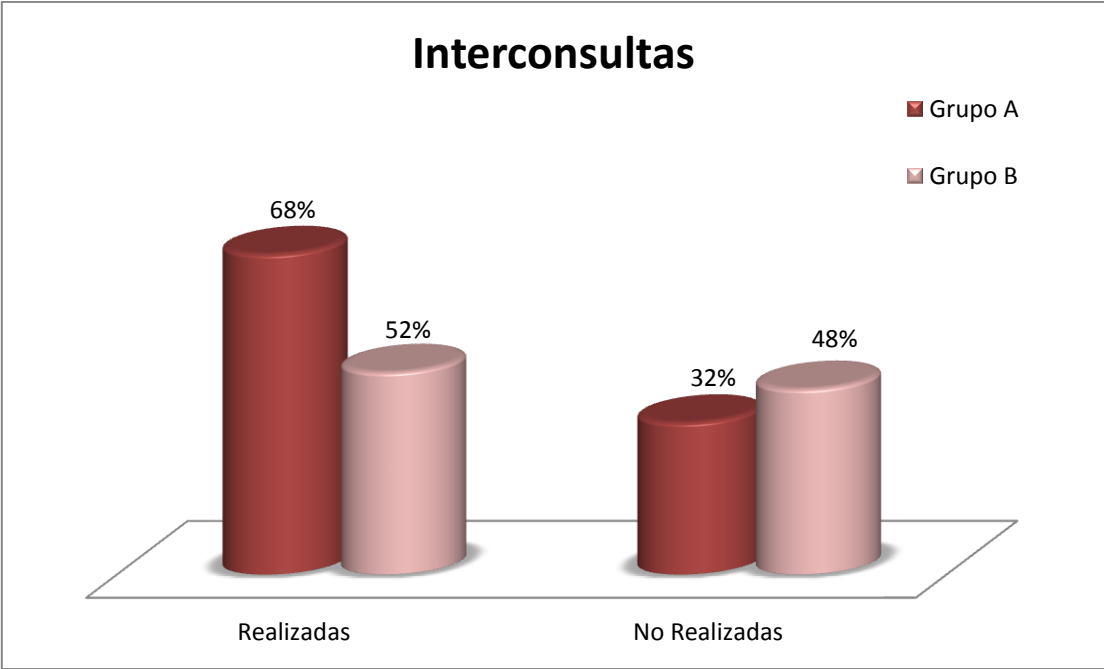
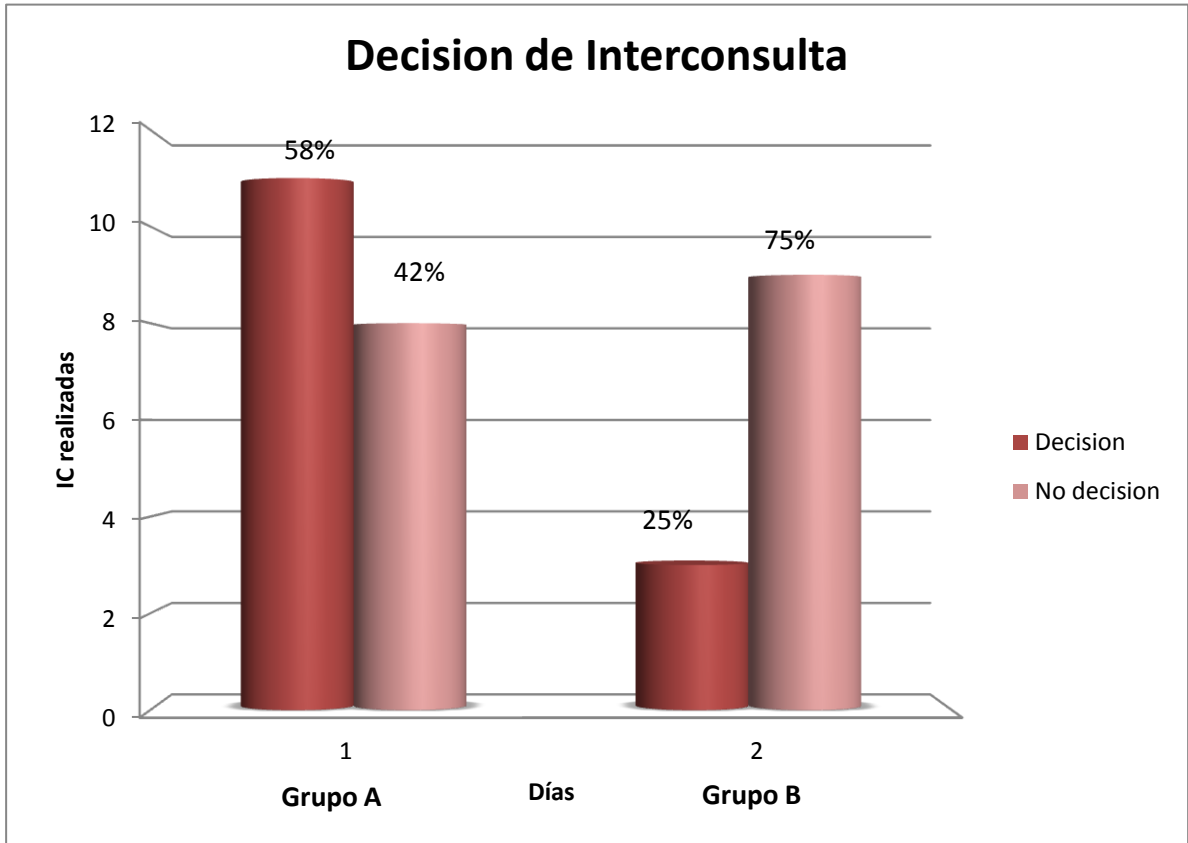




Grafico 9

Toma de decisión Interconsulta

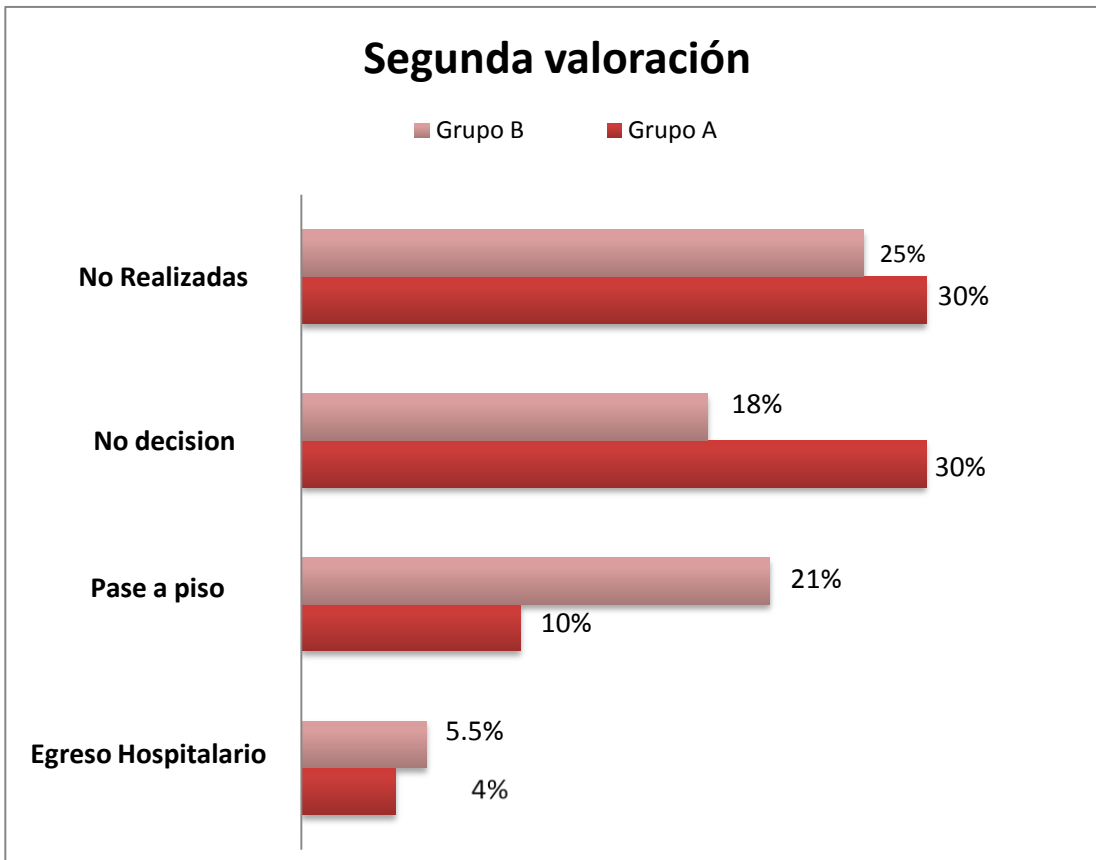
	Grupo A	Grupo B	p
Decisión	11	3	0.07
No decisión	8	9	



**Grafico 10**

**Segunda valoración**

	<b>Grupo A</b>	<b>Grupo B</b>	<b>p</b>
No Necesaria ( PP de 1a. val)	22	22	
Necesarias (Estudios, IC, No decisión previa)	50	50	
Egreso Hospitalario	3	4	0.69
Pase piso	7	15	0.05
No decisión	20	13	0.13
No realizadas	20	18	0.68



**Tabla 11****Causa de Estancia Prolongada**

<b>Causas</b>	<b>Grupo A</b>	<b>Grupo B</b>
Retardo en la 1a. valoración médica urgencias	09:08	15:33
No toma de decisión	11 (15.2%)	15 (20.83%)
Pase a piso no ejecutado	100%	100%
Retardo en la interconsultas solicitadas	09:10	08:10
No realización de ic solicitadas	9 (32.1%)	11 (47.8%)
Tiempo prolongado desde su ingreso- 2a valoración	18:17	20:41
Tiempo prolongado entre la 1a y la 2 a valoración	10:08	11:31
No toma de decisión en 2a. Valoración	20	13

## DISCUSION

Lo que podemos apreciar en este estudio es la sobresaturación en el servicio de urgencias del HGR 45 presentando una ocupación hasta del doble de lo requerido por día.

El grupo de edad y el género fue similar en ambos grupos resaltando que en México es cada vez más frecuente en edades tempranas la presencia de enfermedades crónico-degenerativas (menores de 50 años); asociándose a determinadas patologías crónicas que se agudizan, en donde se presenta mayor comorbilidad y un incremento en las descompensaciones. Relacionando a esto que las urgencias Digestivas, cardiovasculares y respiratorias fueron las que se asociaron a mayor estancia hospitalaria, recordando que estas entidades son las que predominan en la población derechohabiente.

El servicio de urgencias es un área donde la prioridad es la atención inmediata, en casos que así lo requieran como el reconocimiento inmediato de pacientes graves, así como de las posibles complicaciones en corto tiempo deben ser valoradas por mucha objetividad, nos percatamos que solo un tercio del personal médico tiene el perfil de Urgenciólogo; a los que nos lleva que más del 50% de la atención es otorgada por médicos con una formación general o por especialistas que dominan aquellas urgencias propias de su especialidad pero no las que habitualmente se atienden en un servicio de este tipo.

Nos llama la atención que los tiempos que se tomaron en cuenta en este estudio sobrepasen el tiempo de una jornada de trabajo normal, refiriéndonos que esto

puede deberse a la falta de seguimiento por parte del personal del propio servicio de urgencias incrementándose más en el turno de fin de semana. Haciendo incapie que sería importante investigar si esto puede ser secundario a la sobrecarga de pacientes, a la falta del personal médico, a la carencia de recursos humanos y materiales técnicos del servicio, o a la lenta movilización de pacientes en los diferentes servicios de hospitalización.

Al ser urgencias un área en donde se debe tomar decisiones desde que el paciente llega, en un 30% de los pacientes fue dada la indicación de pase a piso desde el inicio y otro 30% requirió de la valoración por diferentes especialidades, en muchas ocasiones un retraso en realizar las mismas retrasa la determinación de un diagnóstico o plan terapéutico, de las cuales no se realizaron en el 50% de las solicitadas en el día inhábil que se estudio por la falta de la especialidad en ese turno o la realización del estudio solicitado generando retraso la revaloración del paciente.

Sucediendo que en el resto de los pacientes en la primera valoración se solicito que se realizaran o se repitieran estudios tanto de laboratorio o gabinete; cuyo retraso en realizarse puede ser por la falta de recursos tanto humanos como materiales o reactivos, por la sobrecarga de trabajo, por no contar con el servicio en el día solicitado o la pericia de no solicitarlos desde su ingreso.

Otro hallazgo importante fue que cuando se realizo la segunda valoración un 30% de estas fueron no necesarias por la decisión previa de pase a piso la cual no se realizo por la lenta movilización en los servicios de hospitalización, agregándose

además que el 40% no se documentó la realización de la valoración y no se toma una decisión definitiva a pesar de contar con los estudios o valoración del interconsultante previamente solicitados dejando continuar el paciente en observación sin tener un diagnóstico definitivo, lo cual es preocupante porque nos incrementa la estancia prolongada.

Las causas de estancia prolongada en urgencias pueden ser atribuibles en una mayor parte por el propio servicio como son el retraso en la valoración del médico desde el ingreso hasta el egreso del paciente en los diferentes turnos, al igual que la falta de conocimiento o la capacitación del propio personal para el manejo del paciente crítico que nos lleva al retraso de la toma de decisión como a la perspicacia de solicitar estudios que nos lleven a un diagnóstico rápido preciso y conciso de la patología que pone en peligro la función o la vida, la falta de realización de interconsultas de otras especialidades que pudiera deberse a sobrecarga de trabajo como a la ausencia de interconsultante en días inhábiles, la realización o el retraso de estudios de imagen por la falta del personal o sobresaturación del servicio al igual que por la ausencia de realizarlos en días inhábiles. Sin dejar de tomar en cuenta que la lenta movilización de los pacientes en el área de hospitalización, la falta de recursos materiales y estructurales generan la no movilización y estancamiento de los pacientes en urgencias resultando mayor ingreso de derechohabientes sin incrementar la plantilla médica llevando a una sobresaturación del propio servicio.

## CONCLUSION

La principal problemática en la mayoría de los servicios de urgencias de hospitales de seguridad social es la sobresaturación de los servicios dado que la población aumenta no así la infraestructura de las unidades tal y como está demostrado en el Hospital General Regional 45 donde es sobrepasado hasta en un 200% de su capacidad proyectada, dado los cambios que se establecen día con día el personal que labora en áreas de urgencias deberá de estar capacitado para atender las necesidades de la población derechohabiente, identificar prioridades y dar resolución a las mismas para mejorar la calidad de la atención y mantener un servicio de urgencias equilibrado, la estancia prolongada esta dado por varios factores que ya se demostraron en este estudio, que son entre otras la falta de seguimiento o la evolución de los pacientes ya que no presentan una nueva valoración en su mismo turno si no que tiene que esperar al siguiente y en ocasiones hasta dos turnos para que se realice la misma, en cuanto a realizar interconsultas a otras especialidades o subespecialidades retrasa la toma de decisiones más en días inhábiles donde no se cuenta con la mayoría de ellas así como tampoco estudios de gabinete. Influyendo negativamente en la evolución y pronóstico del paciente, en la disponibilidad de los recursos hospitalarios al igual que en la atención médica.

Por lo que sería conveniente impulsar estrategias que nos ayuden a mejorar la efectividad de los servicios hospitalarios, mejorar la disponibilidad de recursos alternativos tanto humanos como materiales, reevaluando la estructuración del servicio con la población derechohabiente que demanda la atención por día, al

igual potencializar la capacitación del personal adscrito y eventual que presentan su servicio en un área de urgencias.



## **BIBLIOGRAFIA**

1. - Quizaman MR, Neri Moreno MC. Padecimientos más frecuentes atendidos en el servicio de urgencias Pediátricas en un hospital de tercer nivel. Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza". (En línea) Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no51-1/RFM051000101.pdf>. Acceso el 04 de Marzo del 2012.

2.- SUMAR, Servicio de Urgencias con mejoras en la Atención y Resolución. Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Secretaria de Salud. Mayo 2010. (En línea) Disponible en: [http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/foros/jornada/4jornada\\_sumar\\_11.pdf](http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/foros/jornada/4jornada_sumar_11.pdf) Acceso el 01 de Marzo del 2012.

3.- NORMA Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica. 2004 Septiembre 15. (En Línea) Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/206ssa102.html> Acceso el 04 de Marzo del 2012

4.- Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Urgencias Sanitarias en España: Situación Actual y Propuestas de mejora. Escuela Andaluza de Salud Publica,, Campus Universitario de Cartuja Granada, España. Granada 2003. (En línea). Disponible en:

[http://www.easp.es/publicaciones/descargas/ATENCION%20URGENTE\\_contrase\\_na.pdf](http://www.easp.es/publicaciones/descargas/ATENCION%20URGENTE_contrase_na.pdf) Acceso disponible 01 de Marzo del 2012

5.- Unidad de Urgencias Hospitalarias. Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Política. Informes, estudios e Investigación 2010. (En línea).

Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>

Acceso disponible el 06 de Marzo del 2012.

6.- Villatoro Martínez A. Definiciones Básicas en Medicina de Urgencia. Servicio de Urgencias American British Cowdray Campus Santa Fe, UMAE General CMN Raza IMSS. México, DF. 2005. (En línea) Disponible en:

<http://www.reeme.arizona.edu/materials/Definiciones%20utiles%20en%20medicina%20de%20urgencia.pdf> Acceso disponible el 08 de Marzo del 2012

7.- Tiempo de estancia hospitalaria de los pacientes atendidos en Instituciones de Salud de II y III nivel de acuerdo con: pertenencia de la institución a la red adscrita o no adscrita con contrato vigente con la secretaria distrital de salud y fuente de pago de los costos de hospitalización. Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Centro de Epidemiología clínica. Universidad Nacional de Colombia. Secretaria Distrital de Salud. Santa Fe de Bogotá, septiembre de 1999. (En línea) Disponible en:

<http://190.25.230.149:r8080/dspace/bitstream/123456789/449/1/Informe%20final%20Tiempo%20de%20Estancia.pdf> Acceso disponible 08 de Marzo del 2012.

8.- Loria Castellanos J, Ortiz Díaz P. Estancia de 6 hrs en un servicio de Urgencias de 2º. Nivel de la Ciudad de México. Revista Cubana de Medicina

Intensiva y Emergencias. 2005; 5(1). Pp. 1-7 (En línea) Disponible en:

[http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol4\\_1\\_05/mie04105.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol4_1_05/mie04105.pdf) Acceso disponible 04 de Marzo del 2012.

9.- Peña Viveros R. Calidad en medicina de urgencia, una necesidad de nuestros días (parte I). Revista Mexicana de Medicina de Urgencias. 2002 Enero-Marzo. Vol. 1, No. 1, pp.31-36. (En línea) Disponible en: .-

<http://es.scribd.com/doc/8467927/Calidad-en-EI-Servicio-de-URGENCIAS> Acceso disponible el día 08 de Marzo del 2012.

10.- Contreras Camarena C. Galarza Manyari C. Hospitalizaciones inadecuadas en emergencias médicas. Revista de la Sociedad de Perú en Medicina Interna. 2011; Vol. 24 (1) pp. 19-25. (En línea) Disponible en:

[http://medicinainterna.org.pe/revista/revista\\_24\\_1\\_2011/hospitalizaciones-inadecuadas-en-emergencias-medicas.pdf](http://medicinainterna.org.pe/revista/revista_24_1_2011/hospitalizaciones-inadecuadas-en-emergencias-medicas.pdf) Acceso el 10 de Marzo del 2012

11.- Bogotá, Secretaria Distrital de Salud. Propuesta para la reorganización de la prestación de los servicios de urgencias en el Distrito Capital: Atención Pre-hospitalaria, Intrahospitalaria y sistema de referencia y contrarreferencia. Convenio de Cooperación Técnica No. 1136 de 2006. Bogotá, D.C. 2008.

<http://es.scribd.com/doc/54697574/REORGANIZACION-URGENCIAS-DC> Acceso disponible el 12 de Marzo del 2012

12.- Anexo 2 “Criterios para la elaboración del protocolo de investigación” Instituto Mexicano del Seguro Social, Seguridad y Solidaridad Social, p.1-4, clave 2810-003-001

13.-OPS, EPIDAT 3.1 Análisis Epidemiológico de Datos Tabulados, Unidad de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria, Washington D.C. E.U.A. 2006. Disponible en: [http://www.sergas.es/MostrarContidos\\_N3\\_T01.aspx?IdPaxina=62715](http://www.sergas.es/MostrarContidos_N3_T01.aspx?IdPaxina=62715) Acceso 15 de Noviembre del 2012.

