



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION ESTATAL JALISCO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD



PRINCIPALES DIAGNOSTICOS DE URGENCIAS REALES Y SENTIDAS EN SEGUNDO NIVEL DE ATENCION

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA DE URGENCIAS

TESISTA

DR ALFREDO ABRAHAM MACIEL LUÉVANO

**RESIDENTE DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA DE URGENCIAS PARA MÉDICOS DE BASE
DEL IMSS**

INVESTIGADOR RESPONSABLE

DR. JAIME EDUARDO GUZMÁN PANTOJA

INVESTIGADOR ASOCIADO

DRA. GABRIELA RODRIGUEZ MARTINEZ

GUADALAJARA, JALISCO, 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

Agradecimientos.....	3
Hoja de identificación de autores.....	4
Resumen.....	6
Marco teórico.....	7
Justificación.....	12
Planteamiento del problema.....	14
Objetivos.....	15
Hipótesis.....	15
Material y métodos.....	16
Consideraciones éticas.....	21
Resultados.....	22
Discusión.....	31
Conclusión.....	33
Referencias bibliográficas.....	34
Anexos.....	36

AGRADECIMIENTO

A mis padres: Por su gran enseñanza, apoyo incondicional y seguir guiándonos para llegar a ser personas de bien, ante las circunstancias que se nos presente tanto a mí como a mi hermana.

A mi hermana: Por su confianza, apoyo incondicional y por alentarme para alcanzar mis metas.

A mi esposa: Por su comprensión y tolerancia a mis sueños.

A mis amigos: Por su apoyo incondicional y ayuda para llevar a cabo mis aspiraciones.

A mis distinguidos maestros y asesores: Modelos de valor y sabiduría y generosa labor de transmitir el conocimiento, entusiasmo, consejos sugerencias para realizar mejor nuestra labor.

Un agradecimiento a las Autoridades de la Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Mexicano del Seguro Social y a todas aquellas personas que han estado en mi camino y que me han apoyado incondicionalmente permitiéndome realizar mis estudios de postgrado.

A todos aquellos que han intervenido en mi formación

¡MUCHAS GRACIAS!

HOJA DE IDENTIFICACIÓN DE LOS AUTORES

- **Investigador Principal:**

Dr. Jaime Eduardo Guzmán Pantoja

Médico Especialista en Medicina Familiar

Director del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente

Docente del Curso de Especialización en Medicina Familiar

Investigador en Atención Primaria

Centro de Investigación Educativa y Formación Docente (CIEFD)

Calle Sierra Mojada S/N

Teléfono: 3617 0500

Guadalajara, Jalisco

Correo electrónico: jaimeduardoguzman@gmail.com

- **Investigador Asociado:**

Dra. Gabriela Rodríguez Martínez

Especialista en Medicina de Urgencias

Hospital General de Zona No. 14

Instituto Mexicano del Seguro Social

Av. Revolución 2735, Col. Jardines de La Paz, CP: 44860

Teléfono: 3635 2611 Ext.: Red 32556

Tlaquepaque, Jalisco

Teléfono celular: 3311736273

Correo electrónico: dragabyrm@yahoo.com.mx

- **Tesista:**

Dr. Maciel Luévano Alfredo Abraham

Médico Residente del Curso de Especialización en Medicina de Urgencias para médicos de base del IMSS.

Hospital General Regional No. 46

Instituto Mexicano del Seguro Social

Lázaro Cárdenas No. 2063, Col. Morelos, Sector Juárez, CP: 44910

Teléfono: 3810 0005 Red: 32569

Guadalajara, Jalisco

Correo electrónico: docmaham@yahoo.com

RESUMEN

PRINCIPALES DIAGNOSTICOS DE URGENCIAS REALES Y SENTIDAS EN SEGUNDO NIVEL DE ATENCION

Antecedentes: El conocimiento de las principales causas de atención médica en el servicio de urgencias, no solo permite al médico estar preparado para combatirlas, sino que le proporciona información sobre que enfermedades necesitan, una mayor prevención, con el objetivo de evitar hechos fatales que pongan en riesgo la calidad de vida del paciente, o el fin de la vida del mismo.

Objetivo: Identificar los principales diagnósticos de urgencias reales y sentidas en el Servicio de Urgencias Adultos del Hospital General Zona No. 89

Material y Métodos: Diseño de estudio: transversal descriptivo. Se analizaron expedientes de pacientes masculinos y femeninos, a partir de la edad de 18 años hasta 70 años de edad o más, que acudieron al Servicio de Urgencias Adultos del Hospital General de Zona No. 89, durante el periodo de enero del 2011 a junio del 2011. De estos expedientes se tomaron los diagnósticos clínicos y fueron clasificados como urgencia real (toda afección, que desde el punto de vista clínico-médico pone en peligro la vida, la pérdida de un órgano o la función de este mismo a corto plazo y que requiere atención médica inmediata) y sentida (toda afección que el paciente o el familiar 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 del mismo), según los criterios del servicio de urgencia del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Resultados: de 679 atenciones otorgadas en el servicio de urgencias, 387 (57 %) fue de pacientes femeninos y 292 (43 %) masculinos. La frecuencia fue de 407 (59.9 %) para urgencias reales y 272 (40.1 %) para sentidas. Para los diagnósticos clínicos de urgencia real su distribución fue de la siguiente forma: diabetes mellitus 153 (22.5 %), hipertensión arterial 100 (14.7 %), colelitiasis 75 (11.0 %), cólico renoureteral 47 (6.9 %), sangrado de tubo digestivo 32 (4.7 %); dentro de las urgencias sentidas fue: infección de vías urinarias 75 (11.0 %), diarrea sin deshidratación 63 (9.3 %), rinofaringitis 52 (7.7 %), trastorno funcional del colon 39 (5.7 %), gastritis 24 (3.5 %) y faringitis 19 (2.8 %). Las urgencias se distribuyeron en los turnos de la siguiente manera: matutino 177 (26.1 %): real 93 (13.7 %) y sentida 84 (12.4 %); vespertino 202 (29.7 %): real 114 (16.8 %) y sentida 88 (13.0 %); nocturno 172 (25.3 %): real 114 (16.8 %) y sentida 58 (8.5 %); jornada acumulada 128 (18.3 %): real 86 (12.7 %) y sentida 42 (6.2 %).

Conclusiones: los principales diagnósticos de urgencias reales atendidos en el Servicio de Urgencias Adultos del Hospital General de Zona N° 89 fueron: Diabetes mellitus, hipertensión arterial, cólico renoureteral, colelitiasis y sangrado de tubo digestivo. Los principales diagnósticos de urgencias sentidas, fueron, infección de vías urinarias, diarrea sin deshidratación, rinofaringitis, trastorno funcional del colon, gastritis y faringitis.

MARCO TEORICO

La Medicina de Urgencia a permanecido con el hombre durante toda su existencia debido a que este esta expuesto a lesiones o enfermedades agudas las cuales han requerido de tratamiento de forma inmediata en especial las que ponen en peligro la vida o ponen en riesgo algún miembro u órgano del individuo.¹

Se sabe que Hipócrates en el año 410 A.C. realizaba internamientos para observar el comportamiento de los enfermos. Así también los egipcios en el año 1700 contaban con espacios físicos para la estancia de los pacientes en espera a la resolución de sus padecimientos. Ante esto el hombre tuvo que desarrollar sus conocimientos médicos el cual se ha diversificado en una forma exponencial generando la necesidad de la especialización médica. Cada especialista ha aprendido a atender y manejar las urgencias de acuerdo a su especialidad; sin embargo no así a las urgencias que ocurren fuera de la especialidad que le conciernen a cada especialista.²

No es hasta la guerra de Vietnam donde se observo que los espacios de observación eran indispensables no solo para la observación si no para la resolución de los padecimientos que presentaban los pacientes presentes en esos espacios. Esos dos puntos observación y resolución son los que han marcado la evolución en estos servicios ya que se buscan las técnicas o tratamiento de mayor vanguardia para elevar así la esperanza de vida de cada uno de los pacientes que ahí ingresan.²

En 1998 la Sociedad Médica Americana da los lineamientos para optimizar los recursos materiales y humanos para que las unidades de observación sean hoy en día el reflejo del hospital, en relación a la capacidad resolutive de éste, promoviendo la estandarización de algoritmos para el tratamiento de un sinnúmero de patologías, reconociendo que existen urgencias reales y urgencias sentidas y que cada una de estas urgencias merecen una atención individualizada.²

En el decenio de 1960, en Estados Unidos, se reconoció la necesidad de un servicio de urgencias bien organizado y en 1973 se inició un programa identificando aquellos grupos de enfermos que podrían beneficiarse. El primer programa en residencias en emergencias fue elaborado en el año de 1970 por la Universidad de Cincinnati y la formalización como la vigésimo tercera especialidad por el Consejo Americano de Especialidades Médicas.³

El médico de urgencias se distingue ya que este es capaz de diagnosticar y tratar cualquier tipo de urgencia ya sea médica o traumática e independientemente de la edad, sexo y nivel socioeconómico del paciente.

La medicina de urgencias se encuentra en las ciudades más importantes del país, en clínicas y hospitales como servicios de adultos y niños. Por lo que el servicio de urgencias es considerado como uno de los pilares de la atención hospitalaria, y representa además, la vía más común de acceso a los servicios de internamiento.³

La cobertura potencial de servicios de salud públicos y privados en México es del 94% de la población total; 55.6% de la población es atendida por instituciones de seguridad social, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE).³

A nivel nacional, el IMSS atiende, día con día, poco más de 45 mil urgencias, lo cual representa el 60 por ciento de las 80 mil contingencias de este tipo que se presentan en todo el país.⁴

La urgencia médica es toda situación que, desde el punto de vista médico, plantea una amenaza para la vida o salud de una persona. Esta definición comprende todo problema patológico que se presenta como nueva enfermedad o como descompensación de una patología crónica, que de retrasarse su diagnóstico y/o tratamiento podría agravar o alargar la historia natural de la enfermedad, precisando asistencia de primera, segunda o tercera prioridad según su envergadura.²

Sin embargo, usualmente la población que demanda estos servicios en forma urgente o extraordinaria es porque de manera empírica, clasifica al problema de salud como un padecimiento que puede o pone en riesgo la salud, la integridad o la vida del paciente, sin embargo en muchos de los casos el paciente presenta una urgencia no real o sentida, que puede ser traducido como un padecimiento que no pone en riesgo la vida del paciente. Esta situación condiciona a una sobrepoblación de los servicios de atención médica continua o urgencias indistintamente de la institución de salud en donde se brinde la atención médica. Por lo que genera problemas asistenciales, descontento en la opinión pública y la preocupación de las autoridades de salud por lo nocivo que esto resulta para su buen funcionamiento.²

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Servicio de Urgencias define de la siguiente forma a las urgencias:

- **Urgencia Real:** afectación a la salud personal que desde el punto de vista clínico-medico implica riesgo a corto plazo para la vida, un órgano o la función y que requiere atención medica oportuna es decir de manera inmediata.⁵
- **Urgencia Sentida:** afectación a la salud personal que el individuo o el familiar perciben como amenazante pero que desde el punto de vista clínico-medico no implica riesgo a corto plazo para la vida, un órgano o la función.⁵

Desde un enfoque médico legal, la Ley General de Salud en su Reglamento en materia de prestación de Servicio de Atención Médica, plantea en su Artículo 72: Se entiende por urgencia, todo problema médico-quirúrgico agudo que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requieran una atención inmediata.³

El Instituto Mexicano del Seguro Social atiende más de 15 millones y medio de urgencias al año, siendo los traumatismos, las infecciones respiratorias, complicaciones por diabetes mellitus, trastornos intestinales, enfermedades del corazón e hipertensión, entre otras, los principales motivos por los que acude el paciente de emergencia al Instituto.^{4,6}

Del total de urgencias que llegan al área de urgencias en los hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social, sólo el 25% son “reales”, es decir, corresponden a un estado clínico del paciente que pone en riesgo su vida o la función de un órgano, mientras que el otro 75% restante representa las “sentidas”, siendo aquellas en las que el paciente o familiar las percibe como amenazantes, pero desde el punto de vista médico no implican un riesgo grave a la salud, a pesar de requerir atención médica.⁶

En el 2004, se efectuó el análisis situacional en el Instituto Mexicano del Seguro Social, que arrojó como datos de importancia que el servicio de urgencias es de los más productivos y la demanda en él es muy diversa y de complejidad variable. Aproximadamente 15 % de las atenciones otorgadas en el Instituto Mexicano del Seguro Social se ofrece en el área de urgencias.⁷

De 1995 a 2004, en ese servicio se incrementó el número de atenciones y la tasa de mortalidad por 1000, pero disminuyó la tasa de incapacidades. La demanda de servicios es mayor por las mujeres adultas y adultas mayores. Los principales motivos fueron las infecciones respiratorias agudas (19.4 %), los traumatismos y envenenamientos (18.8 %) y las enfermedades diarreicas (8 %).⁷

Las consultas por colelitiasis y colecistitis, migraña, infecciones de vías urinarias y diabetes mellitus fueron más frecuentes en las mujeres, mientras que los traumatismos y las conjuntivitis en los hombres. El 21% de las defunciones en la institución ocurre en el área de urgencias, y la diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares figuran entre las principales causas de muerte, sobre todo en la población adulta y adulta mayor. La mortalidad fue mayor en los hombres que en las mujeres.⁷

Por ello, a partir del 2006 en el servicio de urgencias de los hospitales del IMSS, se instaló el sistema Triage, (del francés tri- azh “selección”) en los servicios de urgencias y áreas críticas, el cual es una medida internacional que permite identificar lesionados, determinar su prioridad y clasificarlos dentro del código internacional de colores para su atención, a fin de identificar la verdadera urgencia, lo que impacta en la prioridad que para el Instituto tiene la vida del paciente y de esta forma darle prioridad de atención médica a quien pelagra su vida. Y evitar así la saturación de los servicios de urgencias.⁶

Con este sistema, desde el momento en que el paciente llega al servicio de urgencia, es atendido por un médico y de acuerdo a esta valoración se asigna una de las cinco categorías establecidas para su atención, dándole prioridad a aquellos casos en que su estado clínico pone en riesgo la vida, el órgano o el sistema.

- **Nivel 1 o rojo:** precisa de la atención por el médico de forma inmediata.
- **Nivel 2 o naranja:** la atención por el médico puede demorarse 10 minutos.
- **Nivel 3 o amarillo:** la atención por el médico puede demorarse 1 hora.
- **Nivel 4 o verde:** la atención por el médico puede demorarse 2 horas.
- **Nivel 5 o azul:** la atención por el médico puede demorarse cuatro horas.⁹

De esta forma, se considera nivel 1(rojo) y 2(naranja) a una urgencia real por ejemplo un infarto agudo al miocardio un evento vascular cerebral. Y un nivel 3(amarillo), 4(verde) y 5(azul) a urgencia sentida por ejemplo diabético o hipertenso que se descontrola, una diarrea sin deshidratación, infecciones respiratorias altas respectivamente.⁹

Por lo que el conocimiento de las principales causas de atención a urgencias médicas en un área de salud no solo permite al médico estar preparado para combatirlas, sino que le proporciona

información sobre que enfermedades necesita realizar una mayor prevención, con el objetivos de evitar hechos fatales que pongan en riesgo la calidad de vida del paciente, o el fin de la vida del mismo. ¹⁰

Y de esta forma cumplir la principal función de los especialistas en urgencias médico quirúrgicas que es optimizar el tiempo en el que se brinda la atención al paciente, mediante la estabilización, el diagnóstico preciso y la resolución del problema de salud. Coordinación de comunicación social. Instituto Mexicano del Seguro Social. 26 de febrero de 2009. No. 66.

JUSTIFICACION

En México, al igual que en otros lugares del mundo, el servicio de urgencias o servicio de atención médica continua de un segundo nivel de atención, se ha vuelto uno de los servicios con mas demanda la cual va en aumento, ya que en este se atienden de manera oportuna y eficaz varias enfermedades que aquejan a la población en general, de esta manera se identificaron que en su mayoría fueron urgencias sentidas las cuales se pueden resolver en un primer nivel sin necesidad de acudir a un segundo nivel. Y que por tal motivo esto nos lleva al secuestro de recursos tales como personal médico, utilización de equipos y material médico. La poca disponibilidad de tiempo para atender al paciente y no observar con mayor detenimiento los verdaderos diagnósticos que se perciben en los servicios de urgencias o de atención médica continúa de un segundo nivel de atención.

Los altos índices de urgencias sentidas pueden deberse a que el paciente o el familiar del mismo, consideran a la afección o enfermedad existente en ese momento, como una urgencia real y la cual desde el punto de vista clínico - médico no ponen en riesgo la vida del paciente el cual este lo desconoce. Por lo que ocasionan que el servicio de urgencia o de atención medico continua de un segundo nivel de atención permanezca saturado y que por tal motivo se pierde tiempo oportuno para atender las verdaderas urgencias reales las cuales son cruciales.

Y aunque, es fácil para el médico identificar, lo que es una urgencia real de una sentida, para la mayoría de la población, que desconoce términos médicos, no lo es, esto nos lleva a una sobrepoblación del servicio de urgencias.

Es importante conocer la prevalencia de los diagnósticos mas frecuentes de las urgencias reales como de las sentidas, a su vez, conoceríamos la frecuencia de las urgencias reales y sentidas y de esta manera nos ayudaría a dar un manejo rápido, eficiente y oportuno a las urgencias reales. También nos ayudaría a conocer, el por que acuden principalmente urgencias sentidas en ves de urgencias Reales.

Por lo que es de esperar que al darse a conocer estos datos sea más sencillo implementar medidas preventivas y educativas adecuadas para dar a conocer a los trabajadores de la salud y a la población en general los diagnósticos mas frecuentes de las urgencias reales y sentidas y de esta manera disminuir la sobrepoblación del servicio de urgencias o atención médica continua de un segundo nivel de atención.

De ahí el propósito del presente estudio, dar a conocer las principales causas de consulta en el servicio de urgencias del Hospital General de Zona No. 89, su frecuencia y distinción entre urgencia sentida y real, así como sus variables sociodemográficas. De esta manera nos llevara a conocer la problemática y dará armas al personal de la salud para estar actualizado en prevenir, diagnosticar, tratar e informar a la población lo que es una urgencia real de una sentida.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Aunque ya se cuenta con información, métodos, técnicas, personal de salud adiestrado, aun la población en general ya sea de zonas urbanas-suburbanas o rurales no saben lo que es una urgencia real de una sentida, y esto nos lleva a la problemática de sobresaturación de los servicios de urgencias o atención médico continua por urgencias no reales como las infecciones de vías respiratorias altas (faringitis, amigdalitis) y diarreas sin deshidratación y por tal motivo nos lleva a perder tiempo vital para manejar las urgencias reales como diabetes mellitus (hipoglucemia, cetoacidosis diabetes mellitus y coma hiperosmolar no cetósico) hipertensión arterial (emergencia hipertensiva urgencias hipertensiva). Por eso es necesario conocer la prevalencia de los diagnósticos de las urgencias reales y sentidas como la frecuencia de ambas.

Debido a lo anterior varias dependencias u organizaciones han unido criterios relacionados con esta problemática para llevarnos a un mejor manejo de los servicios de urgencias y llevar esto acabo, sin embargo aun con el personal de salud, criterios y métodos, esto no ha sido factible ya que aun los servicios de urgencias presentan una sobre carga de patologías envueltas en urgencias sentidas.

Es importante que al igual que el paciente, el médico de segundo contacto, tanto en el servicio de urgencias o atención médico continua como en el de consulta externa, tome conciencia de la importancia de conocer, dar información oportuna para orientar al paciente como al familiar la importancia de conocer la diferencia entre una urgencia real de una sentida y de esta manera desahogar los servicios de urgencias para dar un mejor manejo eficiente a las urgencias reales.

Una vez que el paciente identifique lo que es una urgencia real de una sentida se identificara como un problema de salud pública mundial, es necesario estimar en qué proporción este problema se presenta en nuestra población, con el propósito de poder establecer nuevas estrategias orientadas a la modificación de orientar al médico como al paciente de los factores de riesgo que contribuyen de manera directa para la presentación de este problema, por lo que este estudio tiene como propósito responder a la siguiente pregunta de investigación:

¿CUALES SON LOS DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES DE URGENCIAS REALES Y SENTIDAS EN SEGUNDO NIVEL DE ATENCION?

OBJETIVOS

- **General**

Identificar los principales diagnósticos de urgencias reales y sentidas en el Servicio de Urgencias Adultos del Hospital General Zona No. 89.

- **Específico**

1. Estimar la frecuencia de presentación de las urgencias reales.
2. Estimar la frecuencia de presentación de las urgencias sentidas.
3. Describir las características sociodemográficas de los pacientes estudiados.
4. Estimar la frecuencia de presentación de las urgencias reales y sentidas de acuerdo a turno de atención.

HIPOTESIS

No aplica ya que se considera un estudio transversal descriptivo.

MATERIAL Y METODOS

- **Nombre del estudio**

Principales diagnósticos de urgencias reales y sentidas en segundo nivel de atención.

- **Diseño del estudio**

Se trata de un estudio transversal, descriptivo.

- **Universo del estudio**

Se considero el universo de estudio a todos los expedientes de los pacientes masculinos y femeninos, de la población derechohabiente que acudió dentro de los meses de Enero del 2011 a Junio del 2011 al Servicio de Urgencias Adultos del Hospital General de Zona No.89 de Guadalajara, Jalisco.

- **Tipo y tamaño de la muestra**

Tomando en cuenta que la prevalencia estimada para las urgencias reales a nivel nacional fluctúa entre un 25%, y que el Hospital General de Zona No. 89 cuenta con una población de 115 mil 850 derechohabientes, y que otorga diariamente 134 de urgencias. Por lo que otorgando un 5% de error, con una confiabilidad del 95%, nos encontramos que el tamaño de muestra es de 384 expedientes de pacientes según la fórmula de EPI INFO 2004.

- **Definición operacional de las variables**

Urgencia real: Afectación a la salud personal que desde el punto de vista clínico-medico implica riesgo a corto plazo para la vida, un órgano o la función y que requiere atención medica oportuna es decir de manera inmediata. Para fines del presente estudio solo serán considerados los siguientes diagnósticos: Sangrado de tubo digestivo, diabetes mellitus, hipertensión arterial, cólico renoureteral y colelitiasis.

Urgencia Sentida: Afectación a la salud personal que el individuo o el familiar perciben como amenazante pero que desde el punto de vista clínico-medico no implica riesgo a corto plazo para la vida, un órgano o la función. Para fines del presente estudio solo serán considerados los siguientes diagnósticos: Rinofaringitis, faringitis, trastorno funcional del colon, gastritis, diarrea sin deshidratación e infección de vías urinarias.

Sexo: Definido como masculino o femenino en base a las características sexuales de cada individuo.

Edad: Se define la edad como los años cumplidos por el individuo desde su nacimiento hasta la fecha actual.

Turno de atención: Organización, del personal y medios, que se encarga de realizar un trabajo que satisface determinadas necesidades de una comunidad: servicio médico, con base en un horario específico, para fines del presente estudio se consideraran los siguientes turnos: 1) Matutino 2) Vespertino 3) Nocturno 4) Jornada acumulada.

OPERACIONALIZACIÓN

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES					
Nombre de la variable	Tipo	Escala de Medición		Unidad de Medición	Estadísticas
Diagnostico de Urgencia Real	De resultado	cualitativa	nominal	diagnostico	Frecuencia y porcentajes
Diagnostico de Urgencia Sentida	De resultado	cualitativa	nominal	diagnostico	Frecuencia y porcentajes
Sexo	Interviniente	Cualitativa		Masculino Femenino	Frecuencia y porcentajes
Edad	Interviniente	Cuantitativa discreta		Mayores de 18 años de edad hasta 70 años de edad o más.	Media desviación estándar
Turno de atención	Interviniente	Cualitativa	Ordinal	Matutino, Vespertino. Nocturno y jornada acumulada	Frecuencia y %

- **Descripción general del estudio**

1.- Previa autorización del Comité Local de Investigación en Salud, se solicitó el apoyo a los directivos del Hospital General de Zona No. 89 para la utilización de los expedientes clínicos de los pacientes que acudieron y solicitaron atención médica en el servicio de Urgencias Adultos, con la finalidad de conocer los diagnósticos más frecuentes de las urgencias reales y sentidas, se identificaron las frecuencias de presentación de las mismas (urgencias reales y sentidas), así como sus variables demográficas.

2.- Se revisaron las hojas de registro de trabajo social.

3.- Se seleccionaron por aleatorización simple, por día y por turno los expedientes de pacientes que hayan ingresado al servicio de urgencias adultos durante el periodo del estudio.

4.- Se acudió al archivo de la unidad para solicitar los expedientes y vaciar la información requerida, se eliminaron aquellos que no contenían la información, hasta completar la muestra durante el periodo de estudio.

5.- Posterior a esto se registraron los resultados obtenidos en la hoja de recolección de datos para ser analizados en el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), los resultados de la investigación se presentarán como trabajo tesis para obtener el grado de especialización en medicina de urgencias.

- **Análisis estadístico**

La descripción de variables cualitativas se realizaron utilizando frecuencias y proporciones, para las variables cuantitativas se utilizan medidas de tendencia central o medidas de dispersión de acuerdo a la distribución de la variable.

Para el análisis estadístico será realizado en el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versión 17.0 para Windows versión 19.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El trabajo fue valorado por el Comité Local de Investigación en Salud. Es un estudio catalogado por la Ley General de Salud realizar como de clase I, por lo que no será necesario el consentimiento bajo información ya que el investigador no tendrá contacto con los investigados.

Se mantendrán los preceptos de la declaración de Helsinki y sus modificaciones posteriores.

Dicho estudio será sometido a la evaluación del comité de ética e investigación correspondiente, respetándose los aspectos de confidencialidad, autonomía, no daño y beneficio del paciente.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, se evaluaron 679 expedientes de pacientes, de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados:

Características sociodemográficas.

Sexo: En cuanto al género, se obtuvo una frecuencia de 387 de pacientes del sexo femenino (57%) y una frecuencia 292 del sexo masculino (43%).

En la tabla N° 1 se muestra la frecuencia y porcentaje en relación al sexo.

Tabla N°1: Frecuencia de pacientes en relación al sexo.

	Frecuencia	Porcentaje
Sexo Masculino	292	43.0
Femenino	387	57.0
Total	679	100.0

Fuente: Recolección de datos.

Edad: se obtuvo una frecuencia y porcentaje de la siguiente manera:

De los pacientes que acudieron a solicitar atención médica al servicio de urgencias, el género masculino tuvo una mayor frecuencia en el grupo de edad de 50 a 59 años de edad, 52 (47.7%). Y en el sexo femenino fue el grupo de edad de 18 a 29 años de edad, con una frecuencia de 22 (62.9 %).

En la tabla N° 2 se muestra la frecuencia de los pacientes por rango de edad y género.

Tabla N° 2: Clasificación de pacientes por rango de rango edad y genero.

		Edad					Total		
		18 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años	60 a 69 años		70 o mas	
Sexo	Masculino	numero	13	101	21	52	31	74	292
		% Edad	37.1%	44.3%	40.4%	47.7%	48.4%	38.7%	43.0%
	Femenino	numero	22	127	31	57	33	117	387
		% Edad	62.9%	55.7%	59.6%	52.3%	51.6%	61.3%	57.0%
Total		numero	35	228	52	109	64	191	679
		% Edad	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Recolección de datos.

Diagnósticos más frecuentes en forma global atendidos en el servicio de urgencias.

Dentro de los diagnósticos más frecuentes que motivaron la atención en el servicio de urgencias fueron: diabetes mellitus hipertensión, arterial, cólico renoureteral, colelitiasis, infección de vías urinarias, diarrea sin deshidratación rinofaringitis, trastorno funcional del colon, sangrado de tubo digestivo, gastritis y faringitis.

En la tabla N° 3 se muestra la frecuencia y porcentaje de los diagnósticos mas frecuentes en forma global atendidos en el servicio de urgencias.

Tabla N° 3: Frecuencia y porcentaje de los diagnósticos más frecuentes en forma global atendidos en el servicio de urgencias.

	Frecuencia	Porcentaje
Diagnósticos Sangrado de tubo digestivo	32	4.7
Diabetes Mellitus	153	22.5
Hipertensión arterial	100	14.7
Cólico Renoureteral	47	6.9
Colelitiasis	75	11.0
Rinofaringitis	52	7.7
Faringitis	19	2.8
Trastorno funcional del colon	39	5.7
Gastritis	24	3.5
Diarrea sin deshidratación	63	9.3
Infección de vías urinarias	75	11.0
Total	679	100.0

Fuente: Recolección de datos.

Frecuencias y porcentajes de las urgencias reales y sentidas.

Se identifico que el porcentaje para las urgencias reales fue mayor al de urgencias sentidas con un (59.9 %) correspondiendo a 407 urgencias reales y (40.1 %) correspondiendo a 272 urgencias sentidas.

Esto se muestra en la tabla N° 4.

Tabla N° 4: Frecuencia y porcentaje del tipo de urgencia (real o sentida).

		Frecuencia	Porcentaje
Urgencia	Real	407	59.9
	Sentida	272	40.1
	Total	679	100.0

Fuente: Recolección de datos.

Diagnósticos clínicos clasificados por tipo de urgencia real o sentida.

Los principales diagnósticos de urgencias reales fueron: Diabetes mellitus, hipertensión arterial, cólico renoureteral, colelitiasis y sangrado de tubo digestivo. Para urgencias sentidas fue: infección de vías urinarias, diarrea sin deshidratación, rinofaringitis, trastorno funcional del colon, gastritis y faringitis.

En la tabla N° 5 se muestra la frecuencia de los diagnóstico clínicos clasificados por tipo urgencias real o sentida.

Tabla N° 5: Frecuencia de diagnóstico clínicos clasificados por tipo de urgencia real o sentida.

		Urgencia		Total
		Real	Sentida	
Diagnósticos de urgencias	Sangrado de tubo digestivo	32	0	32
	Diabetes Mellitus	153	0	153
	Hipertensión arterial	100	0	100
	Cólico Renoureteral	47	0	47
	Colelitiasis	75	0	75
	Rinofaringitis	0	52	52
	Faringitis	0	19	19
	Trastorno funcional del colon	0	39	39
	Gastritis	0	24	24
	Diarrea sin deshidratación	0	63	63
	Infección de vías urinarias	0	75	75
	Total	407	272	679

Fuente: Recolección de datos.

Relación del sexo con el tipo de urgencia real o sentida.

El sexo femenino presento 220 (32.4 %) de urgencias reales y de sentidas 167 (24.6 %) en cuanto que el sexo masculino 187 (27.5 %) de urgencias reales y 105 (15.5 %) de urgencias sentidas.

En la tabla N° 6 se muestra la relación del sexo con el tipo de urgencia real o sentida.

Tabla N° 6: Relación del sexo con el tipo de urgencia real o sentida.

			Urgencias		Total
			Real	Sentida	
Sexo	Masculino	Número	187	105	292
		% Sexo	64.0%	36.0%	100.0%
		% Total	27.5%	15.5%	43.0%
	Femenino	Número	220	167	387
		% Sexo	56.8%	43.2%	100.0%
		% Total	32.4%	24.6%	57.0%
Total		Número	407	272	679
		% Sexo	59.9%	40.1%	100.0%
		% Total	59.9%	40.1%	100.0%

Fuente: Recolección de datos.

Prueba de Chi-cuadrada

	Valor de p
Prueba chi2	.050

Frecuencia de la edad en relación con la urgencia real.

El resultado fue de 18-29 años de edad 9 (2.2 %), 30-39 años de edad 117 (28.7 %), 40-49 años de edad 29 (7.1 %), 50 a 59 años de edad 73 (17.9 %), 60-69 años de edad 56 (13.8 %), 70 años de edad o mas 123 (30.2 %). En la Tabla N° 7 se muestra la frecuencia de la edad en relación con la urgencia real.

Tabla N° 7: Frecuencia de la edad en relación con la urgencia real

	Frecuencia	Porcentaje
Edad 18 a 29 años	9	2.2
30 a 39 años	117	28.7
40 a 49 años	29	7.1
50 a 59 años	73	17.9
60 a 69 años	56	13.8
70 o mas	123	30.2
Total	407	100.0

Fuente: Recolección de datos.

Frecuencia de la edad en relación con la urgencia sentida.

El resultado fue de 18-29 años de edad 26 (9.6 %), 30-39 años de edad 111 (40.8 %), 40-49 años de edad 23 (8.5 %), 50 a 59 años de edad 36 (13.2 %), 60-69 años de edad 8 (2.9 %), 70 años de edad o mas 68 (25.0 %).

En la Tabla N° 8 se muestra la frecuencia de la edad en relación con la urgencia sentida.

Tabla N° 8: Relación de la edad con la urgencia sentida.

		Frecuencia	Porcentaje
Edad	18 a 29 años	26	9.6
	30 a 39 años	111	40.8
	40 a 49 años	23	8.5
	50 a 59 años	36	13.2
	60 a 69 años	8	2.9
	70 o mas	68	25.0
	Total	272	100.0

Fuente: Recolección de datos.

Distribución de pacientes derechohabiente que recibieron atención medica, distribuidos por turno.

El resultado fue para turno matutino 177 (26.1 %), vespertino 202 (29.7 %), nocturno 172 (25.3 %), jornada acumulada 128 (18.9 %).

En la tabla N° 9 se muestra la distribución de pacientes derechohabiente que recibieron atención médica, distribuidos por turno.

Tabla N° 9: Distribución de pacientes derechohabiente que recibieron atención medica, distribuidos por turno.

		Frecuencia	Porcentaje
Turno de atención	Matutino	177	26.1
	Vespertino	202	29.7
	Nocturno	172	25.3
	Jornada	128	18.9
	Acumulada		
	Total	679	100.0

Fuente: Recolección de datos

Distribución de urgencias real y sentida, atendidas por turno de atención.

Para el turno matutino se obtuvo una frecuencia para reales 93 (13.7 %), sentidas 84 (12.4 %), para el vespertino fue, real 114 (16.8 %) y sentida 88 (13.0 %), nocturno fueron reales 114 (16.8 %) y sentidas 58 (8.5 %), y para la jornada acumulada fueron reales 86 (12.7 %) y sentidas 42 (6.2 %). En la tabla N° 10 se muestra la distribución de urgencias real y sentida, atendidas por turno de atención.

Tabla N° 10: Distribución de urgencias real y sentida, atendidas por turno de atención.

			Urgencias		Total
			Real	Sentida	
Turno de Atención	Matutino	Número	93	84	177
		% Turno de Atención	52.5%	47.5%	100.0%
		% Total	13.7%	12.4%	26.1%
	Vespertino	Número	114	88	202
		% Turno de Atención	56.4%	43.6%	100.0%
		% Total	16.8%	13.0%	29.7%
	Nocturno	Número	114	58	172
		% Turno de Atención	66.3%	33.7%	100.0%
		% Total	16.8%	8.5%	25.3%
Jornada Acumulada	Número	86	42	128	
	% Turno de Atención	67.2%	32.8%	100.0%	
	% Total	12.7%	6.2%	18.9%	
Total	Número	407	272	679	
	% Turno de Atención	59.9%	40.1%	100.0%	
	% Total	59.9%	40.1%	100.0%	

Fuente: Recolección de datos

Prueba de Chi-cuadrada

	Valor de p
Prueba de chi2	.013

DISCUSION

La finalidad de este estudio fue conocer los principales diagnósticos de urgencias reales y sentidas en el Hospital General de Zona N° 89.

Nuestra propuesta inicial de muestra de estudio era de 384 pero se incremento a 679, por lo que se obtuvo una frecuencia de 387 pacientes del género femenino (57 %) y 292 del género masculino (43 %).

Nuestros resultados revelaron, como principales diagnósticos clínicos de urgencias, diabetes mellitus, hipertensión arterial, colelitiasis, infección de vías urinarias, diarrea sin deshidratación, rinofaringitis, cólico renoureteral, trastorno funcional del colon, sangrado de tubo digestivo, gastritis y faringitis esto de forma decreciente.

Si observamos los diagnósticos clínicos que obtuvimos, en comparación con los diagnósticos clínicos obtenidos en el artículo “Análisis y clasificación de las urgencias hospitalarias”, del 2003, realizado por Conesa A. y Cols., como también, los obtenidos en el artículo “Morbilidad en los servicios primarios de urgencias”, del 2008, realizado por Díaz N. José y Cols., es un hecho que no coinciden nuestros resultados. Esto puede deberse a que en cada población aquejan enfermedades de acuerdo a la raza, al grupo de edad con mayor vulnerabilidad, cultura, nivel educativo de los pacientes, educación sanitaria, entre otros, como también a la información medica que se le brinda al paciente, como en donde se le puede brindar un mejor manejo a la enfermedad presente, si esta puede ser atendida en un primer nivel, o la información que tenga la población sobre las urgencias.

Como un segundo objetivo fue observar la frecuencia del tipo de urgencia (real o sentida), por lo que se obtuvo, para las urgencias reales 407 (59.9 %) y sentidas 272 (40.1 %).

Esto demostró que en el servicio de urgencias del segundo nivel de atención acuden de forma mas frecuente urgencias reales (59.9 %) en comparación con las urgencias sentidas (40.1 %), lo cual no concuerda, con lo publicado en el “Comunicado de coordinación de comunicación social, diciembre 2009, Instituto Mexicano del Seguro Social”, refiere que sólo el 25 % son “reales”, es decir, corresponden a un estado clínico del paciente que pone en riesgo su vida o la función de un órgano, mientras que el otro 75% restante representa las “sentidas”, siendo aquellas en las que el paciente o familiar las percibe como amenazantes, pero desde el punto de vista médico no implican un riesgo grave a la salud, a pesar de requerir atención médica.⁶

El cual lo describimos de la siguiente manera:

En las urgencias reales se observó la frecuencia de diabetes mellitus 153, hipertensión arterial 100, colelitiasis 75, cólico renoureteral 47, sangrado de tubo digestivo 32.

Para las sentidas la frecuencia fue de la siguiente manera infección de vías urinarias 75, diarrea sin deshidratación 63, rinoфарингитис 52, trastorno funcional del colon 39, gastritis 24 y faringitis 19.

Nuestro estudio también demostró que el género con mayor frecuencia a solicitar atención médica fue el sexo femenino. En cuanto a la frecuencia entre ambos sexos y el tipo de urgencia. Se demostró que el género con mayor tendencia a acudir al servicio de urgencias independientemente del tipo de urgencias fue el sexo femenino. Lo cual concuerda con el estudio de “Morbilidad en los servicios primarios de urgencias, del 2008, realizado por Díaz N. José y Cols.”. Esto puede deberse a que en nuestra cultura, el sexo femenino se encuentra más al pendiente de las enfermedades que la pueden aquejar en comparación con el sexo masculino ya que este es más renuente a solicitar atención médica por sí mismo y es común que este solicite atención médica inducido por sus familiares.

Los grupos de edad con mayor índice de consulta fueron los de 70 años de edad o más, seguido de los de 30 a 39 años de edad, para las urgencias reales e inversamente para las urgencias sentidas.

En cuanto a los turnos de atención, se encontró una similitud de la frecuencia, (114) de urgencias reales atendidas en los turnos vespertino y nocturno en comparación con los demás turnos. Para las urgencias sentidas se obtuvo una frecuencia de 88 en el turno vespertino, esto nos indica que el turno con mayor afluencia independientemente del tipo de urgencia, para que el paciente solicite atención médica es el turno vespertino seguido del turno nocturno para las urgencias reales. Lo cual no concuerda con el estudio “Utilización del servicio de urgencias en un hospital de especialidades, publicado en el 2000, realizado por Fajardo O. Guillermo y Col.”, ya que se menciona que el turno que cuenta con mayores atenciones médicas de urgencias reales es el turno matutino y para las urgencias sentidas el de jornada acumulada.

Lo cual nos indica que hay varios factores los que pueden influenciar a que el paciente acuda al servicio de urgencias a solicitar atención médica independientemente de que sea una urgencia real o sentida entre los que podemos encontrar que este presente un familiar, acudir después de laborar etc.

CONCLUSION

Al analizar nuestros resultados, se pudo identificar, que los principales diagnósticos de urgencias reales, atendidos en el servicio de atención médico continúa o urgencias adultos del Hospital General de Zona N° 89 fueron: Diabetes mellitus, hipertensión arterial, cólico renoureteral, colelitiasis y sangrado de tubo digestivo en forma decreciente. Los cuales conllevan a una atención médica más rápida.

Se identificaron además como principales diagnósticos de urgencias sentidas, infección de vías urinarias, diarrea sin deshidratación, rinofaringitis, trastorno funcional del colon, gastritis y faringitis.

A su vez, al momento de obtener los principales diagnósticos clínicos, atendidos en el servicio de atención médica continua o urgencias adultos del Hospital General de Zona N° 89, se observó un aumento, en la frecuencia de las urgencias reales al contrario de las de urgencias sentidas.

Por lo que nos lleva a pensar que los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, deben llevar un adecuado control de estas y de tal manera disminuir sus agudizaciones, o en caso de presentarlas, atenderlas de manera oportuna en el servicio de urgencias de cualquier nivel. De igual manera se observó que las enfermedades que no ponen en peligro la vida del paciente, pueden ser atendidas en un primer nivel de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rocha J.M. Archivos de medicina de urgencia de México, medigraphic Artemisa. Vol. 1, (Núm. 1) Mayo-Agosto 2009; 4 Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/urgencia/aur-2009/aur091b.pdf>
2. Gutiérrez LR. Unidades de observación y la práctica de la medicina de urgencia. Revista Mexicana de Medicina de Urgencias 2002; 1: 26-27.
3. Quizaman Martinez R, Neri Moreno M. Padecimientos más frecuentes atendidos en el servicio de Urgencias Pediátricas en un hospital de tercer nivel. Tomado el día 7 de Julio 2011 de la pagina: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no51-1/RFM051000101.pdf>
4. Coordinación de comunicación social. Instituto Mexicano del Seguro Social. 26 de febrero de 2009. No. 66.
5. Instituto Mexicano del Seguro Social. Delegación Chihuahua. Servicio de Urgencias. Tomado el día 24 de julio del 2010:
<http://www.imss.gob.mx/Delegaciones/Chihuahua/urgencias/servurg.htm>
6. Comunicado de coordinación de comunicación social. Instituto Mexicano del Seguro social. 8 de diciembre del 2009. No. 368.
7. División Técnica de Información Estadística en Salud. Dirección de Prestaciones Médicas, Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44 (3):261-273
8. Coordinación de atención a quejas y orientación al derechohabiente. Instituto Mexicano del seguro social. Mayo a Junio del 2008. No. 13.
9. Instituto Mexicano del Seguro Social. Delegación Coahuila. Servicio de Urgencias. Tomado el 30 de septiembre del 2010.
http://www.imss.gob.mx/DELEGACIONES/COAHUILA/URGENCIAS_COAH.HTMURGENCIAS
10. Sánchez Padilla LM, Albert Cabrera MJ, Rey Hernández ME, Rodríguez Rodríguez W, Suzarte Portal J, Tirado Bientz JI, et al. Prevalencia de urgencias médicas en adultos de 20 a 49 años. Policlínico 26 de julio. 1er trimestre 2007. Tomado el día 7 de Julio del 2011 de la Rev Electr Portalesmedicos.com.
11. Fajardo Ortiz G., Ramírez-Fernández F.A.. Utilización del servicio de urgencias en un hospital de especialidades. Cir Ciruj 2000; 68: 164-168

12. Pereda J. Díaz I. Pereda R. Urgencias clínicas. Comportamiento según su gravedad. Rev Cuban Med Gen Integr 2001;17(4):329-35
13. Pereda J. Díaz I. Pereda R. Sosa A. “Filtro sanitario” en las urgencias médicas. Un problema a reajustar. Rev Cubana Med V40 n.3 ciudad habana jul.-set.2001: 1-8
14. Conesa A. Vilardell L. Muñoz R. Casanellas J.M. Torre P. Gelabert G. Trilla A. Asenjo M.A. Analisis y clasificación de las urgencias hospitalarias mediante los Ambulatory Patient Group. Gac Sanit 2003; 17(6) 447-52
15. Díaz Novas J. Guinart Zayas N. Morbilidad en los servicios primarios de urgencias. Rev Cubana Med Gen Integr 2008; 24(1)

ANEXOS

- 1) Carta de consentimiento informado.
- 2) Tablas de recolección de datos.
- 3) Cronograma de actividades

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

No aplica, ya que se va a realizar un estudio transversal descriptivo y no se tendrá contacto con pacientes.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

DIAGNOSTICOS MÁS FRECUENTES DE URGENCIAS REALES Y SENTIDAS EN SEGUNDO NIVEL DE ATENCION

NOMBRE DEL PACIENTE:	
No. DE AFILIACION:	
SEXO:	EDAD
TURNO DE ATENCION: (Matutino) (Vespertino) (Nocturno) (Jornada Acumulada)	
DIAGNOSTICO CLINICO:	
URGENCIA REAL:	URGENCIA SENTIDA:

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE PROYECTO 2010 - 2012

Actividad	Jul. 2010	Ago. 2010	Sep. 2010	Oct. 2010	Nov. 2010	Dic. 2010	Ene. 2011	Feb. 2011	Mar- Jun 2011	Jul- Dic 2011	Ene 2012	Feb 2012
Selección y delimitación del tema.	P/R											
Búsqueda de bibliografía.		P/R										
Elaboración de marco teórico.		P/R										
Justificación planteamiento del problema y objetivos.			P/R									
Variables, material y métodos y análisis estadístico.					P/R							
Aspectos éticos y consentimiento informado.							P/R					
Presentación al comité de investigación y ética.								P/R	P/R			
Ejecución (recolección de datos con aplicación de encuestas).									P/R			
Análisis de la información.										P/R		
Interpretación de los resultados.										P/R		
Conclusión de la investigación.										P/R		
Elaboración de la tesis de postgrado.										P/R		
Entrega de la tesis de postgrado.										P/R		

Abreviaturas: P=Programado, R=Realizada