



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION REGIONAL CENTRO  
DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 28 "GABRIEL MANCERA"  
DIRECCIÓN  
COORDINACION CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

**MORBILIDAD EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN DEL SERVICIO DE  
URGENCIAS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON RED  
ZONAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO**

**T E S I S**

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

P R E S E N T A :

**DELISLE PATRICIA SÁNCHEZ  
ROJAS**

**ASESORES: DRA. IVONNE ANALÍ ROY GARCÍA  
DR. JOSÉ OMAR CHACÓN ROMERO**



MÉXICO D. F.

REGISTRO: R-2014-3609-25

FEBRERO, 2015



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.

Título:

**MORBILIDAD EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON RED ZONAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO**

Trabajo de tesis que con motivo de obtener la especialidad en Medicina Familiar

PRESENTA:

**Dra. Delisle Patricia Sánchez Rojas**

Médico Residente de 3° año de la especialidad de Medicina Familiar

**Lugar de trabajo:** Consulta Externa

**Adscripción:** Unidad de Medicina Familiar N° 28 "Gabriel Mancera"

**Tel:** 55 32 20 95 13      **Fax:** sin fax

**e-mail:** delislepsr@hotmail.com

ASESORES:

**Dra. Ivonne Analí Roy García**

Especialista en Medicina Familiar. Profesor Titular de la Especialidad en Medicina Familiar UMF No. 28

**Lugar de trabajo:** Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud

**Adscripción:** Unidad de Medicina Familiar N° 28 "Gabriel Mancera"

**Tel:** 55 32 20 95 13      **Fax:** sin fax

**e-mail:** ivonne.roy@imss.gob.mx; ivonne3316@yahoo.com.mx

**Dr. José Omar Javier Chacón Romero**

Especialista en Urgencias Médico Quirúrgicas. Jefe de Servicio de Urgencias UMF No. 28

**Lugar de trabajo:** Jefatura de Urgencias

**Adscripción:** Unidad de Medicina Familiar N° 28 "Gabriel Mancera"

**Tel:** 55 32 20 95 13      **Fax:** sin fax

**e-mail:** jose.chaconr@imss.gob.mx; josechacon@outlook.com

Morbilidad en el área de Observación del Servicio de Urgencias en una Unidad de Medicina Familiar con Red Zonal en la Ciudad de México.

Alumna: **Delisle Patricia Sánchez Rojas**

## **AUTORIZACION DE AUTORIDADES**

---

**DRA. GLORIA MARA PIMENTEL REDONDO**  
DIRECTORA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28

---

**DRA. LOURDES GABRIELA NAVARRO SUSANO**  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28

---

**DRA. IVONNE ANALI ROY GARCÍA**  
TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28

**REGISTRO: R-2014-3609-25**

Morbilidad en el área de Observación del Servicio de Urgencias en una Unidad de Medicina Familiar con Red Zonal en la Ciudad de México.

Alumna: **Delisle Patricia Sánchez Rojas**

## **AUTORIZACION DE ASESORES**

---

**DRA. IVONNE ANALÍ ROY GARCÍA**  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PROFESOR TÍTULOAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28

---

**DR. JOSÉ OMAR JAVIER CHACÓN ROMERO**  
ESPECIALISTA EN URGENCIAS MÉDICO QUIRURGICAS  
JEFE DEL SERVICIO DE URGENCIAS  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28

**REGISTRO: R-2014-3609-25**



"2014, Año de Octavio Paz".

**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3609  
H GRAL REGIONAL NUM 1, D.F. SUR

FECHA 25/09/2014

**DR. JOSE OMAR JAVIER CHACON ROMERO**

**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**MORBILIDAD EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON RED ZONAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO**

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2014-3609-25

ATENTAMENTE

**DR.(A). CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA**

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3609

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

## **DEDICATORIA**

Dedico éste trabajo a mi esposo, gracias por tu paciencia y comprensión hoy hemos alcanzado un triunfo más porque mis logros son tuyos, tu ayuda ha sido fundamental, con tu motivación y ayuda, incluso sacrificando horas de sueño. Te lo agradezco muchísimo.

A mi familia han sido la base de mi formación, cada uno de ustedes ha aportado grandes cosas a mi vida, han sido fuente de apoyo constante e incondicional y en especial agradezco a mi madre. Los quiero mucho.

De igual manera a mis queridos formadores personas de gran sabiduría quienes se han esforzado por ayudarme a llegar al punto en el que me encuentro.

## **AGRADECIMIENTOS**

Éste estudio se realizó gracias al apoyo del Instituto Mexicano del Seguro Social y al apoyo académico de la Universidad Nacional Autónoma de México; guiado por mis asesores Dra. Ivonne Analí Roy García y Dr. José Omar Javier Chacón Romero.



# INDICE

Resumen	10
Marco teórico	11
Antecedentes	17
Características del uso del Servicio de Urgencia en distintos países	17
Frecuencias del uso del Servicio de Urgencias en Adultos Mayores	19
Frecuencias del uso del Servicio de Urgencias en distintas especialidades	20
Reportes de atención en los Servicios de Urgencias en México	21
Planteamiento del problema	25
Justificación	27
Objetivos	29
Objetivo general	29
Objetivos específicos	29
Metodología	30
Tipo de estudio	30
Variables	30
Población, lugar y tiempo	32
Universo	32
Lugar	32
Población blanco	33
Muestra	32

Criterios de selección de la muestra	32
Criterios de inclusión	32
Criterios de exclusión	33
Criterios de eliminación	33
Recursos necesarios	33
Recursos humanos	33
Recursos materiales	34
Recursos físicos	34
Financiamiento	34
Descripción general del estudio	35
Método de recolección de datos	35
Análisis estadístico	35
Maniobras para controlar sesgos	36
Consideraciones éticas	37
Resultados	38
Discusión	44
Conclusiones	48
Bibliografía	50
Anexos	54
Anexo 1. Cronograma de actividades	54
Anexo 2. Formato de recolección de datos A	56
Anexo 3. Formato de recolección de datos B	59

# **“MORBILIDAD EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON RED ZONAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO”**

Sánchez Rojas Delisle Patricia<sup>1</sup>, Roy García Ivonne Analí<sup>2</sup>, Chacón Romero José Omar Javier<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico residente de tercer año de la especialidad de Medicina Familiar UMF 28; <sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar adscrito a la UMF 28; <sup>3</sup>Especialista en Urgencias Médico Quirúrgicas. Jefe de Servicio de Urgencias UMF No. 28

**INTRODUCCIÓN:** Las urgencias médicas son un importante problema en los primeros niveles de atención dado que una importante cantidad de recursos humanos y económicos se tienen que invertir para poder atender la demanda de estos servicios. Por eso es necesario conocer la frecuencia de las distintas causas de morbilidad que se presentan para de esta forma poder crear guías de atención, aplicar recursos necesarios, y optimizar la atención clínica.

**OBJETIVO:** Determinar las patologías más frecuentes de ingreso al área de Observación en el servicio de Urgencias de la UMF 28 en el año 2013.

**MATERIAL Y METODOS:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo con muestreo obtenido de pacientes que se ingresaron al área de observación del Servicio de Urgencias de la UMF 28 del IMSS, durante el año 2013. Se describieron las variables: edad, sexo, tiempo de estancia y diagnóstico de ingreso. Se analizaron los resultados con el software STATA 11.0 y SPSS v. 21.

**RESULTADOS:** Se obtuvo una muestra de 2502 pacientes, 64.1% del sexo femenino y una media de edad de 60.1 años; el 46.8% fueron mayores de 65 años. Los diagnósticos de ingreso más frecuentes fueron gastroenteritis (12.11%), síndrome doloroso abdominal (11.35%), infecciones de vías urinarias (IVU) (7.79%), diabetes mellitus tipo 2 descontrolada (6.64%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (4.92%) e infección en tejidos blandos (4.32%). Se demostró una correlación positiva y una diferencia significativa entre el tiempo de estancia y la edad con los estadísticos de Spearman y Kruskal-Wallis ( $p < 0.01$ ).

**CONCLUSIONES:** El uso de las instalaciones de urgencias es mayor por parte del sexo femenino. La causa más frecuente de ingreso fue a nivel gastrointestinal. No hubo diferencias por sexo en cuanto las patologías registradas. Los pacientes de mayor edad tienden a requerir mayores tiempos de estancia en el servicio de urgencias. Mayor uso de las instalaciones de urgencias por adultos mayores.

**Palabras clave:** Morbilidad, Urgencias, Red Zonal, Primer nivel.

## MARCO TEÓRICO

La práctica de la medicina se caracteriza por ser una actividad en la que se toman diariamente decisiones que requieren de una gran cantidad de información, y a la vez, una comunicación fluida y rápida entre los datos recolectados y los profesionales sanitarios que la necesitan (1).

Actualmente las enfermedades que se presentan en este mundo han evolucionado junto con la distribución de la pirámide poblacional, por lo que es importante hacer un estudio epidemiológico de ellas para la vigilancia de su comportamiento y de esta forma la creación de medidas preventivas y de mejorar la atención médica.

En los Servicios de Urgencias la medicina se aplica de una manera multidisciplinaria que se caracteriza por su horizontalidad, tanto organizativa, al servir de puente entre los niveles de atención primaria y de atención hospitalaria, como doctrinal, al integrar conocimientos y técnicas procedentes de diferentes especialidades aplicándose durante el periodo de evolución del proceso en su fase aguda.

Una Emergencia médica se caracteriza por cualquier condición de salud que requiera de atención médica en el lugar más próximo y con la disponibilidad adecuada para tratar el problema por el que el paciente consulta. Se pueden clasificar como Urgencia Real que es aquella situación en la cual existe una afectación a la salud personal que desde el punto de vista clínico-médico implica

riesgo a corto plazo para la vida, un órgano o la función y que requiere atención médica oportuna e inmediata (2). La Urgencia sentida, al contrario de la anterior, es una situación de afectación a la salud personal que el individuo o la familia perciben como amenazante, pero que desde el punto de vista clínico-médico no implica riesgo a corto plazo para la vida, un órgano o la función, y puede ser atendida en la consulta con su médico de atención primaria (3, 4, 5, 6).

Los servicios de urgencias poseen una disponibilidad inmediata de recursos para proporcionar tratamiento médico inmediato, a cualquier hora del día o de la noche (2). Estos servicios se encuentran en los distintos niveles de atención médica. Toman en el primer nivel una importancia mayor ya que conforman el primer contacto de atención de cualquier urgencia que se presenta en la comunidad. En dicho nivel, generalmente, el médico general o familiar es el encargado del servicio y debe ser él quien determine su ingreso como urgencia real, su traslado en caso de ser necesario, y su alta cuando esta sea prudente. Puede apoyarse, según la disponibilidad de recursos en su unidad de atención primaria, de estudios de gabinete y laboratorio para tomar sus decisiones.

Todos los servicios de urgencias deben de disponer de infraestructura para la atención oportuna y con calidad especialmente para aquellos pacientes que solicitan atención por eventos agudos y graves (7). Deben de estar conformados por tres áreas: clasificación de pacientes, primer contacto y observación. La atención inicial de las urgencias abarca todas las acciones realizadas en una persona con patología urgente, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial (8). El triage

estructurado se ha de hacer tanto en situaciones de colapso como en ausencia de saturación del servicio, y su funcionamiento ha de ser monitorizado de forma continua mediante la evaluación de los indicadores de calidad o de funcionamiento del triage (9).

La respuesta eficaz de los servicios de urgencias a las demandas asistenciales no solo está determinada por su calidad y rapidez, sino que esta depende, en gran medida, del uso adecuado y racional que se haga de sus recursos humanos y materiales (7, 8). Sin lugar a dudas, este servicio es un vínculo muy importante con la población derechohabiente, pues atiende y resuelve una vasta gama de necesidades de salud. Al servicio de urgencias se acude por problemas infecciosos de presentación inesperada o de severidad, por accidentes, lesiones y por enfermedades crónicas que se descompensan o agudizan; así como atención indebida como un complemento a los servicios de salud ambulatorios que por diversas razones no cubren la demanda en los horarios establecidos (8, 10).

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) la organización y dinámica de los servicios de urgencias es compleja, pues éstos laboran las 24 horas del día y los 365 días del año. La vitalidad de estos servicios se concentra en un número reducido de consultorios y médicos, que otorgan 15 % de las consultas registradas en la institución.

En el año del 2004 el promedio de consultas proporcionadas era alrededor de 15 mil atenciones al año por consultorio, lo que diariamente representa 42 435 atenciones en las unidades de primer a tercer nivel de la institución (11). Hasta el año de 1995 los hospitales de segundo nivel absorbían 60 % del total de las

consultas de urgencias, sin embargo para el año del 2004 se logró una reducción de casi el 50% al iniciarse la atención continua y de urgencias en las unidades de primer nivel de manera continua, incrementándose de 4.7 a 6.3 millones de atenciones al año (11). (fig 1.)

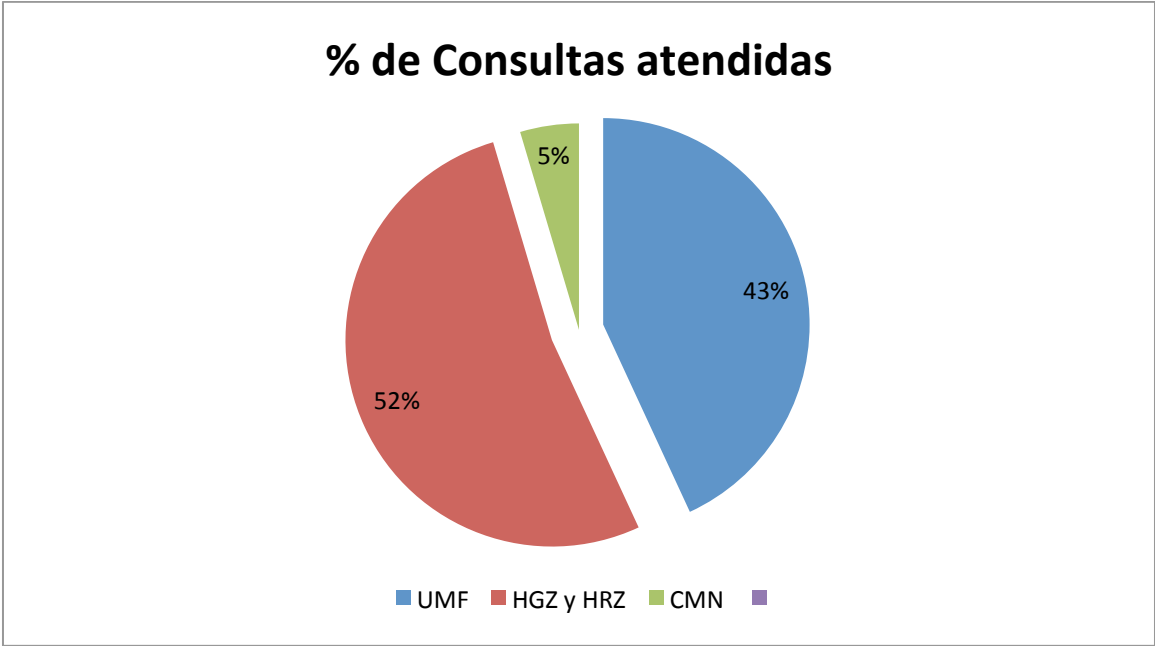


Figura 1. Consultas atendidas en las unidades de los niveles de atención del IMSS.

En la ciudad de México el IMSS ha realizado la zonificación en delegaciones con la finalidad de mejorar la coordinación de sus servicios, siendo la delegación sur una de las más grandes ya que brinda sus servicios a 2 millones 221 mil derechohabientes adscritos a Medicina Familiar en las 9 delegaciones políticas completas y 5 parciales que conforman el Distrito Federal en sus 7 Hospitales Generales de Zona, 2 Hospitales Regionales, 18 módulos del Programa IMSS-Oportunidades y 25 Unidades de Medicina Familiar (UMF), otorgando alrededor de 2,712 Consultas de urgencias (11).

Debido a la complejidad y alta demanda del servicio de urgencias el IMSS ha implementado el proyecto denominado “Red Zonal”, el cual es un sistema que interrelaciona los servicios de urgencias de los hospitales con los servicios de urgencias o atención médica continua de las unidades de medicina familiar. Su objetivo principal es la redistribución adecuada de los pacientes que solicitan atención de urgencias en el primer y segundo nivel conforme a sus condiciones clínicas y la capacidad resolutoria de la unidad médica, optimizando la infraestructura instalada (12). (fig. 2)

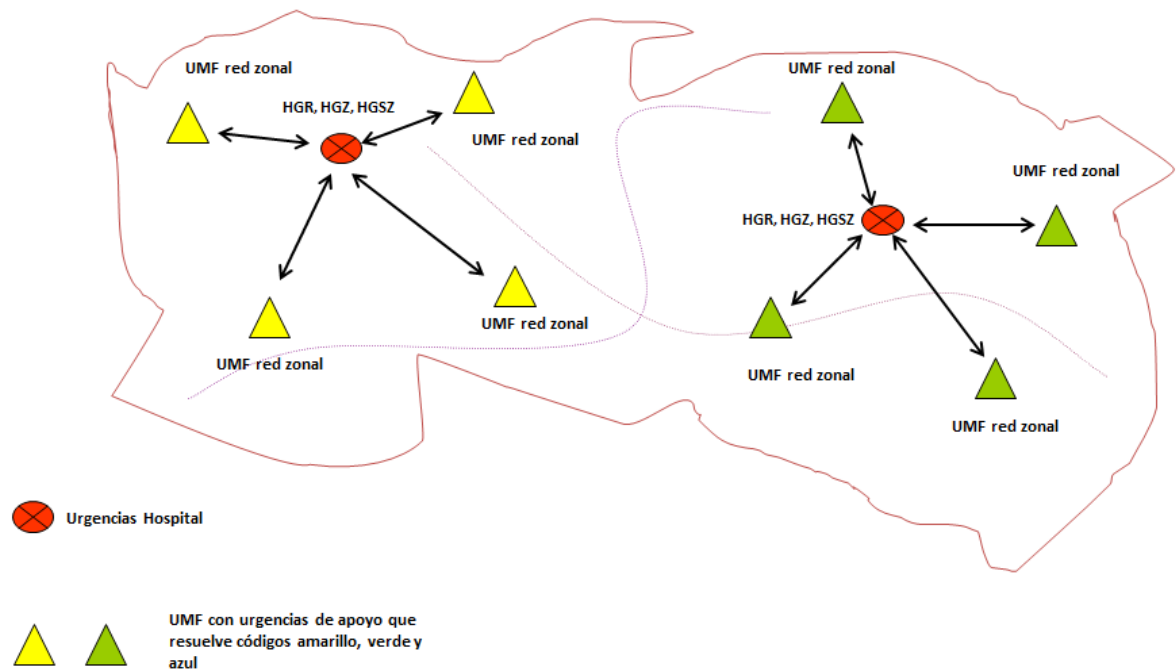


Figura 2. Red Zonal IMSS Funcionalidad.



La Organización Mundial de la Salud (OMS), cuando propone sus recomendaciones necesarias para realizar una planificación sanitaria, aconseja la realización de estudios sobre la utilización de los servicios de la salud y la morbilidad expresada de las distintas condiciones nosológicas. Debido a esto el conocimiento de la morbilidad de cada unidad es de vital importancia, definiéndolo como toda desviación subjetiva u objetiva de un estado de bienestar (13). Es la medida de frecuencia más utilizada para conocer el comportamiento de una o más enfermedades en una población determinada.

La morbilidad comprende no sólo las enfermedades evolutivas o de curso progresivo, sino también las deficiencias como son los defectos crónicos o permanentes de carácter estático debidos a una enfermedad, un traumatismo o una malformación congénita. La existencia de morbilidad en una persona a causa de una enfermedad, un traumatismo o una deficiencia determinados recibe el nombre de estado morboso (14).

La mejor medición para obtener la morbilidad es tomando como base las siguientes nociones: 1) los periodos (episodios) de enfermedad, o bien el número de personas que padecen una enfermedad que ha comenzado en un periodo determinado; 2) las enfermedades en curso, o las personas enfermas durante un periodo determinado; 3) las enfermedades en curso o las personas enfermas en un momento dado, o durante un intervalo de tiempo medio dentro de ese periodo; y 4) la duración de esas enfermedades. (15).

## ANTECEDENTES

Existen diversos estudios reportados en la literatura a cerca de la frecuencia y los motivos de atención en los servicios de urgencias en los distintos niveles de atención, donde algunos se enfocan a poblaciones específicas, o a especialidades de referencia en particular. Sin embargo, son pocos los estudios al respecto realizados en México que se encuentran reportados en la literatura.

Características del uso del Servicio de Urgencia en distintos países.

Los motivos de atención en el servicio de urgencias pueden ser diversos en las distintas poblaciones y a través del tiempo. En un estudio realizado en el Reino Unido reportó que el principal motivo por el cual se acudía al servicio de urgencias fue el dolor (21%), traumatismos de las extremidades superiores e inferiores (11.5-12.5%), heridas abiertas (7.5%), respiratorias (4%), ginecológicas (2%), etiología cardíaca (1%), entre otras (Land 2013). En Suiza se reportaron principalmente casos musculo esqueléticos seguidos por casos de la piel y digestivos (16).

Un estudio realizado en la ciudad de Medellín durante una semana continua en 27 centros de los distintos niveles de atención se reportó una admisión del 89.4% de las visitas a los Servicios de Urgencias en el cual el 20.4% presentó algún tipo de trauma (accidente en el hogar 33.5 %, accidente de transporte 21.9 %, accidente de trabajo 16,7%, otro tipo de accidente 13.1%, agresiones 11.2%, trauma auto infringido 2.3% y envenenamiento accidental 1.1%). En los servicios de primer nivel se atendieron un importante número de mujeres con embarazos terminados

en aborto, y complicaciones de parto y puerperio; así como enfermedades cardiovasculares y cerebro-vasculares (17).

Otro estudio estimó la demanda de urgencias hospitalarias y de atención primaria en las 8 áreas sanitarias de Asturias. Entre 1994 y 2001 se registraron 6.5 millones de urgencias (un 43.8% en hospitales), con un crecimiento medio anual del 6.2% (un 7.8% en atención primaria y un 5.1% en hospitales) (18).

Un estudio multicéntrico realizado en Cataluña, España, en el período de Enero de 1999 y Marzo de 2000 codificó un total de 11 188 visitas de urgencias, el 53% correspondió al sexo femenino. La edad media de los pacientes fue de 36 años. El 73% de los episodios analizados correspondió a pacientes mayores de 15 años. Los 15 diagnósticos más frecuentes identificaron el 25% de los casos; de estos, los 5 principales fueron Bronquitis aguda 2.7%, Gastroenteritis y colitis no infecciosas 2.6%, Fiebre 2.5%, Rinofaringitis aguda/resfriado común 2.4%, Otitis media aguda 2.0% (19).

En una evaluación de los pacientes ingresados en Hospitalización a Domicilio desde el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Santiago de Compostela durante el periodo 2004-2006 se observaron diferencias a través del tiempo: durante el año 2004 fue mayor la afluencia de mujeres (58%), en 2005 de hombres (61%), y en 2006 un 66% de sexo femenino; en cuanto a la edad media fue de 66, 75 y 71 años respectivamente. Los diagnósticos principales también variaron, en el año 2004 y 2005 se registró como diagnósticos más frecuentes

EPOC, infección respiratoria, neoplasia y demencia, mientras que el 2006 fueron neoplasia, demencia, infección respiratoria y EPOC (20).

#### Frecuencias del uso del Servicio de Urgencias en Adultos Mayores.

En tres hospitales de Hong Kong se determinó que los pacientes adultos mayores hacen un uso más prudente de los servicios de urgencias que los adultos jóvenes; donde el dolor abdominal, las infecciones del tracto respiratorio y la gastroenteritis fueron las principales causas de atención en los adultos jóvenes, mientras que los síntomas neurológicos, dolor torácico, dolor abdominal y decaimiento de la condición general, fueron las principales causas en los pacientes de la tercera edad (21).

En un Hospital Universitario de Barcelona se valoró la frecuentación a los servicios de urgencias en el año 2011 por parte de los pacientes nonagenarios y se comparó con el resto de la población. Los pacientes mayores de 90 años representaron el 1.5% de la población, de los cuales el 66% fueron mujeres, mientras que en el resto de la población fue el 47% del sexo femenino. Se reportaron diferencias estadísticamente significativas mayores en el grupo de nonagenarios contra la población general en el tiempo de permanencia en el Servicio de Urgencias por paciente (7 vs 4 horas), estancia mayor a 24 horas (2.6% vs 1.8%), hospitalización y traslado (25% vs 14%), y fallecimiento en urgencias (2% vs 0.25%) (22).

Frecuencias del uso del Servicio de Urgencias en distintas especialidades.

En el Hospital General Universitario en el estado de Sao Paulo, Brasil se reportaron las frecuencias en los casos psiquiátricos: casos de abuso de sustancias psicoactivas (26.5%), esquizofrenia (15.5%), episodio maniaco (11.8%), depresión mayor (10.9%), y episodios no psicóticos (10.9%), con cambios respecto diferencias entre género en distintos diagnósticos (23).

En el Hospital de Navarra se realizó un estudio para conocer el uso del Servicio de Urgencias de los enfermos oncológicos. Se revisaron las atenciones realizadas durante los años 1999, 2002 y 2003. El número de enfermos oncológicos atendidos aumentó de forma progresiva de un 3.44% en 1999, a 5% en 2003 del total de urgencias. Los tipos de cánceres que más predominaron fueron el carcinoma de próstata, tumores de pulmón, mama y colon. Las neoplasias que se diagnosticaron en urgencias disminuyeron del 12% al 4.2% correspondiendo 9 a tumores primarios (2 cerebrales, 2 páncreas, 3 hematológicos, 1 esófago y 1 vía biliar) y 4 metastásicos. Los motivos de consulta más frecuentes fueron dolor, disnea y astenia (24).

La proporción de las urgencias neurológicas oscila entre el 2.6% y el 14% de las urgencias médicas. Los diagnósticos de enfermedad cerebrovascular aguda, epilepsia y cefalea, constituyen el 50% de toda la atención neurológica en los servicios de urgencias. Las categorías sintomáticas más frecuentemente atendidas por el neurólogo en urgencias fueron la focalidad neurológica en el 30% de los casos y las cefaleas en el 23%, mientras que la lipotimia-síncope

representaron el 16%, la alteración de conciencia el 5%, y las convulsiones el 2.4% (25).

Reportes de atención en los Servicios de Urgencias en México.

En nuestro país se reportó un análisis de los mecanismos de lesión y las regiones corporales más afectadas en los casos de pacientes traumatizados atendidos por la Cruz Roja en la ciudad de México, donde los accidentes vehiculares (31%), caídas (28%), y violencia (26%) fueron los mecanismos más frecuentes; y las lesiones en las extremidades (70.49%) seguidas por cráneo y cara (46.3%) fueron las regiones más frecuentemente afectadas (26).

El número de consultas de urgencias otorgadas de 1995 a 2004 en las unidades de medicina familiar subió de 4.7 a 6.3 millones, a diferencia de los hospitales de segundo y tercer nivel donde la tendencia es más estable (11). En algunas unidades de segundo nivel se ha reportado que solo el 17% de los motivos de urgencia atendidos representan urgencias reales (27).

En la delegación sur del D.F, una de las redes más grandes instauradas, es a la que pertenece la UMF 28. La Unidad de Medicina Familiar No. 28 Gabriel Mancera (UMF 28) presenta una vinculación estrecha con el Hospital General Regional No. 1 "Dr. Carlos Mc Gregor Sánchez Navarro, atendiendo la demanda constante de sus propios derechohabientes así como de las unidades 1, 9, 12, 42 por lo que ésta unidad no maneja patologías convencionales de primer nivel sino que además maneja pacientes con una complejidad de segundo a tercer nivel con su posterior traslado o derivación a los hospitales de apoyo.

En las Unidades de Medicina Familiar de esta región se dio una atención del 43.1% de las consultas de urgencias, lo que representa 6.5 millones de consultas de urgencias, de las cuales 25 % fue por infecciones agudas de las vías respiratorias superiores seguidas por traumatismos y envenenamientos (17.4 %) y las infecciones intestinales (9.5 %). El grupo de patologías que se resuelven en este nivel es diverso, pues incluye traumatismos, cardiopatías, enfermedades del tracto digestivo, patologías del sistema musculo esquelético y enfermedades crónicas degenerativas (11) (Tabla 3). Como grupos distintivos se encuentran las enfermedades del sistema urinario, asma, migraña, enfermedades del oído y conjuntiva (94% de las urgencias atendidas en Medicina Familiar). El perfil de demanda por grupos de edad y sexo también es muy singular en tanto fueron los menores de cinco años y los adultos mayores quienes mayor número de consultas demandaron durante 2004. Las mujeres predominaron en la demanda, con excepción en los menores de 10 años de edad. Actualmente el número de usuarios adscritos a esta Unidad de Atención es de alrededor de 242 176. Hasta el momento sólo se tiene una determinación de las patologías más comunes en el área de urgencias, datos obtenidos durante un periodo de los años del 2007 al 2010, siendo las enfermedades de vías respiratorias altas, gastrointestinales y urgencias hipertensivas los tres principales motivos de atención (tabla 4).

Tabla 3. Motivos de Demanda en el Servicio de Urgencias en UMFs IMSS, 2004.

PRINCIPALES MOTIVOS DE DEMANDA EN URGENCIAS DE UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR. IMSS, 2004						
Grupo	Mujeres		Hombre		Total General	
	No	%	No	%	No	%
Total general	3 531 038	54.0	2 976 117	46.0	6 507 155	100.0
Infecciones respiratoria agudas	814 964	23.1	809 176	27.2	1 624 140	25.0
Traumatismos y envenenamientos	469 400	13.3	661 900	22.2	1 131 300	17.4
Otros diagnósticos	444 858	12.6	302 241	10.2	747 099	11.5
Enfermedades infecciosas intestinales	339 230	9.6	279 767	9.4	618 997	9.5
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	201 703	5.7	143 818	4.8	345 521	5.3
Personas sanas que acuden a los servicios de salud por otros motivos	148 371	4.2	81 583	2.7	229 954	3.5
Enfermedades del corazón	121 854	3.5	65 467	2.2	187 321	2.9
Dorsopatías	83 177	2.4	76 781	2.6	159 958	2.5
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	113 376	3.2	42 916	1.4	156 292	2.4
Gastritis y duodenitis	80 169	2.3	41 865	1.4	122 034	1.9
Asma	60 874	1.7	52 401	1.8	113 275	1.7
Migraña y otros síndromes de cefalea	73 978	2.1	19 579	0.7	93 557	1.4
Otitis media, trastornos de la trompa de Eustaquio y mastoiditis	48 491	1.4	43 728	1.5	92 219	1.4
Conjuntivitis	36 447	1.0	45 735	1.5	82 182	1.3
Otras enfermedades de estómago y duodeno	50 987	1.4	29 332	1.0	80 319	1.2
Causas obstétricas	76 019	2.2	0	0.0	76 022	1.2
Diabetes mellitus	48 353	1.4	26 377	0.9	74 730	1.1
Trastornos de los tejidos blandos	38 813	1.1	34 547	1.2	73 360	1.1
Dermatitis y eccema	32 360	0.9	27 173	0.9	59 533	0.9
Infecciones de la piel y tejido subcutáneo	24 927	0.7	27 030	0.9	51 957	0.8
Demás diagnósticos	222 687	6.3	164 698	5.5	387 385	6.0



Tabla 4. Causas de Morbilidad de Primera vez en Urgencias UMF 28.

Número	Causa básica de morbilidad	2010	
		No	TASA
1	INF. AG. VÍAS RESPIRATORIAS SUP. (DE SITIOS MÚLTIPLES NO ESPECIFICADOS, RINOFARINGITIS Y FARINGITIS AGUDA	6239	4363.4
2	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	3307	2312.8
3	HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESCENCIA	2330	1629.5
4	DORSALGIA	1173	820.4
5	DIABETES MELLITUS NIID	1030	720.4
6	OTRAS ENF DEL ESTÓMAGO Y DUODENO	832	581.9

FUENTE: CODEIS

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En el IMSS los servicios de urgencias se proporcionan en las unidades de primer nivel de atención, su función es valorar y proporcionar atención y tratamiento inicial y oportuno en alteraciones clínicas que ponen en peligro la vida del paciente o algunos órganos, que por la naturaleza de sus lesiones requieren una atención inmediata. En este servicio la afluencia de pacientes que demandan atención por padecimientos menores puede influir con las verdaderas emergencias.

El primer nivel de atención médica juega un papel primordial en la atención del paciente con una urgencia médica ya que las UMF son el primer contacto, no solo para iniciar la atención y, en medida de lo posible, solucionar los problemas de salud de estos individuos, sino también porque determinará si el paciente es candidato a recibir atención en un nivel superior.

Continuamente se realizan registros de las principales patologías atendidas en este nivel. Sólo se conocen dos publicaciones, un estudio nacional realizado por nuestra institución en el 2004, en los cuales se toman en cuenta datos de la consulta externa de urgencias y no datos de hospitalización, y en el 2010, estudio realizado por una institución educativa (Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM). Es decir, no se tienen publicados en la literatura las causas más frecuentes de morbilidad que requieren hospitalización en el servicio de urgencias en un primer nivel. Dado que éstas podrían mostrar diferencias con respecto a años anteriores, ya que cada vez se tienen más derechohabientes registrados,

además de que los grupos etarios tienden a cambiar y por tanto también las enfermedades que aquejan a esta población en su totalidad, es por esto que nos preguntamos:

*¿Cuáles son las principales causas de morbilidad en el área de Observación del Servicio de Urgencias de la Unidad de Medicina Familiar número 28 del IMSS?*

## **JUSTIFICACIÓN**

La atención en el Servicio de Urgencias en la mayoría de los casos es un reflejo del control de la enfermedad en la consulta externa. Es debido a esto que llevar un registro de las patologías más frecuentes en este servicio y nivel de atención es importante, ya que permitiría el enfoque de los esfuerzos para favorecer la prevención de las complicaciones de las enfermedades que se atienden en la consulta externa de Medicina Familiar.

Un estudio de este tipo y el enfoque preventivo de sus resultados puede disminuir la severidad de los cuadros de urgencias y la demanda de consulta en el servicio de Urgencias, no solo, por ejemplo, en enfermedades crónicas que permiten llevar un control adecuado para prevenir sus complicaciones, sino incluso a niveles de concientización para evitar accidentes, o incluso la educación para que los pacientes puedan reconocer entre Urgencias reales y Urgencias sentidas.

Así mismo, se puede aportar información para la implementación y modificación de acciones estratégicas en la coordinación del servicio de Medicina Familiar, además de educar a los pacientes con enfermedad con complicaciones potenciales a buscar atención en momentos más oportunos que puedan acortar el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta su atención en el servicio de urgencias lo cual puede tener un impacto en el pronóstico de estos cuadros clínicos.

El estudio de la frecuencia de las patologías que se atienden en el servicio de urgencias del primer nivel de atención también nos ayudará a encontrar las diferencias que existen entre este y los demás niveles de atención lo que podría tener un impacto en la identificación pronta y oportuna de los cuadros que ameriten atención en otros niveles.

## **OBJETIVO GENERAL**

- Determinar las patologías más frecuentes de ingreso al área de Observación en el servicio de Urgencias de la UMF 28 en el año 2013.

### ***Objetivos Específicos***

- Establecer las 5 principales causas de morbilidad que requieren ingreso en el área Observación en el servicio de Urgencias de la UMF 28.
- Determinar frecuencias por grupos etarios.
- Determinar frecuencias por género de los pacientes que reciben atención en el servicio de urgencias.
- Determinar el tiempo de estancia intrahospitalaria en un área de Urgencias.

## **METODOLOGÍA**

### **TIPO DE ESTUDIO:**

Se realizará un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo.

### **VARIABLES:**

Morbilidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define morbilidad como toda desviación subjetiva u objetiva de un estado de bienestar (13). Es la medida de frecuencia más utilizada para conocer el comportamiento de una o más enfermedades en una población determinada, es decir, personas enfermas o casos de enfermedad en una población (28).

Para fines de éste estudio la morbilidad se conocerá mediante el diagnóstico de ingreso registrado en el expediente.

Edad, Sexo, Diagnóstico de ingreso y Tiempo de estancia en el servicio de urgencias.

## Variables de estudio

Variable	Definición	Operatividad	Tipo de variable
<i>Diagnóstico</i>	Determinación de una causa de enfermedad.	Padecimiento actual que causa el ingreso al servicio de urgencias. Expediente.	Nominal
<i>Edad</i>	Tiempo de vida del paciente.	Medirá en Años, hasta el momento de ingreso en Urgencias. Expediente.	Cuantitativa continua
<i>Sexo</i>	Género.	Masculino o Femenino por expediente. Expediente.	Nominal Dicotómica
<i>Tiempo de estancia</i>	Tiempo en un mismo lugar.	Se medirá en horas, desde el ingreso a urgencias hasta su egreso. Expediente.	Ordinal



## **POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO**

- **Universo:** Personas atendidas en el servicio de urgencias de la UMF 28 durante el año 2013.
- **Lugar:** Estudio que se llevará a cabo en la Unidad de Medicina Familiar del IMSS No. 28, Servicio de Urgencias, en la dirección de Gabriel Mancera No. 800, esq. San Borja. Colonia Del Valle. Delegación Benito Juárez. D.F. México.
- **Población blanco:** Pacientes mayores de 15 años que requieran un ingreso al Servicio de Urgencias de la UMF 28 del IMSS en el año 2013.
- **Muestra:** Pacientes que se hayan ingresado en el Servicio de Urgencias Observación, durante el año 2013, que se encuentren internados durante los pases de visita administrativos.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA**

### **Criterios de inclusión:**

- Sujetos con Ingreso al servicio de urgencias observación.
- Pacientes mayores de 15 años
- Ambos sexos

- Derechohabiencia indistinta
- Se encuentren ingresados en el censo diario de Urgencias Observación UMF 28.

**Criterios de exclusión:**

- Pacientes ingresados a Urgencias Observación para corta estancia.

**Criterios de eliminación:**

- Pacientes con registro clínico incompleto.
- Pacientes que sean trasladados a segundo nivel de manera inmediata.
- Pacientes que solicitan Alta voluntaria

**RECURSOS NECESARIOS**

**Recursos humanos:**

- Investigador
- Asesor de tesis

**Recursos materiales:**

- Laptop
- Software estadístico.
- Unidad de almacenamiento USB
- Papel, lápices, plumas
- Servicio de fotocopiado
- Hojas blancas.

**Recursos físicos:**

- Área de urgencias de la UMF 28.

**Financiamiento:**

- Institucional.

## **DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO**

### **Método de recolección de datos:**

Se realizó una base de datos recopilada diariamente desde el 1ro de Enero al 31 de Diciembre del año 2013 de la siguiente manera:

Posterior a la aprobación del CIRELCIS todos los pacientes anexados al censo estadístico de la jefatura de urgencias son los ingresados al servicio de urgencias observación de la UMF 28, se considera principalmente el diagnóstico de ingreso, así como los días de estancia en el servicio, sexo y grupo de edad, datos obtenidos por pase de visita diario en turno matutino y vespertino.

Los pacientes ingresados al servicio de urgencias serán clasificados en grupos dependiendo de la edad, sexo, y tiempo de estancia en el servicio de urgencias, así como el diagnóstico principal de ingreso.

La búsqueda será realizada por parte del investigador, datos obtenidos por la base de censos diarios proporcionadas por la Jefatura de Urgencias de la UMF 28.

### **Análisis estadístico:**

Las variables se estudiarán con estadística descriptiva (media y frecuencias según corresponda el tipo de variable).

Las diferencias entre grupos se analizarán con t de Student o U de Mann-Whitney en el caso de las variables cuantitativas dependiendo de su distribución normal o no normal cuando se analicen diferencias entre dos grupos; para tres grupos o más se analizarán con ANOVA o Kruskal-Wallis dependiendo de su distribución.

Las variables dicotómicas serán analizadas con chi cuadrada.

### **Maniobras para controlar sesgos**

El sesgo de información se tratará de controlar al ser una única persona quien recabe los datos y lo hará de forma estandarizada.

Puede existir sesgo al encontrarse variables en criterios según los distintos trabajadores de la salud, mencionándose al Médico de base encargado, quienes dictaminan el diagnóstico del paciente, así como deciden sus días de estancia en el servicio de urgencias.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

Según las Disposiciones Generales del Reglamento de la Ley General de Salud (1987) en Materia de Investigación para la Salud y la declaración de Helsinki de 1975 enmendada en 1983, el presente estudio no requiere consentimiento informado, ya que la información es obtenida de los datos contenidos en el expediente clínico y no se difundirá la información incluida en la ficha de identificación. Además, el presente estudio se someterá a aprobación por el comité de ética local.

## RESULTADOS

Se obtuvieron datos de 2502 pacientes que fueron ingresados al área de observación de la UMF 28, 64.1% del sexo femenino y una media de edad de 60.1 años (46.8% mayores de 65 años); el 85.2% de los pacientes estaban adscritos a la unidad (ver tabla). Los diagnósticos de ingreso más frecuentes fueron gastroenteritis (12.11%), síndrome doloroso abdominal (11.35%), infecciones de vías urinarias (IVU) (7.79%), diabetes mellitus tipo 2 descontrolada (6.64%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (4.92%) e infección en tejidos blandos (4.32%); mientras que el diagnóstico por sistemas las causas gastrointestinales (29.78%) fueron las más frecuentes seguidas por metabólicas (14.71%) y respiratorias (11.87%) (ver respectivas tablas).

Las causas más frecuentes de ingreso comparadas por sexo fueron muy similares a la tendencia general destacando las gastroenteritis y el dolor abdominal, seguidas por las IVU (ver tabla). Sin embargo, existe una diferencia estadísticamente significativa entre la edad y el diagnóstico por sistema (ver tabla). Así mismo, también se demostró una diferencia significativa entre el tiempo de estancia y la edad con el estadístico de kruskall wallis y una correlación positiva con el estadístico no paramétrico de Spearman 0.27 ( $p < 0.01$ ).

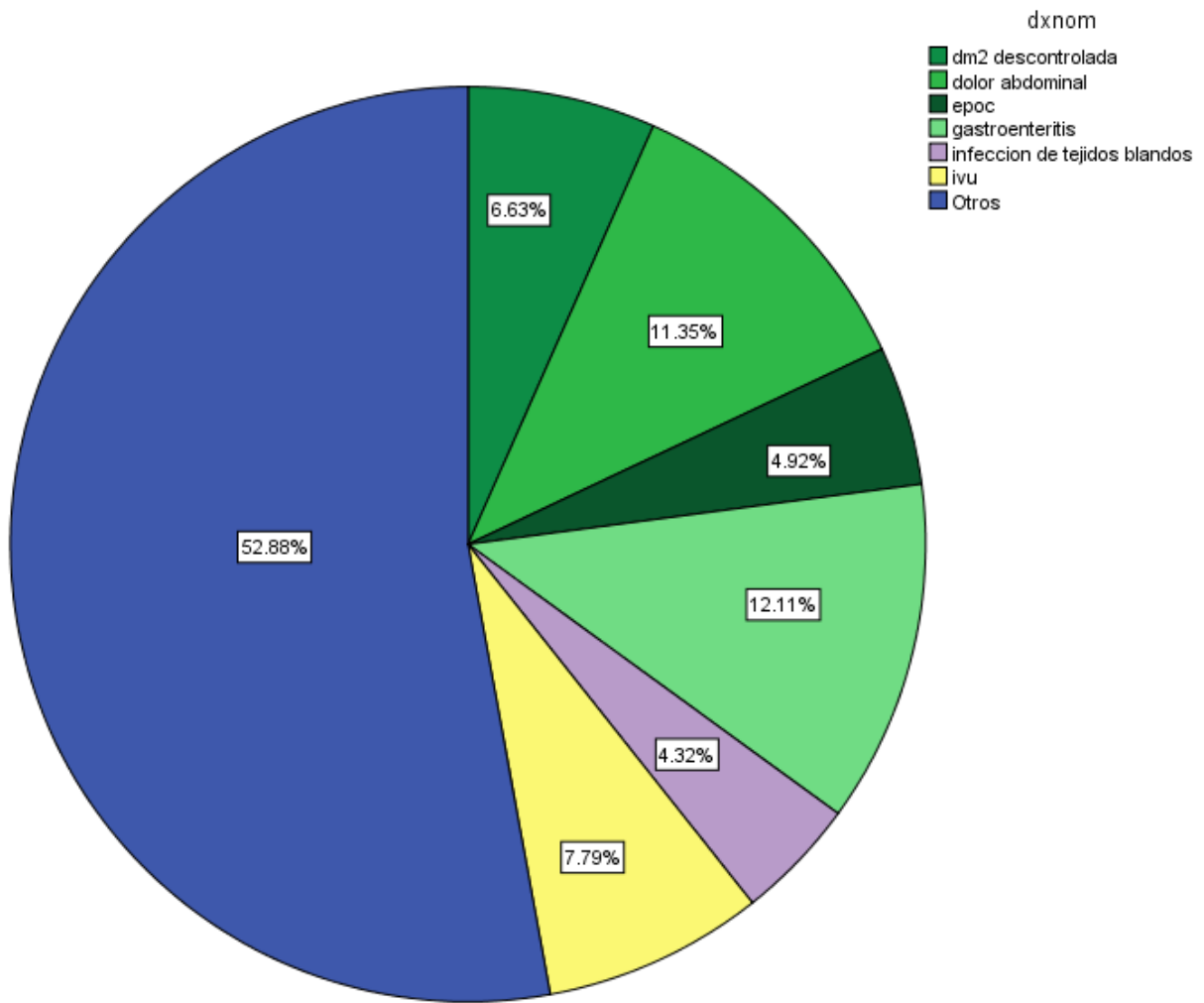


Figura 1.- Causas de Morbilidad más frecuentes entre los pacientes ingresados al área de observación de la sala de urgencias de la UMF 28.



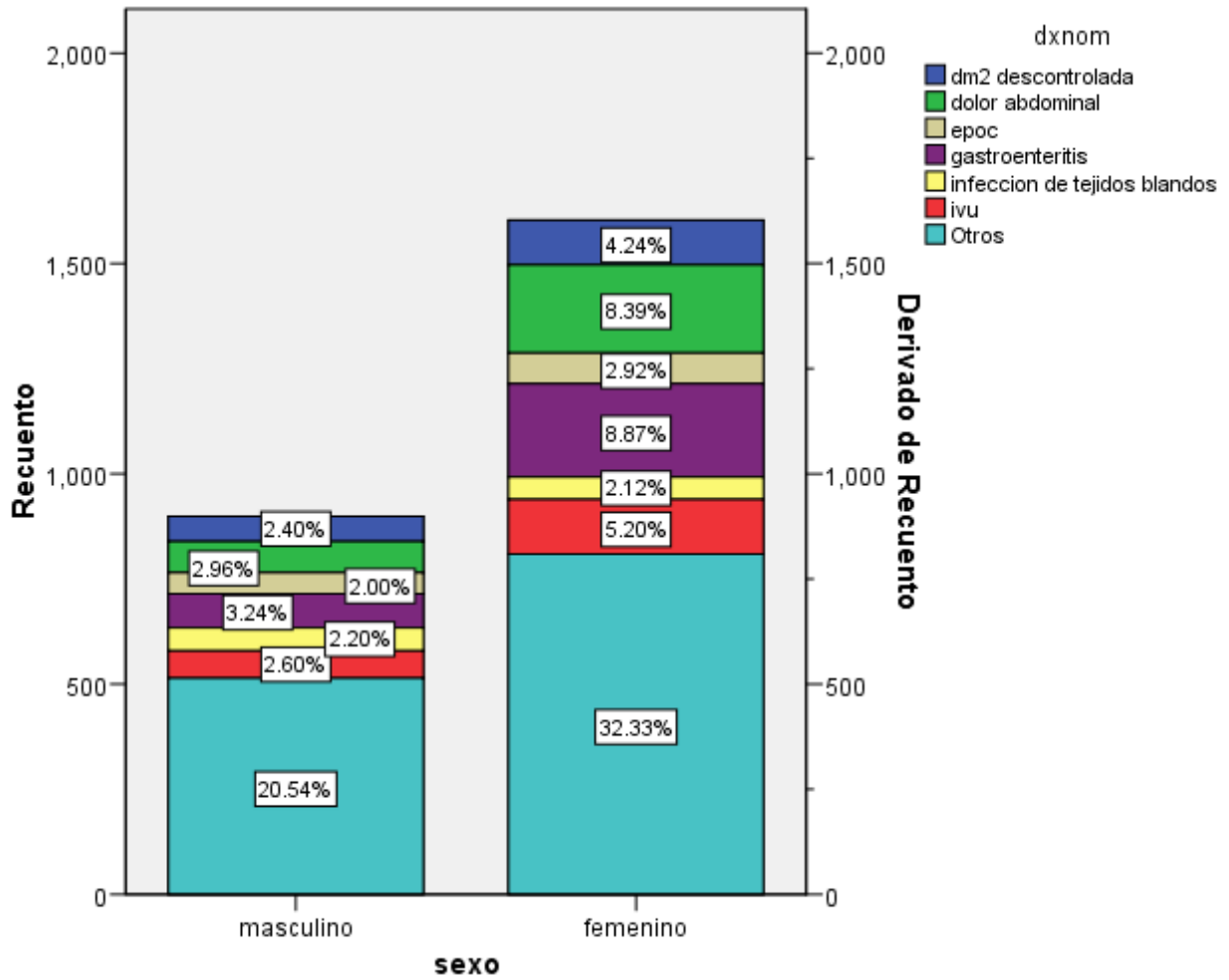


Figura 2.- Causas de Morbilidad más frecuentes por Género.

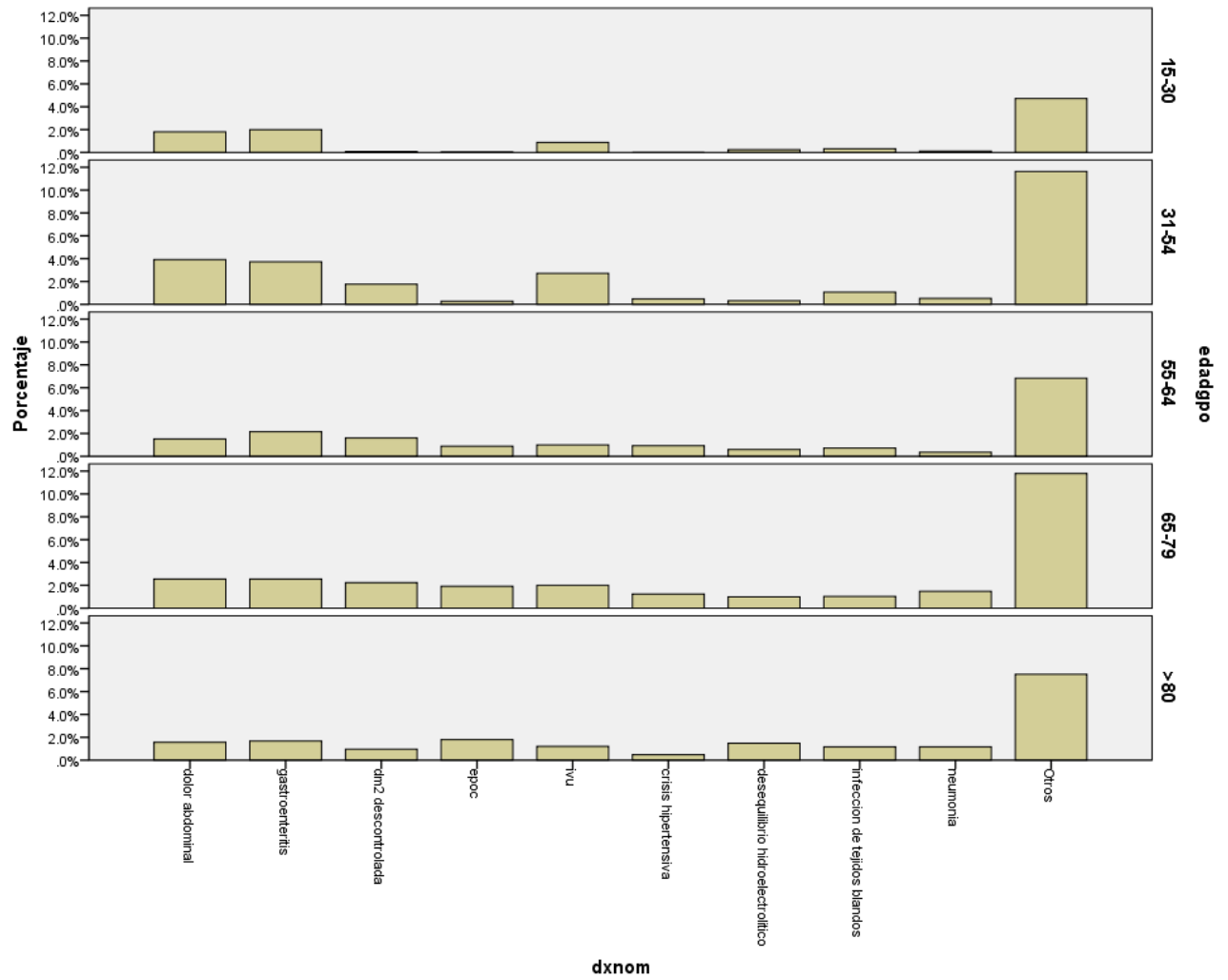


Figura 3.- Principales causas de Morbilidad por grupo de edad.

Frecuencias							
		Horas					
		menos de 8	8-23	24-47	48-71	72-95	más de 96
edad	> Mediana	77	470	322	164	81	90
	<= Mediana	221	602	293	101	43	38

Estadísticos de contraste <sup>a</sup>	
	Edad
N	2502
Mediana	63.00
Chi-cuadrado	131.607 <sup>b</sup>
gl	5
Sig. asintót.	.000
a. Variable de agrupación: hrs	
b. 0 casillas (0.0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 59.7.	

Tabla 2.- prueba de kruskall-wallis que demuestra diferencia significativa con la edad entre los diferentes tiempos de estancia en el área de observación de urgencias en la UMF28.

**. kwallis edad, by (DXSIST)**

Kruskal-Wallis equality-of-populations rank test

DXSIST	OBS
Cardiovascular	227
Enf. Reumática	3
Gastrointestinal	745
Ginecológico	7
Metabólico	368
Neurológico	109
Otras	329
Q	1
Quirúrgico	101
Respiratorio	297
Traumático	55
Urológico	260

Chi.squared= **183.339** with **11** d.f.

Probability= **0.0001**

Chi-squared with ties= **183.388** with **11** d.f.

Probability= **0.0001**

Tabla 3.- prueba de kruskall wallis para comprobar que existe una diferencia significativa entre las categorías de diagnóstico por sistema con respecto a la edad.

## DISCUSIÓN

En el servicio de urgencias los motivos de ingreso son diversos. El presente estudio arrojó resultados en donde el principal motivo de consulta fue gastroenteritis infecciosa, seguido por dolor abdominal, infección de vías urinarias, descontrol de diabetes mellitus y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. A pesar de que la Ciudad de México es una ciudad cosmopolita y la región zonal a la que pertenece la UMF 28 tiene un nivel socioeconómico mayor en comparación con otras regiones zonales de la ciudad y del país, continúan siendo las enfermedades infecciosas las principales patologías que ameritaron ingreso al servicio de urgencias, patologías que históricamente se relacionan con la pobreza. Sin embargo, estos datos son comparables con otras regiones del mundo como la de Cataluña en España, ciudad con un PIB per cápita mayor a la media europea (19). Aun así llama la atención la diferencia que existe con países desarrollados, por ejemplo en el Reino Unido donde el principal motivo por el cual se acudió al servicio de urgencias fue el dolor, traumatismos de las extremidades superiores e inferiores, heridas abiertas, y respiratorias; Suiza donde las causas músculo-esqueléticas fueron la causa de atención más frecuente (16); y otras ciudades latinoamericanas como la ciudad de Medellín donde el trauma fue la principal causa de atención (17).

Estas diferencias y coincidencias entre distintas regiones del mundo pueden deberse principalmente a cuestiones culturales. La cultura de los pueblos está determinada principalmente por su historia. México es un país donde, históricamente, la población general tiene un nivel académico pobre y

desinteresado por su salud, esto determinado por el impedimento de las clases sociales altas para que el pobre tenga acceso a medidas de salud (limitación al acceso, poco presupuesto a programas, corrupción), entre ellas las preventivas. Además, sus hábitos alimenticios, aun cuando actualmente se pueda decir, según las cifras económicas, que su nivel de vida ha aumentado (aunque el nivel de salario mínimo no haya aumentado significativamente en los últimos años), se han mantenido al nivel de las clases pobres: comer en establecimientos de poca higiene, falta de aseo antes de comer y después de ir al baño. Esto aunado a una postura estoica ante la enfermedad donde el ceder ante el dolor demerita la valía personal, sobre todo en el género masculino. Condiciones favorecidas y exacerbadas por un sistema de explotación laboral que aumenta el nivel de estrés que se vive día con día, además por las grandes distancias que un trabajador promedio recorre de su domicilio a trabajo, largas jornadas laborales y poco tiempo para comer: el trabajador come en puestos callejeros por la distancia, el tiempo asignado al horario de comida y los precios. Esto se traduce en que el principal motivo de ingreso sean las Gastroenteritis infecciosas. Por esto sugerimos que se refuercen y se favorezca el acceso a medidas de prevención primaria como lo son las medidas higiénico dietéticas, el lavado adecuado de manos, evitar comida chatarra y/o rápida, evitar comer en puestos callejeros o no establecidos, lavado de frutas y verduras con agua clorada; aunque consideramos que sin que cambien las condiciones económico-laborales y culturales, las medidas propuestas serán insuficientes para poder lograr un cambio significativo.

En los servicios de primer nivel se atendieron un importante número de mujeres con embarazos terminados en aborto, y complicaciones de parto y puerperio; a diferencia de nuestro estudio donde solo se observaron 7 casos de origen ginecológico, dentro de los cuales se encuentra un solo caso de amenaza de aborto. Esto fue debido a que a nivel institucional se cuenta con unidades hospitalarias especializadas a la atención de urgencias gineco-obstétricas de lo cual la población se encuentra informada por lo que acuden a dichas unidades al presentarse alguna urgencia de éste tipo.

Respecto a los resultados de la población asistente por sexo, en nuestro estudio observamos una mayor asistencia por parte del sexo femenino, de los 2502 casos, 1603 corresponden al sexo femenino y 899 al sexo masculino con un porcentaje del 64.1 y 35.9% respectivamente, comparado con un estudio realizado en Cataluña, España, 1999-2000 donde el 53% de las visitas a urgencias correspondió al sexo femenino donde la edad media de los pacientes fue de 36 años, y en nuestro estudio la edad media fue de 60.1 años, aunque, a diferencia del estudio catalán, en nuestro estudio no se admitió población pediátrica.

De los 2502 casos de nuestro estudio el 47% aproximadamente se trató de adultos mayores, de la población asistente dentro de los 16 a 30 años correspondió al 10.2%, de 31 a 54 años el 26.4%, 55 a 64 años 16.6%, de 65 y 79 años un 27.8%, y un 19% mayores de 80 años; donde vemos que el mayor porcentaje corresponde al grupo etario de entre 65 a 79 años, lo cual se correlaciona lo reportado por artículos publicados por tres hospitales de Hong Kong y un hospital universitario de Barcelona que reporta que los adultos mayores

hacen un uso más prudente de los servicios de urgencias reales que los adultos jóvenes.

La edad en nuestro estudio también se correlacionó de forma positiva en el tiempo de estancia, como fue reportado por un Hospital Universitario de Barcelona donde los pacientes mayores de 90 años representaron el 1.5% de la población, de los cuales el 66% fueron mujeres. En éste estudio se reportaron diferencias estadísticamente significativas mayores en el grupo de nonagenarios contra la población general en el tiempo de permanencia en el Servicio de Urgencias por paciente (7 vs 4 horas), estancia mayor a 24 horas (2.6% vs 1.8%), hospitalización y traslado (25% vs 14%). En nuestro estudio hay una correlación positiva entre tiempo de estancia y edad.

La proporción de las urgencias neurológicas obtuvo un total de 4.4% de las urgencias médicas. Los diagnósticos de enfermedad cerebrovascular aguda, epilepsia y cefalea, constituyen las principales causas, resultados similares a un estudio realizado en 2008 en Navarra acerca de las urgencias neurológicas.



## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- El uso de las instalaciones de urgencias es mayor por parte del sexo femenino.
- La causa más frecuente de ingreso fue a nivel gastrointestinal.
- No hubo diferencias por sexo respecto a las patologías.
- Relación positiva entre el tiempo de estancia y edad.
- Mayor uso de las instalaciones de urgencias por adultos mayores en comparación con adolescentes y adultos jóvenes.
- La mayoría de los hospitalizados son adscritos de la UMF 28.
- Se sugiere una mayor campaña de salud preventiva enfocada a las enfermedades infecciosas, principalmente gastrointestinales.
- Se sugiere tener una mayor consideración de traslado a hospitalización a unidades de mayor nivel de atención para los adultos mayores y de esta forma evitar la prolongación del tiempo de estancia en el servicio de urgencias.
- También hacer énfasis en la obtención de recursos necesarios para el manejo adecuado de las patologías metabólicas ya que son una importante causa de atención a urgencias.
- Mejorar y ampliar los programas de prevención de las enfermedades metabólicas y sus complicaciones.
- Es necesario cambiar las condiciones laborales y mejorar la economía popular para poder cambiar nuestra cultura como sociedad y poder

revertir las tendencias de morbilidad reportadas en este estudio. Sin embargo, aunque desde el punto de vista institucional esto no nos corresponde, está en nuestras manos como sociedad el concientizar a nuestros semejantes al respecto.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ledesma Martín MC, Garavis González JL. Aplicaciones de las Tecnologías de Información y Comunicación al ámbito de la Salud en tierra de Peñaranda. 2004, Informe Salud Espacios de Excelencia Transfronterizos.
2. NORMA Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.
3. Cunningham P. Nonurgent Use of Hospital Emergency Departments. 2011, May 11; Hearing on “Diverting Non-urgent emergency room use: Can it provide better care and lower cost?” Before the U. S. Senate.
4. Murphy AW. 'Inappropriate' attenders at accident and emergency departments I: definition, incidence and reasons for attendance. 1998. 15;(1):23-32.
5. Durand et al. Nonurgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? perceptions of professionals and patients. BMC Research Notes. 2012, 5: 525.
6. Sánchez L, Bueno A. Factores asociados al uso inadecuado a los servicios de urgencias hospitalarios. Revisión. Emergencias 2005; 17:139-42.
7. Navarro R, López - Andujar L, Brau J, Carrasco M, Pastor P y Masiá V. Estudio del tiempo de demora asistencial en urgencias hospitalarias. Estudio multicéntrico en los servicios de urgencias hospitalarias de la Comunidad Valenciana. Emergencias 2005; 17:209-214.
8. Manual de Normas Técnico-Administrativas para la Prestación de Servicios de Urgencias en el Sistema Distrital de Salud. Santa Fe de Bogotá: OPS; 1994.

9. Gómez Jiménez J, Puiguriguer J, Ferrando JB, et al. 1r Curs de formació en tria d'urgències. Bases conceptuals del Programa d'Ajuda al Triatge (PAT). Model Andorrà de Tria. Escaldes-Engordany, Desembre 2002-Abril 2003. <http://www.collegidemetges.ad/sum/sum2.html>
10. Van der Linden et al. Rate, characteristics, and factors associated with high emergency department utilization. *International Journal of Emergency Medicine*, 2014,7:9.
11. Estadística en Salud. El IMSS en Cifras. La demanda de servicios en urgencias, 2004. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2006; 44 (3):261-273.
12. Archivo biblioteca UMF 28.
13. Organización Mundial de la Salud. Serie de Informes Técnicos No. 164
14. United States Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service (1958) Health Service Statistics from the US National Health Survey. Series A-3, Washington, D. C.
15. Comité de Expertos en Estadística Sanitaria. Sexto informe con inclusión del tercer informe del Subcomité de estadísticas sobre el cáncer. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 1959. *Org. Mund. Salud. Ser. Inf. Téc.*, 1959.
16. Chmiel C., Huber C., Rosemann T., et al. Walk-ins seeking treatment at emergency department or general practitioner out-of-hours service: a cross-sectional comparison. *BMC Health Services Research*, 2011; 11: 94.
17. Valencia M, González G, Agudelo N, et all. Acceso a los Servicios de Urgencias en Medellín. *Rev. salud pública*, 2006. 9 J(4a):a5m29i-ll5o4 0—, 2D0e0s7centralizacion.

18. Oterino D., Baños J., Fernández V., Rodríguez A., et al. Urgencias Hospitalarias y de Atención Primaria en Asturias: Variaciones entre Áreas Sanitarias y Evolución desde 1994 hasta 2001. *Gac Sanit* 2007; 21(4): 316-20.
19. Conesa A, Vilardell L, Muñoz R, Casanellas J, et al. Análisis y clasificación de las urgencias hospitalarias mediante los Ambulatory Patient Groups. *Gac Sanit* 2003;17(6):447-52.
20. Villamil I, Masa L, Fernández J, Valdés R. Ingresos en HADO desde el Servicio de Urgencias. *Anales de Medicina Interna*. Vol. 25, N° 1, 2008.
21. Yim V. W. T., Graham C. A., Rainer T. H. A comparison of emergency department utilization by elderly and younger adult patients presenting to three hospitals in Hong Kong. *Int J Emerg Med*, 2009; 2:19-24.
22. Formiga F, Vilader A, Salazar A, Pujol R. Pacientes nonagenarios y consultas a urgencias: características diferenciales. *Anales de Medicina Interna*. Vol. 20, N.º 11, 2003.
23. Dos Santos M. E., do Amor J., Del-Ben C. M., Zuardi A. W. Psychiatric emergency service in a school general hospital: a prospective study. *Rev Saúde Pública*, 2000; 34(5): 468-74.
24. Fortún M, Encina Y, Etxebarria M, et al. Enfoque global del enfermo oncológico en urgencias. Datos epidemiológicos. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2004 Vol. 27, Suplemento 3.
25. Gómez A, Irimia P, Martínez-Vila E. Urgencias neurológicas y guardias de Neurología. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2008 Vol. 31, Suplemento 1.
26. Illescas-Fernández. Epidemiología del trauma en la ciudad de México. *Trauma*, 2003; 6(2): 40-43.

27. Hernández HDA, Pastrana ME. Emergency real and felt. Rational use of the emergency department in a second - level general hospital. Tesis IPN, 2010.
28. Moreno A., López S. Principales medidas en epidemiología. 2000, Salud pública de México, Vol.42, (4).

# ANEXOS

## Anexo 1. Cronograma de actividades

AVANCES	SEPTIEMBRE 2013	OCTUBRE 2013	NOVIEMBRE 2013	DICIEMBRE 2013	ENERO 2014	FEBRERO 2014
ELECCIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN	✓					
CARÁTULA	✓					
TÍTULO DEL PROYECTO	✓					
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA		✓				
ANTECEDENTES DEL TEMA		✓				
JUSTIFICACIÓN		✓				
MARCO TEÓRICO			✓			
BIBLIOGRAFIA (CRITERIOS DE VANCOUVER)			✓			
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES			✓			
OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS			✓			
HIPÓTESIS				✓		
MATERIALES Y MÉTODOS				✓		
TIPO DE ESTUDIO				✓		
POBLACIÓN LUGAR Y TIEMPO				✓		
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN					✓	
MUESTRA					✓	
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN					✓	
VARIABLES						✓
DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL						✓
CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES						✓

AVANCES	MARZO 2014	ABRIL 2014	MAYO 2014	JUNIO 2014	JULIO 2014
INSTRUMENTACIÓN DE RECOLECCIÓN DE DATOS	✓				
MANIOBRAS PARA CONTROLAR SESGOS		✓			
RECURSOS HUMANOS, MATERIALES.			✓		
CONSIDERACIONES ÉTICAS			✓		
CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO				✓	
ANEXOS				✓	
REGISTRO DE PROTOCOLO					✓
REVISIÓN FINAL PROTOCOLO					✓
REGISTRO PROTOCOLO ANTE EL COMITÉ DE INV.LOCAL					✓

AVANCES	AGOSTO 2014	OCTUBRE 2014	DICIEMBRE 2014	ENERO 2015	FEBRERO 2015
PRUEBA PILOTO	✓				
RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.		✓			
CAPTURA DE DATOS		✓			
ANÁLISIS ESTADISTICO			✓		
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS			✓		
ELABORACIÓN DE CONCLUSIONES				✓	
REDACCIÓN DE REPORTE DE TESIS				✓	
CORRECCION FINAL E IMPRESIÓN					✓



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SERVICIO DE URGENCIAS OBSERVACIÓN UMF 28 GABRIEL MANCERA																																		
																								MES:		2013								
DIAGNÓSTICO	CAUSAS DE MORBILIDAD	15 a 19 años		20 a 24 años		25 a 29 años		30 a 34 años		35 a 39 años		40 a 44 años		45 a 49 años		50 a 54 años		55 a 59 años		60 a 64 años		+ 65 años		TOTAL		UMF DE ADSCRIPCIÓN								
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	To tal	28	1	9	12	42	Otr as	To tal	
CARDIACA	CARDIOPATIA ISQUEMICA																																	
	INSUFICIENCIA CARDIACA																																	
	CRISIS HIPERTENSIVA																																	
	HTA DESCONTROLADA																																	
	BRADICARDIA																																	
	TAQUIARRITMIAS																																	
RESPIRATORIA	NEUMONIA																																	
	CA PULMONAR																																	
	TEP																																	
	EPOC																																	
	COR PULMONALE																																	
	CRISIS ASMÁTICA																																	
METABÓLICA	LARINGOTRAQUEITIS																																	
	FARINGOAMIGDALITIS																																	
	DM2 DESCONTROLADA																																	
	ESTADO HIPERSOMOLAR																																	
	CETOACIDOSIS DIABÉTICA																																	
	HIPOGLUCEMIA																																	
	HIPERTIROIDISMO																																	
	HIPOTIROIDISMO																																	
	HIPERCOLESTEROLEMIA																																	
	HIPERURICEMIA																																	
LESION RENAL AGUDA																																		
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA																																		
SOBREANTICOAGULACION																																		
DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLITICO																																		
TOTAL																																		





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL																												
SERVICIO DE URGENCIAS OBSERVACIÓN																												
UMF 28 GABRIEL MANCERA																												
																		MES:										
PATOLOGÍA A NIVEL	TIEMPO DE ESTANCIA EN OBSERVACIÓN	15 a 19 años		20 a 24 años		25 a 29 años		30 a 34 años		35 a 39 años		40 a 44 años		45 a 49 años		50 a 54 años		55 a 59 años		60 a 64 años		+ 65 años		TOTAL		To tal	28	1
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F					
CARDIACO	8 hrs o menos																											
	8 a 23 hrs																											
	24 a 47 hrs																											
	48 a 71 hrs																											
	72 a 95 hrs																											
	96 a 119 hrs																											
RESPIRATORIO	120 o más (5 días)																											
	8 hrs o menos																											
	8 a 23 hrs																											
	24 a 47 hrs																											
	48 a 71 hrs																											
	72 a 95 hrs																											
METABÓLICO	96 a 119 hrs																											
	120 o más (5 días)																											
	8 hrs o menos																											
	8 a 23 hrs																											
	24 a 47 hrs																											
	48 a 71 hrs																											
GINECOLÓGICO	72 a 95 hrs																											
	96 a 119 hrs																											
	120 o más (5 días)																											
	8 hrs o menos																											
	8 a 23 hrs																											
	24 a 47 hrs																											



