



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA DE URGENCIAS**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 8
CÓRDOBA VER.**

**FACTORES ASOCIADOS A LOS PRICIPALES MOTIVOS DE CONSULTA
DE URGENCIA SENTIDA VS REAL. EN UN HOSPITAL DE ZONA**

LUGAR

HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 8 CORDOBA VER.

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN URGENCIAS MEDICO-QUIRÚRGICAS**

PRESENTA:

DRA. JACQUELINE ULLOA SANDOVAL

CÓRDOBA VER.

2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**FACTORES ASOCIADOS A LOS PRINCIPALES MOTIVOS DE
CONSULTA
DE URGENCIA SENTIDA VS REAL. EN UN HOSPITAL DE ZONA.**

Que para obtener el grado de especialista en
Urgencias médico-quirúrgicas

Presenta:

***DRA. JACQUELINE ULLOA SANDOVAL**

M.E CARMELA RESENDIZ DATTOLY

ASESOR METODOLÓGICO

DR. WALFRE LÓPEZ BENÍTEZ

ASESOR TEMÁTICO

**FACTORES ASOCIADOS A LOS PRINCIPALES MOTIVOS DE
CONSULTA
DE URGENCIA SENTIDA VS REAL. EN UN HOSPITAL DE ZONA.**

Que para obtener el grado de especialista en
Urgencias médico-quirúrgicas

Presenta:

***DRA. JACQUELINE ULLOA SANDOVAL**

FRANCISCO DAVID TRUJILLO GALVÁN

Coordinador de Programas Médicos
División de Educación Continúa
Coordinación de Educación en Salud

INDICE

I. Marco Teórico	3
II.- Justificación.....	12
III. Planteamiento del problema.....	13
IV. Hipótesis de trabajo.....	13
V.- Objetivos.....	13
Objetivo general.....	14
Objetivo específico.....	14
Material y métodos.....	14
1. Diseño del estudio.....	14
2. Universo de trabajo.....	14
3. Selección de la muestra.....	14
a). Tamaño de la muestra.....	14
b). Criterios de selección.....	14
4. Descripción de las variables, tipo y escalas de medición.....	16
5. Procedimiento.....	19
6. Análisis estadístico.....	20
VII. Aspectos éticos del estudio.....	20
VIII. Recursos para el estudio.....	23
7. Resultados.....	24
8. Discusión.....	30
9. Conclusión.....	33
10.Referencias Bibliográficas.....	34
11.Anexos.....	37

DEDICATORIAS

A mi Dios

Creador de todas las cosas, que me ha dado la Fortaleza y Amor cuando a punto de caer he estado, por ello con toda la humildad de mi corazón dedico primeramente mi trabajo a Él.

Mamá.

Gracias por tu esfuerzo y por tu confianza que depositaste en mí. Por tu ayuda incondicional para cuidar a mi Carlitos. Sin lo cual no hubiera podido lograr esto.

Te quiero mucho.

A mi padre

Que a pesar de la distancia física siento que estás conmigo siempre y aunque nos faltaron muchas cosas por vivir juntos, sé que este momento hubiera sido especial para ti.

Berna.

Este logro lo comparto contigo por tu paciencia y comprensión, preferiste sacrificar tu tiempo para que pudiera cumplir con el mío. Por tu bondad y sacrificio me inspiraste a ser mejor para ti, ahora puedo decir que esta tesis lleva mucho de ti.

Gracias por estar siempre a mi lado.

Te amo

A mi hijo Carlitos

Eres el amor de mi vida y todo lo hago por ti. Recuerda que siempre contarás conmigo y siempre te voy a amar.

Gracias por esperarme siempre.

Te amo con todo mi corazón.

FACTORES ASOCIADOS A LOS PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA

DE URGENCIA SENTIDA VS REAL. EN UN HOSPITAL DE SUBZONA.

Ulloa J. Reséndiz C. López W.

Objetivo: Determinar los factores asociados a los principales motivos de consulta de urgencia sentida vs urgencia real.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal analítico en la población adscrita a la HGSZ No. 8 ubicada en la Ciudad de Córdoba Veracruz, se midieron variables socio demográficas y factores asociados a los principales motivos de consulta en urgencias.

Resultados. Se realizaron 250 encuestas de pacientes que acudieron al servicio de urgencias encontrando que las urgencias sentidas prevalecieron (61.2%) por encima de las urgencias reales (38.8%), de las cuales el género masculino fue el que más demandó consulta en urgencias (57.2%), el turno y el día que tuvo el mayor porcentaje de consultas fue el viernes(25.6%) y el turno vespertino (36.8%). En nuestra muestra el sistema más afectado fue musculo esquelético (85%) y el síntoma más común motivo de consulta fue el dolor (65.6%).

Conclusión. Es importante concientizar a la población sobre el uso racional del servicio de urgencias.

Palabras clave: urgencia real, urgencia sentida, factores asociados.

MARCO TEÓRICO

La medicina de urgencias es una rama relativamente nueva de la medicina; ha despertado más interés desde que se fundaron los primeros servicios de urgencia, como una parte bien definida dentro del hospital.

Los servicios de urgencias son unidades destinadas para dar asistencia médica altamente profesional con recursos especiales a toda persona en riesgo de perder la vida, o la función de algún órgano. Siempre con disponibilidad inmediata y a cualquier hora del día. Por esto es que la organización y la dinámica de este servicio son muy singulares, pues estos funcionan las 24 horas del día y los 365 días del año. Este servicio debe contar con tres atributos principales para su óptimo funcionamiento: accesibilidad (tanto geográfica como dentro del área hospitalaria), atención continua y permanente y disponibilidad de recursos humanos y materiales destinados a la atención de urgencias médicas.

Los cuidados médicos de emergencias son una llave al progreso económico y la estabilidad social; una atención adecuada en el Servicio de Urgencias disminuye notablemente los efectos del trauma en la población, las secuelas temporales o permanentes secundarias a éstos; también disminuye la pérdida de años de vida en edad productiva, logrando mantener una mejor calidad de vida y productividad en la población.

Según el American College of Emergency Medicine (ACEP), el servicio de urgencias es un área destinada a la atención de lesiones o problemas médicos inesperados, con mucha frecuencia las urgencias médicas no son condiciones inesperadas, por lo que los calificativos súbitos o impredecibles no parecen definir de manera correcta lo que es una urgencia médica. El principal atributo de la palabra urgencias es la necesidad de ayuda inmediata. La ley General de Salud de México, define urgencia como “todo problema médico quirúrgico que pone en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata”

Algunos autores diferencian emergencia de urgencia e indican que la primera requiere atención inmediata, mientras que una urgencia permite esperar un periodo corto de tiempo.

Podemos decir que este servicio ha experimentado cambios más rápidos y profundos en la segunda mitad del siglo XX, ninguna otra unidad lo ha hecho en los últimos 20 años.

Los servicios de urgencia han llegado a ser, en la actualidad, a los que primero contactan los pacientes con enfermedad aguda, urgencia o emergencia, por lo que son considerados un eslabón fundamental de los sistemas de salud.^{1, 2, 3,4, 5, 6}

Como ya se ha dicho, este servicio ha evolucionado en forma exponencial en cuanto a la demanda de consulta, los servicios se ven saturados. En realidad el sentir de los profesionales en esta materia es que la mayoría de pacientes que acuden a urgencias no están realmente más enfermos que los que acuden con cita. Esta condición retrasa la atención de los pacientes que en verdad ameritan una atención de urgencias, además de consumir tiempo y recursos que a mediano plazo podrían repercutir en la morbilidad y mortalidad de la población en general. Las estadísticas muestran que existe un porcentaje de consultas a urgencias calificadas como inadecuadas desde menos de 15% hasta más del 80%.^{4,7}

Es llamativo observar cómo, siendo el hospital el vértice de la pirámide, donde deberían llegar de forma urgente sólo aquellos casos derivados desde el primer nivel asistencial o los casos de verdadera emergencia, es sin embargo saturado por cuadros leves que retrasan la asistencia y dificultan la atención de patologías que requieren verdaderamente una atención urgente.

El porcentaje de inadecuación de visitas urgentes hospitalarias, según estudios publicados en España, oscila entre el 24 y el 79%. De la misma forma estudios previos encuentran que el 90% de los casos atendidos como urgencia en el hospital podrían haber sido resueltos en Atención Primaria. Se puede decir con seguridad que algo más de la tercera parte de las atenciones son clasificadas como insustanciales.^{8,9}

El servicio de urgencias de un Hospital es el área de mayor volumen de pacientes, de entre los cuales algunos padecen urgencias reales y otros no; sin embargo, todos exigen una atención rápida y de calidad.

El reto para un buen funcionamiento de un servicio de urgencias es poder valorar inmediatamente las urgencias reales y en el menor tiempo posible las no reales, y que se atienda a todos los pacientes equitativamente, que

es dar a cada uno lo que necesita. Debemos explicar al usuario cual es la dinámica de la atención y eso incrementa su satisfacción.

Se le debe explicar por qué las urgencias reales son una prioridad para el Servicio desde el punto de vista humano, bioético, lógico y para que el servicio funcione como tal. Se entiende por urgencia real al padecimiento agudo que pone en peligro la vida o la función de un órgano y que requiere tratamiento inmediato. Urgencia no real son todos los padecimientos que no ponen en riesgo la vida, o alguna de las funciones vitales del organismo.¹⁰

Esta sobrecarga es multifactorial y descansa en el grupo de personas que acuden espontáneamente a los hospitales sin constituir urgencias reales, violando los filtros sanitarios, son urgencias sentidas por ellos pero no reales y la disminución de estas son las que han permitido la optimización progresiva de los servicios de urgencias.^{6, 8, 9, 10, 11,12}

Tenemos que resaltar que existen factores asociados a la utilización de los servicios de urgencias, como factores predisponentes (sociodemográficos): edad, género, raza, educación, tamaño familiar o actividad laboral; factores facilitadores que incluyen nivel de ingresos, tipo de seguro y características poblacionales (disponibilidad y accesibilidad de servicios); factores de necesidad se incluye aquí el estado de salud percibido y la posible limitación de la actividad por problemas de salud.¹³

La edad que más solicita consulta de urgencias según estudios es la pediátrica y conforme avanza en edad disminuye la frecuentación en urgencias. En cuanto a género las mujeres son las que hacen uso inadecuado del servicio de urgencias. En razón del estado civil la mayor demanda es de pacientes solteros o divorciados. La ocupación laboral aumenta en inactivos o jubilados, en cuanto a escolaridad o grado de estudios, entre mas preparación académica mayor es la demanda inadecuada. En cuanto a nivel socioeconómico los que más ingresos tienen solo los que más hacen uso del servicio inadecuadamente y con exigencia.

En los pacientes con antecedentes patológicos, multipatologías asociadas o discapacidad física es mayor la demanda. Existen otros factores relacionados con el entorno, por ejemplo la distancia del hospital, entre más cerca viven más acuden a solicitar inadecuadamente una consulta de urgencias. El día de la semana que más pacientes acuden es el lunes,

según estudios realizados. Horario más solicitado; horario matutino y vespertino.

El entorno social tiene mucho que ver en la inadecuación de la consulta de urgencias, ya que el alarmismo social, potenciado por los medios de comunicación y la pérdida del sentimiento de adaptación aumenta la exigencia de servicios de urgencias, sin embargo la forma de acceso al hospital también es importante, ya que la mayor parte de los pacientes que llegan en ambulancia son adecuados en comparación de los que llegan por sus propios medios siendo en un gran porcentaje inadecuados.
13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22,23.

La decisión para consultar al departamento de urgencias es compleja y su explicación involucra la consideración de muchas variables relacionadas al paciente, los cuidadores y el medio socio-económico-cultural.

En este mismo contexto recientemente los servicios de Triage en urgencias se han implementado debido al congestionamiento que ocurre por muchas causas, entre ellas la facilidad de acceso al paciente, y la expectativa del mismo por resolver rápidamente todos los problemas de salud, por la disponibilidad inmediata de las ayudas diagnósticas e implementos médicos, aunque por otro lado, existe el espacio inadecuado, personal médico o personal de apoyo insuficiente, ingreso de pacientes severamente enfermos o un excesivo número de pacientes con problemas menores que hacen uso inapropiado de la sala de urgencias.^{5, 25}

En el 2011 Israel Vásquez Carranza y María del Carmen Fuentes Cuevas, realizaron un estudio de investigación acerca de la Relación de urgencias reales y sentidas en un servicio de urgencias, el objetivo del trabajo fue determinar la frecuencia y tipo de urgencias reales y sentidas de las consultas otorgadas del hospital para el Niño del IMIEM en el período de mayo, junio, julio del 2008, así como las características epidemiológicas y demográficas de los pacientes y sus colaboradores. Los resultados: de acuerdo con un grupo etario, 196 pacientes eran lactantes (39.2%). 160 preescolares (32%), 117 escolares (23.4%), y 27 adolescentes (5.4%). El género de los pacientes fue femenino en 289(57.8%) y el masculino en 211(42.2%). Los diagnósticos realizados por los médicos fueron infecciones de vías respiratorias altas en 119 (23.8%), fracturas en 60 (12.0%), TCE en 38 (7.6%), gastroenteritis en 36 (7.2%), cefalea en 27 (5.4%), Intoxicaciones 22 (4.4%), estreñimiento en 17 (3.4%), sano 16 (3.2%), cuerpo extraño 14 (2.8%), y otros 98 (19.6%). Los códigos

emitidos por los médicos fueron verde en 262 pacientes (52.4%), amarillo 188 (37.6%) y rojo en 50 (10%). El tiempo de espera de los pacientes en código verde fue de 0 a 15 minutos en 167 (63.7%), de 16 a 30 min en 58 (22.1%), de 31 a 45 minutos en 22 (8.4%) y de 40 a 60 minutos en 15 (4.5%). En los pacientes con código amarillo el tiempo de espera fue de 0 a 15 minutos en 127 (67.5%), de 16 a 30 minutos en 39 (20.7%), de 31 a 45 minutos en 15 (7.97%) y de 40 a 60 minutos en 7 (3.7%). En los pacientes con código rojo el tiempo de espera fue de 0 a 15 minutos en 36 (72%), de 16 a 30 minutos en 7 (14%), de 31 a 45 minutos en 5 (10%) y de 40 a 60 minutos en 2 (4%).

Cuando se cuestionó porque acudieron a urgencias, 337 (67%) contestaron que su paciente estaba grave. De los 163 (33%) que su paciente no estaba grave, las respuestas fueron las siguientes: no hay fichas en la consulta externa (41 (8.2%)), la atención en urgencias es más rápida, 97 (19.4%), no tengo tiempo para acudir a sacar ficha para la consulta externa en 16 (3.2%), desconozco el significado de urgencia, 9 (1.8%).^{5,25}

Se realizó un estudio multicéntrico en Buenos Aires describiendo los motivos de consulta en los Departamentos de Urgencias. El objetivo fue determinar la prevalencia de las consultas que no corresponden a la categoría de urgentes al departamento de urgencias y describir los motivos referidos por los cuidadores para realizarlas. Más de la mitad de las consultas de urgencias en nuestro estudio fueron consideradas como no urgentes.

Una mayor accesibilidad a la consulta programada podría contribuir a disminuir el número de consultas no urgentes a los departamentos de urgencias en nuestro estudio hallamos que es frecuente que los padres acudan a la guardia a pesar de saber que el motivo de consulta no constituye una urgencia.^{12,25}

Existe otro estudio de investigación realizado en México en un hospital de segundo nivel afín a Urgencias reales y sentidas. Uso racional del servicio de urgencias en un hospital de segundo nivel. Esta indagación fue realizada por Eneida Pastrana Maldonado. El objetivo fue identificar si la atención de urgencias sentidas es un factor que interviene en el retraso y la falta de calidad de la atención de urgencias reales.

Los resultados fueron que la mayor parte de las urgencias atendidas fueron del tipo sentido en un 82.2% y sólo el 17.8% fue considerada real, correspondiendo el 58.95 a mujeres y 41.4% a hombres, con una media de

tiempo de espera mayor para las urgencias sentidas 27.7 minutos, con una $p=0.0059$ significativa.

Justificación:

El servicio de urgencias de un hospital es considerado el más importante para el paciente, que cree tener un hallazgo patológico ameritando la atención inmediata y tratamiento que le dé solución oportuna a su problema, es por esto que en los últimos años se ha visto el incremento gradual en la demanda de atención por lo que estos servicios se ven saturados. Sin embargo muchos de estos padecimientos o motivos de consulta no se consideran como urgencias reales, ya que un gran porcentaje son urgencias sentidas. No obstante se debe atender a todos los pacientes que acudan a demandar un servicio de urgencias, esto trae como consecuencia que se vea afectada la calidad en tiempo y forma de atención al derechohabiente, disminuyendo la calidad en el servicio. Es importante estudiar esta problemática y darle la solución, concientizando al paciente en el buen uso del servicio de urgencias. Es por ello que se pretende identificar los factores asociados a los principales motivos de consulta de urgencia sentida vs real del HGZ No. 8 de la ciudad de Córdoba, Ver., para poder incidir en alguno de ellos posteriormente.

Planteamiento del problema:

¿Cuáles serán los factores asociados a los principales motivos de consulta de urgencia sentida vs urgencia real?

Hipótesis de trabajo

Los antecedentes socio demográficos, antecedentes patológicos, atención médica previa, procedencia, horarios y días de la atención médica son los

factores asociados a los principales motivos de consulta de urgencia sentidas vs urgencia real .

Hipótesis nula.

Los antecedentes socio demográficos, antecedentes patológicos, atención médica previa, procedencia, horarios y días de la atención médica no son los factores asociados a los principales motivos de consulta de urgencia sentidas vs urgencia real.

Objetivo general

Determinar los factores asociados a los principales motivos de consulta de urgencia sentida vs urgencia real.

Objetivos específicos

- Determinar características socio demográficas (Edad, Género, Escolaridad) de los usuarios al servicio de urgencias.
- Determinar la presencia de antecedentes patológicos en los pacientes que acuden a urgencias.
- Determinar la procedencia de los pacientes que acuden a urgencias.
- Determinar el día de la semana y horario más frecuente de la demanda de atención.
- Determinar frecuencia de urgencias sentidas vs reales de la demanda de atención en urgencias.
- Determinar el motivo principal por signos, síntomas y/o aparatos y sistemas de la demanda de atención de los pacientes que acuden a urgencias.

Material y métodos:

Tipo de estudio; Estudio de Encuesta transversal analítico

Lugar de estudio; Servicio de urgencias del HGZ No. 8 Córdoba, Veracruz.

Periodo del estudio; Febrero - Marzo 2014

Universo de estudio

Derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro Social, con adscripción a unidades de referencia del HGZ No. 8 Córdoba, Veracruz.

Tamaño de muestra

Tomando como base un universo de 2,500 solicitudes de atención al servicio de urgencias en un mes, así como una potencia del estudio del 80% y un nivel de significancia del 95%. Así como una prevalencia estimada de urgencias reales del 17% se toma en cuenta la siguiente fórmula para universo de estudio conocido.

$$n = Z^2 \times N \times p \times q / (d^2 \times N - 1) + (z^2 \times q)$$

N = Universo de estudio 2,500 solicitudes de atención en un mes.

Z² = 3.849 (constante para un nivel de confianza del 95%)

p = frecuencia del evento evaluado, en este caso la frecuencia de urgencias reales = 17% y conversión proporcional a la unidad es decir 0.17.

q = 1- p por lo tanto 1 – 0.17 = 0.83

d = error estimado de posible variación de frecuencia de urgencias reales, podría establecerse un 3% que en términos proporcionales a la unidad sería 0.03

$$n = 3.849 \times 2500 \times 0.17 \times 0.83 / (0.032 \times 2499) + (3.849 \times 0.83)$$

$$1357 / 2.25 + 3.19 = 1357 / 5.44 = 249.$$

El tamaño mínimo de muestra para un mes sería de 249 solicitudes de urgencias.

Por otra parte el tipo de muestreo puede ser sistemático incluyendo al día 10 sujetos en la siguiente secuencia, paciente 1, 11, 21, 31, 41, 51, 61, 71, 81, 91, 101.

Criterios de selección

Inclusión

Pacientes que acudan a solicitar consulta del servicio de urgencias del HGZ No.8 Córdoba, Ver.

Género masculino o femenino

De 18 a 100 años

Que sean ellos o sus familiares responsables y que sean respondan al 100% el instrumento de evaluación.

Cualquier turno

Que acepten participar

Que firmen consentimiento informado.

No inclusión

No derechohabientes al IMSS

Derechohabientes que son derivados de otras unidades fuera del área de trabajo del HGZ N° 8

Derechohabientes con accidentes automovilísticos

Pacientes con alteración del estado de memoria u orientación sin acompañante

Que no acepten participar

Eliminación

No se complete la entrevista y evaluación clínica por algún motivo (ejemplo alta voluntaria)

VARIABLES:

Variable Dependiente	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Tipo de Escala	Indicador
Factores socio demográficos					
Edad	Es el lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia. Se mide en años.	Número de años cumplidos a la fecha de aplicación del cuestionario y que queda registrado en el mismo	Cuantitativa	Continua	Edad Referida
Género	Condición biológica que distingue a las	Características fenotípicas de los genitales externos, que separan lo	cualitativa	Nominal Dicotomía	Masculino Femenino

	personas en mujeres y hombres	masculino y lo femenino y queda registrado en el cuestionario			
Ocupación	Tarea o actividad laboral que desempeña en su área de trabajo	Actividad laboral que actualmente se encuentre desempeñando que le genere o no remuneración económica	Cualitativa	Nominal	Obrero, Campesino. Profesionista, Comerciante, Ama de casa.
Estado civil	Condición de unión o matrimonio en el momento de la entrevista de las personas de 12 y más años de edad, de acuerdo con las costumbres o leyes del país	Condición social que el paciente refiere y queda registrado en el cuestionario.	Cualitativa	Nominal	Menor, soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre

Atención Médica previa	Se traduce en la atención otorgada previamente en su U.M.F	Es la atención médica previa en su U.M.F y que deriva en un envío para valoración por subespecialista.	Cualitativa	Nominal	Si/No
Procedencia	Lugar de donde es derivado el paciente que solicita consulta de urgencias	Lugar o área donde se encontraba el paciente antes de solicitar una consulta de urgencias	Cualitativa	Nominal	U.M.F, trabajo, escuela, iniciativa propia, sobre demanda de la CE, Vía pública.
Turno	Horario en el que el paciente solicita la atención de urgencias	Horario laboral en que el paciente solicita la atención de urgencias y que queda registrado en el cuestionario.	Cualitativo	Nominal	Matutino, vespertino, nocturno. Jornada acumulada.
Día de la semana	Día de la semana en el que el paciente solicita atención de urgencias.	Día de la semana en el que el paciente solicita la atención de urgencias y que queda registrado en el cuestionario.	Cualitativo	Nominal	L, M, M, J, V, S, D

Procedimiento

Se realizará visita diaria en todos los turnos (observación y consulta externa) a pacientes que acudan a demandar el servicio de urgencias, entrevistando a los pacientes o a sus familiares en el caso que no se encuentren en condiciones de contestar, haciendo la recolección de los pacientes en los 4 turnos que corresponden al turno matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada, tomando como base poblacional la demanda de consulta de un mes proporcionado por el servicio de ARIMAC del hospital, siendo el universo de trabajo un total de 2500 pacientes por mes, así como una potencia del estudio del 80% y un nivel de significancia del 95%. Así como una prevalencia estimada de urgencias reales del 17% se toma en cuenta la siguiente fórmula para universo de estudio conocido.

$$n = Z^2 \times N \times p \times q / (d^2 \times N - 1) + (z^2 \times q)$$

El tamaño mínimo de muestra para un mes sería de 249 solicitudes de urgencias, capacitando a 4 personas en total, las cuales se encargaran de realizar la recolección de datos para ir aleatorizando los pacientes a entrevistar, evitando así sesgos por parte del investigador, confirmando con el médico tratante asignado si se trata de una urgencia real o sentida, dichas entrevistas se realizaran durante un mes completo hasta completar el tamaño de muestra calculado agregando un 20% por las posibles pérdidas.

Análisis estadístico

Las pruebas estadísticas que aplican en este estudio son: frecuencias simples (números absolutos) y relativas (porcentajes) y prevalencia para

variables cualitativas. Medidas de tendencia central (media o mediana) y de dispersión (desviación estándar) para variables cuantitativas.

Para la comprobación de hipótesis se utilizará la prueba t de Student y razón de prevalencias. Los datos se vaciarán en una hoja de Excel por las mismas personas que realizaron la recolección de datos para conjuntarla posteriormente en una sola base de datos, que se analizara en el programa SPSS versión 20

VII.- ASPECTOS ÉTICOS:

El siguiente proyecto de investigación se apega a los siguientes criterios: el Código de Núremberg, de 1947, elaborado después de la segunda guerra mundial y la Declaración de Helsinki; ambas promulgadas por la asamblea médica mundial de 1964 y ratificadas en Tokio en 1975 cuya resonancia y peso de reconocimiento son hoy de carácter mundial, pues estas declaraciones hacen especial énfasis en el significado y esencialidad del consentimiento informado, como también en sus límites, distinguiendo las observaciones que deben tenerse en cuenta cuando esté dirigido a individuos o comunidades. Palabras como las siguientes se han constituido en imperativos de orientación y conciencia dentro del ámbito científico:

"Siempre debe respetarse el derecho del ser humano (sujeto a investigación) a proteger su integridad, y toda clase de preocupaciones deben aportarse para resguardar la privacidad del individuo y disminuir al mínimo el efecto de la investigación sobre su integridad física y mental y sobre su personalidad".

Cumplimiento con las normas internacionales: Declaración de Helsinki de 1964 y modificaciones posteriores.

Cumplimiento con normas nacionales: Reglamentos de la Ley General de Salud en Materia de investigación. 2009.

Art 13. Se respetará la dignidad y se brindara protección a los derechos del bienestar de los sujetos de estudio.

Art 14.-Fracción V y VII se contara con el consentimiento informado en forma verbal y por escrito al sujeto de estudio.

Art 16.- Se protegerá la privacidad del estudio sujeto del estudio

Art 17.- Fracción I. Se considera un estudio sin riesgo. Se mencionara a sujetos que no sufrirá daño alguno, ya que solo responderá a las preguntas. De los instrumentos.

Art 20.- Se informara al sujeto de estudio la naturaleza de los procedimientos al que sometiera durante la realización de la investigación con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Art 21.- Fracción VII. La seguridad que no se identificara al sujeto de estudio que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad

•Art 29.- Los investigadores solicitaran el permiso para la aprobación en el desarrollo de la investigación al comité de investigación, enseñanza y ética.

•Consentimiento informado

- Autorización por un comité de ética.

VIII.- RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD:

RECURSOS HUMANOS

- Investigador del proyecto.
- Médicos familiares de la U.M.F 39.
- Pacientes.
- Personal de ARIMAC

RECURSOS MATERIALES: (se debe colocar el recurso, cantidad y precio unitario) ejemplo

Recurso	Cantidad	Costo
Hojas blancas tamaño carta	1,000 hojas	\$ 50.00
Bolígrafos	20	\$ 35.00 caja con 12.

Censo de Pacientes diabéticos tipo 2

Sistema de información médica familiar (SIMF)

Hojas diarias de consulta externa (RAIS)

Hojas blancas.

Lápices

Bolígrafos.

Borradores

Equipo de cómputo.

Programas de Excel y de estadística

Impresora.

Fotocopiadora.

Fotocopias.

Bibliografía: Internet, libros, revistas médicas (artículos médicos).

Área física:

Biblioteca

Consultorio médico en la U.M.F.

Medios de transporte

RECURSOS FINANCIEROS:

Los gastos que demande el siguiente proyecto serán financiados por el investigador

FACTIBILIDAD:

Al no requerirse de ningún recurso económico relevante además de los antes mencionados o el uso de algún equipo, o medicamento se considera factible su realización, ya que únicamente se requiere de la entrevista al paciente y de la revisión del expediente.

RESULTADOS.

Se levantaron un total de 250 encuestas, que corresponden al 10% del total de consultas otorgadas en el periodo de estudio.

Cuadro 1. Género del paciente

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	107	42.8
Género Masculino	143	57.2
Total	250	100.0

Fuente: Encuesta en 250 pacientes que acudieron a consulta de Urgencias en el Hospital General de Zona No.

8.Córdoba, Ver

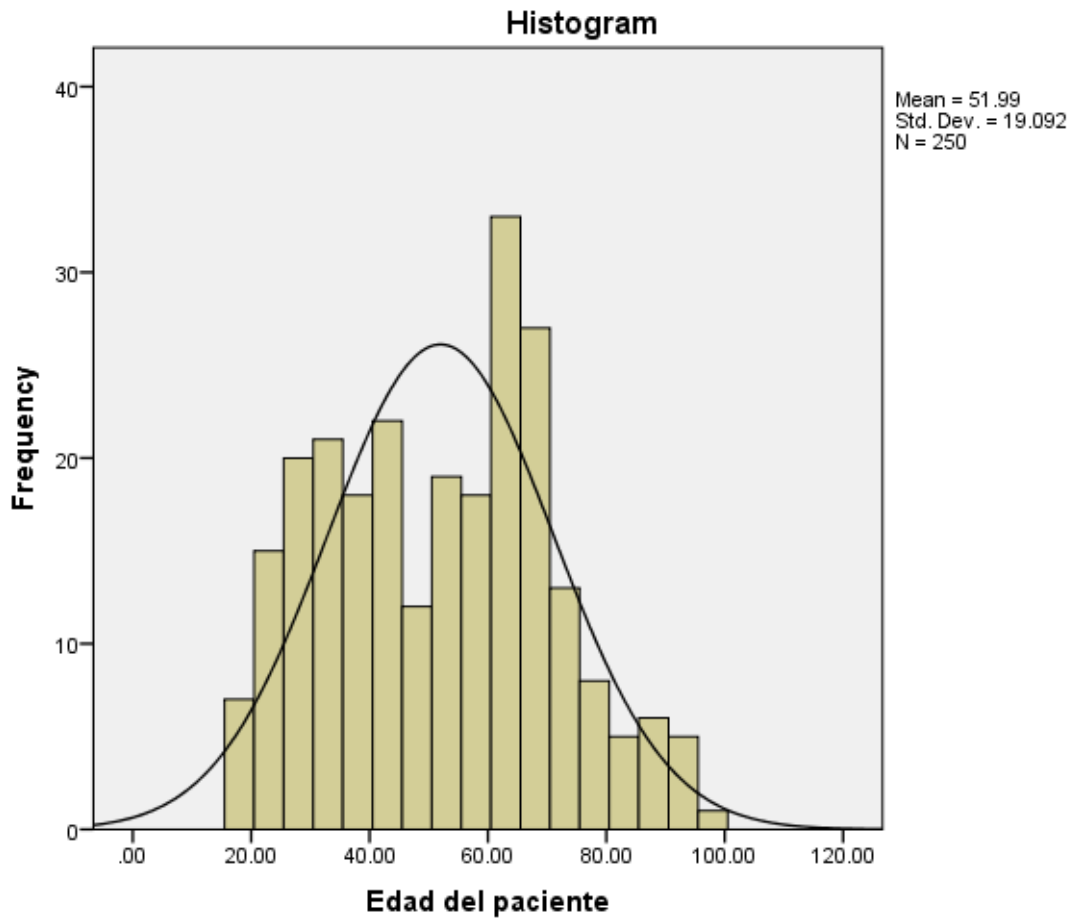
En cuanto a los factores socio demográficos se obtuvo que el género masculino acude más al servicio de urgencias siendo 143 pacientes que corresponden al 57.2% y el género femenino con un total de 107 pacientes que corresponden al 42.8%.

Cuadro 2. Ocupación del paciente

Ocupación	Frequency	Percent
Estudiante	11	4.4
Empleado	121	48.4
Jubilado	32	12.8
labores del hogar	86	34.4
Total	250	100.0

Fuente: Encuesta en 250 pacientes que acudieron a la consulta de Urgencias en Hospital General de Zona No.8 Córdoba, Ver.

En cuanto a la ocupación los resultados encontrados en orden de mayor a menor: Empleado 121 pacientes (48.4%), labores del hogar 86 pacientes (34.4%), jubilados 32 pacientes (12.8%), estudiantes 11 pacientes (4.46%)



Fuente: Encuesta en 250 pacientes que acudieron a la consulta de urgencias en el Hospital General de Zona No. 8 Córdoba, Ver.

Por edad se analizaron pacientes de 18 a 100 años con una media de 51.99 y desviación estándar de 19.09%

Cuadro 3. Grado de estudios del paciente.

Grado de estudios	Frequency	Percent
Primaria	72	28.8
secundaria	59	23.6
Bachillerato	47	18.8
profesional	25	10.0
ninguna	47	18.8
Total	250	100.0

Fuente: Encuesta en 250 pacientes que acudieron a consulta de Urgencias en Hospital General de Zona No.8 Córdoba, Ver.

En cuanto al grado de estudios los pacientes con educación primaria fue el más alto con 72 pacientes que corresponden al 28.8%, seguido de pacientes con secundaria 59 (23.6%), bachillerato y sin ningún grado de escolaridad ambos con 47 pacientes que correspondieron al 18.8%, y por último los pacientes con estudios profesionales fueron 25 en total que corresponde al 10%.

Cuadro 3. Antecedentes personales patológicos

	Frequency	Percent
Hipertensión Arterial	85	34%
Diabetes Mellitus	60	24%
Insuficiencia Renal	22	8.8%
Cardiopatía	16	6.4%
Hepatopatía	7	2.8%
Cáncer	5	2%
Epilepsia	4	1.6%
EPOC	3	1.2%

Fuente: Encuesta en 250 pacientes que acudieron a consulta de Urgencias en Hospital General de Zona No.8 Córdoba, Ver.

En relación a los antecedentes personales patológicos se obtuvo lo siguiente:

Antecedente de hipertensión arterial 85 pacientes (34%), DM 60 pacientes (24%), Insuficiencia renal crónica 22 pacientes (8.8%), cardiopatía 16 pacientes (6.4%), Hepatopatías 7 pacientes (2.8%), cáncer 5 pacientes (2%), epilepsia 4 pacientes (1.6%), Enfermedad pulmonar obstructiva crónica 3 (1.2%).

Cuadro 4. Lugar o procedencia del paciente

		Procedencia o lugar de donde es enviado					Total
		Referido de UMF	De su trabajo	Iniciativa propia	Consulta externa	otros	
Tipo de urgencia si es real o es sentida.	Real	42	7	45	1	2	97
	Sentida	74	2	77	0	0	153
Total		116	9	122	1	2	250

Fuente: Encuesta en 250 pacientes que acudieron a consulta de Urgencias en el Hospital General de Zona No.

8. Córdoba, Ver.

Los datos encontrados revelan que los pacientes que acuden a urgencias la mayoría lo hace por iniciativa propia, en este estudio se pudo comprobar que el 48% (122 pacientes) lo hacen por iniciativa propia. Y el 46% (116 pacientes) son derivados de su UMF.

Cuadro 5. Día y turno en que se presentó a solicitar la consulta.

	Turno en que se presento a solicitar la consulta				Total
	Matutino	Vespertino	Nocturno	Jornada acumulada	
Lunes	19	17	4	0	40
Martes	7	5	1	0	13
Miercoles	7	7	2	0	16
Jueves	15	20	15	0	50
Viernes	9	41	14	0	64
Sabado	1	1	13	23	38
Domingo	0	1	4	24	29
Total	58	92	53	47	250

Fuente: Encuesta en 250 pacientes que acudieron a consulta de Urgencias en el Hospital General de Zona No. 8. Córdoba, Ver.

El turno y el día que más se solicitaron las consultas en el servicio de urgencias fueron el turno vespertino con 92 pacientes (36.8%) y el día viernes con 64 pacientes que corresponden al 25.6%.

Cuadro 6. Motivo por el que acudió el paciente a solicitar consulta de urgencias.

Dolor	164	65.5%
Malestar General	86	34.4%
Accidentes	34	13.6%
Vómito	34	13.6%
Diarrea	25	10%
Fiebre	21	8.4%
HAS descontrolada	14	5.6%
Sangrado	8	3.2%
Lipotimia	8	3.2%
Vertigo	8	3.2%
Hipoglucemia	7	2.8%
Estreñimiento	6	2.4%
Hiper glucemia	5	2%
Crisis convulsivas	4	1.6%
Cuerpo extraño	2	0.8%
Intoxicación	2	0.8%

Fuente: Encuesta en 250 pacientes que acudieron a consulta de Urgencias en el Hospital General de Zona No. 8. Córdoba, Ver.

El motivo por el cual el paciente acude con más frecuencia correspondió al síntoma de dolor a cualquier nivel con un total de 164 pacientes que corresponde al 65.6%, seguido de malestar general que fueron 86 pacientes (34.4%), accidentes 34 pacientes (13.6%), vomito (34pacientes (13.6), diarrea 25 pacientes (10%), fiebre 21 pacientes (21%),sangrado, vértigo y lipotimia correspondieron al 8%, hipoglucemia 7 pacientes (2.8%).

Cuadro 7. Aparato o sistema que más se encontró afectado en los pacientes que solicitaron consulta de urgencias.

S. Musculo esquelético	85	34%
Aparato Digestivo	58	23.2%
Aparato Respiratorio	39	23.2%
Aparato Urinario	27	10.8%
Sistema Cardiovascular	23	9.2%
SNC	16	6.4%
Sistema Endocrino	13	5.2%

Fuente: Encuesta en 250 pacientes que acudieron a consulta de Urgencias en el Hospital General de Zona No. 8. Córdoba, Ver.

Por aparatos y sistemas se pudo comprobar que el sistema que más demanda tuvo de consulta en nuestra muestra fue el sistema musculo esquelético con un total de 85 pacientes (34%), seguido del digestivo con un total de 58 pacientes (23.2%), respiratorio 39 pacientes (15.6%), sistema urinario 27 pacientes (10.8%), cardiovascular 23 pacientes (9.2%)endocrino 13 pacientes (5.2%).

Cuadro 8. Tipo de urgencia si es real o sentida

	Frequency	Percent
Real	97	38.8
Valid Sentida	153	61.2
Total	250	100.0

Fuente: Encuesta en 250 pacientes que acudieron a consulta de Urgencias en el Hospital General de Zona No. 8. Córdoba, Ver.

De acuerdo al tipo de urgencia se encontró que 97 casos correspondieron a una urgencia real (38.8%) en relación con las urgencias calificadas como sentidas fueron 153 pacientes que corresponden al 61.2%.

DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

Al analizar los resultados podemos destacar que las urgencias calificadas como sentidas tienen el mayor porcentaje de demanda de consulta, esto denota el uso inadecuado de este servicio y explica el porqué en los últimos años este servicio ha tenido un aumento desmesurado de la consulta, esto condiciona que se descuide la atención del paciente que realmente lo necesita y se vea reflejado en aumento en el tiempo de espera, uso de recursos materiales que a mediano plazo pudieran repercutir en el bienestar de la población en general, las estadísticas muestran que alrededor del 50% de las consultas otorgadas en la mayoría de los servicios de urgencias corresponden a este rubro. En nuestro estudio se pudo comprobar que fue del 61.2%.¹⁹

Los pacientes en su gran mayoría acuden al servicio sin ser atendidos previamente por su médico en la Unidad Médico Familiar que les corresponda, es decir acuden por iniciativa propia porque creen que ameritan una consulta de urgencia. El argumento que utiliza el paciente para acudir directamente a este servicio es que lo atienden más rápido, lo atienden médicos especialistas y además le realizan estudios de laboratorio. Sin embargo se ha demostrado que los pacientes que acuden por iniciativa propia en su gran mayoría no corresponden a urgencias reales. Pudiendo atenderse en atención primaria ya que son condiciones que pueden resolverse en su Unidad Medica Familiar.⁴La indagación realizada en nuestro contexto coincide con los diferentes estudios realizados ya que nuestros resultados son similares y pudimos ver que las urgencias reales corresponden al 38.8%, mientras que las urgencias sentidas son del 61.2%, es decir más de la mitad de las consultas otorgadas.

Estudio realizado en el 2007 por J.J Márquez donde demostró que la proporción de pacientes que acudieron por iniciativa propia fue mayor a la esperada. (75.4%). Con todo ello podemos afirmar que el acudir

previamente a un centro de extra hospitalario para valoración facultativa, hace que el paciente que sea derivado sea aquel que necesite realmente valoración hospitalaria y aquel que tenga un mayor nivel de gravedad, además de reducir con ello la saturación y disminuir el tiempo de espera en los pacientes en general ¹⁶. La investigación que se realizó demostró el porcentaje de igual manera fue más alto para los pacientes que acuden por iniciativa propia (53%); en comparación con los que fueron referidos de su Unidad Médica Familiar (46.4%

En un estudio realizado en España más de la mitad de los pacientes que utilizaron el servicio de urgencias fueron mujeres a diferencia de nuestro trabajo donde predomina el sexo masculino mismo que coincide con otros trabajos realizados. La pesquisa que se llevó a cabo revela que los resultados relacionados con el género masculino fue el que más solicita consulta en el servicio de urgencias (57.2%) en comparación con el femenino que nos reportó un porcentaje menor de 42.8%

El motivo más frecuente de consulta es el dolor con afectación al sistema musculo esquelético. A diferencia de un estudio de León et al., donde encontró que el aparato respiratorio es el más afectado conforme aumenta la edad.

Más de la mitad de los pacientes tiene antecedentes de enfermedades crónicas principalmente Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial. Podemos suponer que el género masculino tenga un umbral menor al dolor en relación con el femenino, por tal motivo sea más la demanda de consulta por este género. Además que en la gran mayoría de casos de accidentes de cualquier tipo, sea en varones. Ya que son la fuerza de trabajo y los que están más expuestos a sufrirlos.

Más de la mitad de los pacientes tiene antecedentes de enfermedades crónicas principalmente Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial principalmente. La existencia de antecedentes patológicos, el número de patologías asociadas, la discapacidad física y la percepción subjetiva del estado de salud se asocian con mayor frecuencia al uso de los servicios de urgencias, pero con menor porcentaje de uso inadecuado ¹³. Nuestro estudio coincide con estos resultados ya que obtuvimos el más alto porcentaje de pacientes con DM e hipertensión arterial como antecedentes personales patológicos.

En el estudio que se realizó también se ha observado que la sobredemanda de consulta se ve incrementada en el turno vespertino y

con alto porcentaje el día lunes y viernes. Esto puede explicarse considerando que los pacientes realizan sus actividades laborales durante la mañana y estando asignados en su Unidad de Medicina Familiar turno matutino es difícil que acudan a una consulta con su médico familiar, tomando la opción más fácil y rápida de acudir a urgencias del hospital general, dando como resultado el incremento muchas veces de consulta no urgentes. Nuestro trabajo coincide con otros estudios realizados en el 2010 en la Unidad Medico Familiar No. 35 del Estado de México reporta que la mayoría de los pacientes acudió el día lunes y viernes. Y el turno que predominio fue el vespertino en un 50.64%. lo cual igualmente coincide con nuestra investigación ya que el turno que predominó en nuestro estudio fue el vespertino con un porcentaje de 36.8%, matutino con un 23%, nocturno 21%. Jornada acumulada 18.8%.

La función primaria de un departamento de urgencias es tratar pacientes con enfermedades o lesiones agudas; sin embargo, muchas visitas son por problemas no urgentes. La decisión de consultar al departamento de urgencias involucra la consideración de muchas variables relacionadas al paciente.

CONCLUSIONES.

Al buscar la asociación de factores encontramos que los que mostraron significancia estadística fueron que el género que más solicita consulta de urgencias es el masculino, con grados escolares mínimo de primaria. Y que en la mayoría de casos acuden por iniciativa propia sin ser atendidos previamente en su UMF. Un alto porcentaje de paciente tiene como antecedente ser hipertenso y diabético. Y el turno que mas saturado se encuentra es el turno vespertino y el día de la semana más solicitado es el viernes. Y el motivo por el que más acuden a solicitar una consulta es síntoma de dolor a cualquier nivel; siendo el sistema musculo esquelético el más afectado en nuestra muestra de estudio.

Lo importante de nuestro estudio fue conocer los factores asociados a los principales motivos de consulta de una urgencia real y una urgencia sentida donde podemos notar que el paciente no hace uso racional del servicio de urgencias, por lo tanto tenemos que influir en la percepción de la gente sobre este servicio. Por nuestra parte debemos seguir implementando un sistema que nos ayude a proporcionar un mejoramiento en los tiempos de espera desde que el paciente llega hasta que es atendido, detectar oportunamente padecimientos que ponen en riesgo la vida o función de un órgano. Evitar saturación en la demanda de consulta en el área de urgencias Y Saber canalizar a nuestros pacientes oportunamente.

La opinión de muchos autores es que los médicos deben entender y participar en el debate social sobre la forma y calidad de la práctica médica, para intentar incidir en el mal uso de los servicios sanitarios (tanto por exceso como por déficit) sin duda los especialistas desempeñan un papel básico, pero no debemos olvidar que es la coordinación de los diferentes niveles asistenciales en especial la coordinación con los médicos de la asistencia primaria, lo que conseguirá que el cambio organizativo sea realmente todo lo eficiente que la sociedad demanda.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Baker T. Pediatric Emergency and critical care in low-income countries. *Pediatric Anesthesia* 2009; 19:23.
2. Definition of emergency. Medical Merriam-webster Dictionary. Accessed 2009 in www.merriam-webster.com/opedictionary
3. La demanda de servicio de urgencia. *Rev Med Inst Mex Seg Soc* 2006;44(3) 261-278
4. Loria CJ, Flores ML, Márquez AG, Valladares AM. Frecuencia y Factores asociados con el uso inadecuado de la consulta de urgencias de un hospital. *Cir2010*; 78(6):508.514
5. Vázquez CI, Fuentes CM. Relación de urgencias reales y sentidas en un servicio de urgencias. *Archivos de Investigación Materno Infantil* 2011;3(1)19-23
6. Arellano HN, Martínez LM. Satisfacción de los usuarios de Urgencias basada en la sistematización del Servicio. *Archivos de Medicina de urgencia de México* 2012;4(1) 13-19
7. Moreno VM, Rodríguez CD. Factores asociados a la demanda de atención primaria. *Centro de salud Dos de Mayo. Mástoles Madrid* 2007:84-92
8. Correia L S, Miranda GF. Calidad y Satisfacción en el servicio de Urgencias Hospitalarias: análisis de un Hospital de la Zona centro de Portugal. *Inv Europeas*, 2010;16(2) 27-41
9. Ruiz G, Peña GB, García LA, Castilla LM, Otero UJ, Fernández RO. ¿Por qué acuden nuestros pacientes directamente a urgencias hospitalarias? . *Rev Clin de Med Fam* 2006;1(3)126-130
10. Sánchez L J, Delgado ME, Muñoz BH, Luna DJ, Jiménez MA, Bueno CA. Frecuencia y características de la demanda atendida en un servicio de Urgencia Hospitalaria. *Circuitos de atención. Emergencias* 2005; 17:52-61
11. Grondona TF. Proyecto de Atención Integral a la Urgencia y a la Emergencia Médica para un Hospital. Ciudad de la Habana 2007.

12. Vinelli N, Mannuci C, Laba N, Vecchio L, Valerio A, Lago M, Nieto M, et al. Consultas no urgentes al departamento de Urgencias de un Hospital Pediátrico. Arch Argent Ped 2011; 109(1):8-13
13. Sánchez L J, Bueno CA. Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario. Emergencias 2005;17; 138-144.
14. Miranda VC, Martínez G, Fariña H, Mihovilovic A. Consultas en servicio de urgencia Hospital Roberto Del Río: Cuales son las razones de esta preferencia por sobre el nivel primario de atención? Rev Ped Elec [en línea] 2007;4 (2)3-10
15. Aranaz AJ, Martínez NR, Gea VD, Rodrigo BV, Anton GP, Gómez PF. ¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarias por iniciativa propia?. Gac Sanit 2006; 57(4)311-315.
16. Márquez C, Domínguez Q, Mendez S J, Gómez A B, Toronjo R, Del Río M, Caballero G. F. et al. Diferencias en los motivos de consulta entre pacientes que acuden derivados y por iniciativa propia a un servicio de Cuidados Críticos y Urgencias de un hospital general. Emergencias 2007; 19:70-76
17. Reinoso HS, Díaz GG, Robles CA, Pereiro SE, Fernández CE, López GA. Forma de acceso a los servicios de urgencia hospitalarios y pertinencia de la consulta. Rev Clin Med Fam 2011;4(3)205-210
18. Ortega M, Rabaneque H, Judez L, Cano D, Abad D, Moliner L. Perfil de los usuarios y motivos de la demanda del servicio de urgencias extra hospitalario. Emergencias 2008; 20:27-34
19. Cantero HJ, Jiménez MJ, Maeso VJ, Martínez OJ, Rodríguez J J, Sánchez CR. Inadecuación de las visitas a un servicio de urgencias hospitalario y factores asociados. 2001; 28:326-332
20. Loria CJ, Cazales EV. Frecuencia y factores asociados a los reingresos por dolor torácico posiblemente de origen cardíaco en un servicio de urgencias adultos. Rev Cub Med Int Emerg 2008; 7(2):1062-1072
21. Taylor CJ, Bengner JR. Patient Satisfaction in Emergency Medicine. Emerg. Med J 2004; 21:528-53225. Reyes FA. Triage en la sala de urgencias. <http://salud.tamaulipas.gob.mx/wp-content/uploads/2012/03/triagedeurgencias.pdf>

22. George G, Jell C, Todd BS. Effect of population ageing of emergency department speed and efficiency: historical perspective from a District General in the UK. *Emerg Med J* 2006; 23:379-383
23. DiGiuseppe G, Abbate R, Albano L, Marinelli P, Angelillo I. Characteristics of patient returning to emergency department in Nápoles Italy. *BMC Health Services Research* 2008; 8:97
24. Villatoro MA. Definiciones básicas en Medicina de urgencias. Acceso dic 20 2009 Disponible http://www.metnet.net.mx/ammu/materiales/deficiniones_útiles.htm
25. Reyes FA. Triage en la sala de urgencias. <http://salud.tamaulipas.gob.mx/wp-content/uploads/2012/03/triagedeurgencias.pdf>

ANEXO 1

Instrucciones: Anotar la respuesta que considere adecuada.

NOMBRE _____ AFILIACIÓN _____
CLÍNICA _____ Edad: _____ Genero: M _____ F _____ Estado
civil: a) Con pareja b) Sin pareja Escolaridad: _____

Ocupación: a) estudiante b) Empleado c) Desempleado d) Jubilado e) labores del hogar

Antecedentes personales patológicos:

a) DM b) HTA c) IRC d) cardiópata e) Epilepsia f) EPOC g) Cáncer h) Hepatopatía i) Otros

Coloque una cruz el día de la semana y turno correspondiente.

DÍA DE LA SEMANA: L M M J V S D

TURNO: a) Matutino b) Vespertino c) Nocturno d) Jornada Acumulada

HORARIO DE LA DEMANDA DE ATENCIÓN _____ HORARIO EN QUE FUE ATENDIDO: _____

PROCEDENCIA:

- a) Referido de U.M.F
- b) Enviado de su trabajo
- c) enviado de la escuela
- d) Iniciativa propia
- e) Vía Pública
- f) sobredemanda de la consulta (No alcanzo consulta)
- g) otros

MOTIVO DE LA DEMANDA DE ATENCIÓN POR SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- a) Dolor _____
- b) Sangrado _____
- c) Evacuaciones diarreicas en 24 horas _____
- d) Vomito _____
- e) Fiebre _____
- f) Lipotimia
- g) Convulsiones
- h) Accidentado 1) Vía pública 2) Hogar 3) Trabajo 4) escuela 5) otros
- k) Intoxicaciones 1) Medicamentosa 2) alimentos 3) Organofosforados 4) Etílica 5) otros _____
- l) Cuerpo extraño
- m) Elevación de T.A
- n) Malestar general

MOTIVO DE LA DEMANDA DE ATENCIÓN POR APARATOS Y SISTEMAS:

a) Sistema nervioso b) Cardiovascular c) Respiratorio d) Digestivo e) Endocrino f) Ginecológico g) Musculo esquelético

TIPO DE URGENCIA: a) Real b) Sentida

ANEXO 2.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	. Factores asociados a los principales motivos de consulta de urgencia sentida vs real. En un hospital de zona.
Lugar y fecha:	Córdoba Veracruz 01 marzo al 31 marzo 2014
Número de registro:	En trámite
Justificación y objetivo del estudio:	Justificación: La demanda de atención en el servicio de urgencias crece cada día y se ha podido identificar que muchas de las consultas en un 80% se consideran no urgentes o urgencias sentidas. Es por esto que se pretende concientizar al usuario en el buen uso del servicio. El objetivo del estudio es conocer los factores asociados a los principales motivos de consulta
Procedimientos:	Realización de encuestas a pacientes usuarios del servicio de urgencias
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Ninguno
Privacidad y confidencialidad:	Si
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Jacqueline Ulloa Sandoval
Colaboradores:	Dr. Walfre López Benítez .LEO Carmela Reséndiz Dattoly
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

