



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 03

DELAGACION JALISCO.

**MOTIVOS DE RETRASO DE LA ATENCIÓN A URGENCIAS REALES EN
LA UMF 03.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.



PRESENTA:

ABISAY ZAYAS MORALES.

INS
COORD. CLÍNICA
Y EDUC. E INVEST
EN SALUD UMF 3

Registro de autorización:

R-2020-1305-121

ASESORES DE TESIS

DRA. DRA. EDNA G. DELGADO QUIÑONES.

DRA. GUADALUPE ISABEL LIVIER GUTIÉRREZ AYALA.

GUADALAJARA, JALISCO. FEBRERO DEL 2022.



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.

**MOTIVOS DE RETRASO DE LA ATENCIÓN A URGENCIAS REALES EN LA UMF 03.
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.**

PRESENTA:

ABISAY ZAYAS MORALES
AUTORIZACIONES:

DRA. GABRIELA GUTIERREZ GARCIA.



PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA
MÉDICOS GENERALES EN UMF 3 DELEGACION ESTATAL JALISCO.

DRA. GUADALUPE ISABEL LIVIER GUTIÉRREZ AYALA.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA
MEDICOS GENERALES DEL IMSS UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 53, GUADALAJARA,
JALISCO.

ASESOR DE TESIS

DRA. EDNA G. DELGADO QUIÑONES.

PROFESOR MÉDICO DEL CENTRO DE SIMULACION PARA LA EXCELENCIA CLÍNICA Y
QUIRÚRGICA JALISCO.

ASESOR DE TESIS

DRA. ROSALBA OROZCO SANDOVAL.

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UMF 3.
DELEGACION ESTATAL JALISCO.

GUADALAJARA, JALISCO. FEBRERO DEL 2022.

MOTIVOS DE RETRASO DE LA ATENCIÓN A URGENCIAS REALES EN LA UMF 03.
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

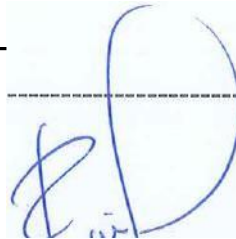
ABISAY ZAYAS MORALES

AUTORIZACIONES:

DR. EMILIO MISAEL BARRAGAN BARRIGA.



COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN DELEGACIÓN JALISCO.



DR. LUIS RAÚL PACHECO VALLEJO.

COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL DELEGACIÓN JALISCO.

GUADALAJARA, JALISCO. FEBRERO DEL 2022.

**MOTIVOS DE RETRASO DE LA ATENCIÓN A URGENCIAS REALES EN LA
UMF 3**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ABISAY ZAYAS MORALES

AUTORIZACIONES



**DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INV ESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**

AGRADECIMIENTOS:

- Gracias a Dios por permitirme ver y ser parte del cumplimiento de sus promesas.
- Agradezco infinitamente la oración continua de un Gran Apóstol de Dios.
- A el Instituto Mexicano del Seguro Social donde me he formado y donde eh recibido apoyo de todo tipo.
- Gracias Infinitas a mis Directores de Tesis por apoyarme en este proyecto, a mis Profesoras que contribuyeron de todas las formas posibles en este proyecto; por su paciencia, experiencia, conocimiento y tiempo para perfeccionar este trabajo de investigación.
- A los pacientes que me otorgaron su consentimiento para poder ser parte de este trabajo.
- A mis colaboradores, amigos y compañeros que me ayudaron de manera moral, directa e indirecta para poder hacer más breve este trabajo, gracias a todos ustedes por ese aporte.
- A mi familia; por su apoyo incondicional y continuo.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **1305**.

Centro de Investigación Biomédica de Occidente (CENTRO DE INVESTIGACION BIOMEDICA 01)

Registro COFEPRIS 17 CI 14 039 030

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA152011 22

FECHA Lunes, 14 de septiembre de 2020

Dr. Abisay Zayas Morales

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **MOTIVOS DE RETRASO DE LA ATENCIÓN A URGENCIAS REALES EN LA UMF 3** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, 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 **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2020-1305-121

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. José Sánchez Corona
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1305


DR. LUIS E. FIGUERA
DIVISIÓN GENÉTICA
CIBO IMSS
MAT. 11412607 D.G.P 10138065

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS

ÍNDICE

RESUMEN:	08.
MARCO TEÓRICO:	09.
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	15.
JUSTIFICACIÓN:	16.
OBJETIVOS:	17.
HIPÓTESIS:	17.
MATERIAL Y MÉTODOS:	18.
CRITERIOS DE SELECCIÓN:	18.
VARIABLES:	19.
PROCEDIMIENTO:	22.
ASPECTOS ÉTICOS:	23.
ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD:	24.
RESULTADOS:	25.
DISCUSION:	39.
CONCLUSIONES:	40.
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:	43.
ANEXOS:	49.

RESUMEN

ANTECEDENTES

En nuestro país existe poca o nula regulación sobre la atención a las urgencias reales y sentidas, convirtiendo la atención de éstas en un problema. En la actualidad los servicios de urgencias siguen colapsados con un tiempo de espera largo. Existen dos tipos de urgencias, la urgencia verdadera que es la que pone en peligro la vida o función de un sistema u órgano y la urgencia sentida en la que el paciente supone que amerita atención médica.

En 1966, Weirnerman y cols. Publicaron la primera descripción sistemática del uso civil de Triage. A fin de clasificar a los pacientes y admitir primero a aquellos con riesgo para la vida; según la guía de práctica clínica el sistema de Triage debe ser aplicable a la realidad local, entendido como una herramienta que ayuda al personal de salud a realizar la labor de priorizar la atención de los pacientes según su gravedad y riesgo.

OBJETIVO

Describir los motivos de retraso de la atención a urgencias reales en la UMF 03 Jalisco.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio transversal, descriptivo observacional con una muestra aleatoria de 500 pacientes mayores de 18 años que acudieron al servicio de Atención Médica Continua de la UMF 03 en el mes de enero del 2021. La información se obtuvo de ARIMAC y nota médica inicial del expediente electrónico. Por medio de una cedula de recolección de datos, omitiendo el consentimiento informado previa autorización del CLIS.

RESULTADOS: Se encontró que 51.6% de los pacientes acudieron con urgencia Real, y 48.4% con urgencia sentida. El 40.4% corresponde a pacientes del sexo masculino; y 59.6% del sexo femenino. El 100% de los pacientes no son clasificados por color o nivel de prioridad. El 81.6% de los pacientes se les atendió en tiempo y forma; 4.8% esperaron más de lo establecido, y 13.6% no se puede documentar su demora. 14 motivos de consulta se incluyeron en la cedula de recolección de datos. Consultaron 14.6% por tos, traumatismos 12.8%, dolor abdominal 9.8%, afecciones neurológicas 0.4%, 43.6% consulto por otras patologías no incluidas en los rubros anteriores a los que le llamamos otros motivos.

CONCLUSIONES: En la base de datos de ARIMAC y nota médica inicial no se clasifica la urgencia por color o nivel de prioridad solo conocidas como real o sentida. No se logra documentar retraso a la atención de urgencias.

MARCO TEÓRICO.

Nuestro estudio se centrará en el Servicio de Atención Médica Continua de la Unidad de Medicina Familiar 03 Guadalajara Jalisco, es un servicio abierto las 24 horas del día; y los 365 días del año, con un equipo médico conformado por: médicos adscritos especialistas en medicina familiar, residentes de medicina familiar, enfermeras y asistentes.

El Servicio de Atención Médica debe otorgar atención al usuario que lo solicite, de manera expedita, eficiente, y eficaz, con el manejo que las condiciones del caso requiera, así lo dicta la Norma **NOM-206-SSA1-2002**, en su apartado **5.1** Los establecimientos de atención médica de los sectores público, social o privado, cualquiera que sea su denominación, que cuenten con servicio de urgencias, deben otorgar atención médica al usuario que lo solicite, de manera expedita, eficiente y eficaz, con el manejo que las condiciones del caso requiera (1).

La Norma Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico define atención médica en su apartado. **4.1 Atención médica**, al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud (2).

También define urgencia en su apartado **4.11**. Urgencia, como todo problema médico - quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, o la pérdida de un órgano o una función, y requiera atención inmediata (2).

La **NOM-206-SSA1-2002**, nos define servicio de urgencias en su apartado:

4.3 Servicio de urgencias, al conjunto de áreas y equipamiento destinados a la atención de urgencias, ubicados dentro de un establecimiento de atención médica. **Y atención médica ambulatoria** definida en el apartado **4.4** Tipo de establecimiento de atención médica no hospitalaria de primer contacto, todo aquel, público, social o privado, cualquiera que sea su denominación, que preste servicios

de atención médica ambulatoria y que no requiere manejo especializado, ni recursos complejos de diagnóstico y tratamiento (1).

A nuestro servicio de atención médica ambulatoria (así definida en el párrafo anterior) llegan pacientes con sensación de Urgencia Médica, en eso encontramos dos grupos:

Aquellos pacientes que tienen un padecimiento agudo y/o agudización de un padecimiento crónico que pone en peligro la vida o la función de un órgano (2).

Los que tienen sensación subjetiva de urgencia y que no tienen en peligro su vida o la función de un órgano.

Para poder brindar la atención medica de manera precoz, eficaz, inmediata, rápida y segura, es necesario realizar una rápida evaluación y clasificación llamada **TRIAGE**, que permite establecer un orden de prioridad de atención de acuerdo con el grado de compromiso vital y/o afección a un órgano (3,4).

Esta clasificación lleva implícito la asignación del código de colores o niveles de prioridad establecidos internacionalmente. Rojo ante un compromiso vital que obliga un tratamiento reanimador inmediato de un paciente grave, crítico y recuperable; constituye la primera prioridad. Amarillo si hay compromiso vital y es posible el desarrollo de complicaciones en pocas horas que puede comprometer la vida, pero se dispone de tiempo para instituir el tratamiento. Es un paciente grave pero estable; constituye la segunda prioridad. Verde se aplica al paciente que puede esperar sin que exista afección vital, es un paciente estable; con condiciones que considera como prioritaria, en esta encontramos situaciones médico-administrativas, medico legales, no existe tiempo límite para su atención; constituye la tercera prioridad (3,4).

Esta clasificación de pacientes es útil cuando tenemos que enfrentar alta demanda de atención médica a un número elevado de pacientes, también aplicada ante desastres o fenómeno natural. Es aquí donde también vemos la clasificación de otro color el negro para pacientes agónicos no recuperables y fallecidos (3).

Ejemplos de diagnósticos en pacientes con tercera prioridad también llamada urgencia no calificada son: cefalea leve, gastroenteritis sin deshidratación y con tolerancia a la vía oral, contusiones menores, contusiones no recientes, patología crónica no agudizada, pacientes recomendados, patologías infecciosas que no requieren hospitalización (4).

Diagnósticos con urgencia calificada (real) en primera prioridad asignado el color rojo: Paro Cardiorrespiratorio presenciado, pacientes que a su llegada vienen en Reanimación Cardio-Pulmonar, Pérdida del estado de alerta, Focalización Neurológica, Pérdida aguda de la Visión, Dificultad Respiratoria aguda y/o en reposo, Dolor torácico y Diaforesis en paciente con antecedentes cardíacos, Palidez y Diaforesis, Taquicardia e Hipotensión, Pulso ausente en extremidad, fría, dolor con cambios de coloración, Trauma Mayor, Hemorragia Profusa, Quemadura de más del 20% de la Superficie Corporal Total (SCT) o eléctrica o áreas especiales, episodios convulsivos, complicaciones graves en las distintas etapas de la gestación, heridas con arma blanca o de fuego, (4, 5).

Diagnósticos con urgencia calificada en la segunda prioridad codificadas en color amarillo: Cefalea sin signos neurológicos, Déficit neurológico mayor a seis horas, Obstrucción de la vía aérea incompleta, Dificultad respiratoria moderada, dolor torácico atípico, dolor abdominal agudo, hematuria franca, deshidratación moderada, trauma menor, hemorragia moderada sin repercusión hemodinámica, paciente con quemadura de menos del 20% Superficie Corporal Total, efectos secundarios leves a absorción de fármacos y/o sustancias (4).

TRIAGE PEDIÁTRICO.

Lo anteriormente comentado sale parcialmente del contexto en la población pediátrica, ya que tiene diferentes características clínicas, presentando las suyas propias, aunque las anteriores escalas se han tratado de adaptar a esta población, los pacientes pediátricos generalmente consultan con urgencia que es clasificada en los niveles de urgencia menor y no urgencia. Es muy poco probable que los pediátricos se concentren en primer nivel (primera prioridad/rojo); esta población

tendrá también menor complejidad para un mismo nivel de urgencia; así como menor tiempo de estancia y menor consumo de recursos, menor índice de ingreso hospitalario en comparación con el mismo nivel de urgencia de la población adulta. La visita a un centro de urgencias de la población infantil es predominantemente por procesos infecciosos y febriles (6).

A los servicios de urgencias llegan paciente con urgencias no calificadas lo que limita garantizar la atención oportuna al paciente con urgencia real o calificada, produce además efectos negativos en la calidad de los servicios de emergencia así como elevar los costos generalmente, con más frecuencia quien solicita atención de urgencias en forma inadecuada son los jóvenes (7, 8,9); y de estos mujeres (8,10). Llegan también a estos servicios sin hoja de referencia (no haber sido evaluados por un profesional previamente (8).

En nuestro país no existe un documento que norme en el sistema nacional de salud la diferencia entre urgencia real y sentida.

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 requiera una atención inmediata» (11,12).

Villatoro Martínez A. en su documento acerca de definiciones básicas en medicina de urgencia, menciona ambos conceptos.

Define **urgencia médica real** a todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, o la pérdida de un órgano o una función y requiera atención inmediata.

Es todo padecimiento de orden agudo o crónico agudizado, que produce una descompensación súbita del funcionamiento del organismo que condiciona discapacidad permanente o evolución a la muerte, y que requiere de atención

inmediata (Diario Oficial de la Federación México, diciembre 7, de 1998 inciso 4.9). (13).

Urgencia Médica Sentida. Es todo padecimiento de orden agudo o crónico agudizado, que el paciente percibe o siente que amenaza su vida. Casi nunca es grave y puede ser atendido por consulta externa (13).

Quizamán M. R, Neri. Definen Urgencias reales, son aquellas enfermedades o accidentes que se deben atender de inmediato, ya que corre peligro la vida del paciente en ese momento. Urgencias «sentidas», implica que el afectado de cierta manera, se encuentra estable (14). La urgencia sentida o real depende de las características del usuario, el acceso o disponibilidad a los servicios de consulta externa y, en general a la aceptabilidad de la atención médica que se proporciona en las instituciones de salud. Nos hace referencia al uso inapropiado de los servicios de urgencias en Hong Kong (15).

A nivel mundial se reportan elevadas tasas de uso inapropiado de los servicios de emergencias, hasta de 24,2% en un reporte de Norteamérica, citando como causas el difícil acceso a la atención primaria (citas prolongadas o cortos tiempo de consulta) o problemas con la educación del paciente. En nuestro país e Inglaterra, considerados con buenos sistemas de atención primaria de salud, continúa incrementándose la demanda y los servicios de urgencias cada vez más superpoblados, muchas veces, la emergencia es un sustituto de la atención primaria en consulta externa, aunado al uso inadecuado de los servicios de urgencias por los derechohabientes. (16).

Se reporta que el horario de mayor demanda a los servicios de urgencias es en turno matutino y en días laborales. (16)

Existen escasas publicaciones que revelen la realidad de la demanda de los servicios de emergencia en el país; se han reportado que de 15.1 millones de consultas en el servicio de urgencias. Las mujeres adultas solicitan el servicio de urgencias hasta en un 54.5 % del total de las consultas. 41 % se otorgó al grupo

de 20 a 59 años, seguido por el de adultos mayores (29.5 %) y niños de 0 a 9 años (23 %). (08,10,16,17).

En cuanto al nivel de atención, 52.4 % de las atenciones otorgadas se realizó en el segundo nivel seguido por medicina familiar 6.5 millones de consultas de urgencias (43.1 %). (17).

Tras valorar al paciente en urgencias, establecer su diagnóstico y plan terapéutico, el médico de urgencias invertirá tiempo para expedir la incapacidad temporal para el trabajo. Se considera incapacidad temporal para el trabajo, la pérdida de facultades o aptitudes físicas o mentales que imposibilitan parcial o totalmente al asegurado para desempeñar su actividad laboral habitual por algún tiempo (18). Este es un documento médico legal, que expide en los formatos oficiales el médico tratante o el estomatólogo del Instituto al asegurado, para hacer constar la incapacidad temporal para el trabajo y que, al expedirse, producirá los efectos legales y administrativos correspondientes de protección al trabajador (19). La expedición de estos certificados únicamente los podrá efectuar el médico tratante o estomatólogo y en ejercicio de sus funciones y durante su jornada de trabajo, salvo las excepciones previstas (20). El médico adscrito a los servicios de urgencia podrá expedir certificados de incapacidad temporal para el trabajo, únicamente por el plazo de uno a tres días (21).

Por lo general, cuando un riesgo laboral le ocurre a algún trabajador de la empresa, éste acude a su Unidad de Medicina Familiar (UMF) para recibir la atención médica necesaria y el médico de urgencias le proporciona el formato *ST-7, **Aviso de atención médica y calificación de probable accidente de trabajo***, a fin de que se lo haga llegar a su patrón para que a su vez llene los campos correspondientes donde deberá describir los hechos tal como ocurrieron, a fin de proporcionarle al médico del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) los elementos suficientes para calificar el siniestro. Cumpliendo así con la ley del seguro social (22).

El instituto Mexicano del Seguro Social en los servicios de urgencias hace uso del TRIAGE como una herramienta objetiva que permite medir, evaluar y mejorar el funcionamiento y el rendimiento de los servicios de Urgencias, estructurado en la clasificación de cinco niveles. La asignación de dichos debe tomarse en función de decisiones objetivas, apoyarse en algoritmos y sistemas informáticos que automaticen estas decisiones, se aplique por el personal de salud y permita clasificar la urgencia dentro de la escala tanto para subir o bajar la prioridad de atención (23).



IMAGEN 1: clasificación triage manchester

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestro país no se cuenta con mediciones sistemáticas y sólidas de los tiempos de espera para la atención médica por lo que no se tiene una escala de medición. La información sobre tiempos de espera según se clasifique la urgencia al paciente permitiría mejorar la eficiencia de los servicios. Pues es de dominio público la sobrepoblación de los servicios de urgencias en virtud de la definición de la **NOM-206-SSA1-2002**. No se puede negar la atención de urgencia a los pacientes; solo que no define entre la urgencia real y la sentida (calificada o no), por lo que todo paciente que se presente a un servicio de urgencia deberá ser atendido (1,25).

Entre ellos encontraremos pacientes con urgencia sentida, pacientes que acuden a levantar probable riesgo de trabajo e incapacidad inicial, pacientes rezagados del turno previo, pacientes que solicitan incapacidad médica temporal para el trabajo, a quienes se les invertirá tiempo y dedicación.

Por lo tanto, surgió la siguiente pregunta:

¿CUALES SON LOS MOTIVOS DE RETRASO DE LA ATENCIÓN A URGENCIAS REALES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 03 JALISCO?

JUSTIFICACIÓN

Es un problema serio el retraso en la atención médica en los servicios de urgencias por lo que debemos conocer la capacidad de nuestro servicio desde el punto de vista infraestructura, población, así como su morbilidad (24).

Sobre saturar el servicio de urgencias con un cumulo de paciente con urgencia no calificada (sentida), el número de médicos en el servicio (16, 24), realizar papelería respecto al riesgo de trabajo (ST 7 e incapacidad inicial) (18,19,20.21.22), y pacientes rezagados del turno previo; disminuye la disponibilidad de la atención, produce efectos negativos en la paciencia del paciente, eleva los costos, altera la buena relación médico paciente al perder la calma tanto el paciente como los familiares de los mismos que desesperan por tiempos prolongados de espera. No existe información suficiente a la población en general para que ubique su urgencia, y tenga la disposición de esperar cómodamente su turno de atención, en el entendido que su problema de salud no pone en riesgo su vida ni la función de un órgano (4,5,11,12,13) por lo que al llegar a los servicios de urgencias que en general están sobre saturados (16) los desespera, exigiendo su atención llegando a presionar al personal de salud que labora en estos servicios de urgencias. Motivo por el cual consideramos que este estudio puede proporcionar información importante para abordar el problema y mejorar el rendimiento de nuestro sistema de salud.

OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL

Describir los motivos de retraso de la atención a urgencias reales en la UMF 03 Jalisco.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1 Identificar la frecuencia de Urgencias Reales en el Servicio de Atención Medica Continua (urgencias) de la Unidad de Medicina Familiar 03 Guadalajara.

2 Identificar la frecuencia de Urgencias no Calificadas (sentidas) en el servicio de Atención Medica Continua (urgencias) de la Unidad de Medicina Familiar 03 Guadalajara.

3 Identificar a los pacientes por grupo de edad y género que acudan más frecuentemente al servicio de urgencias de nuestra unidad.

4 Identificar clasificación de TRIAGE.

5 Identificar tiempo de espera según la clasificación de escala de TRIAGE.

6 Identificar motivos de consulta según la clasificación de TRIAGE.

7 Identificar tipo de urgencia en relación a tiempo de espera según la clasificación de la escala de TRIAGE.

HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo

Este estudio no requiere de hipótesis.

METODOLOGIA

DISEÑO DEL ESTUDIO

Es un estudio transversal, descriptivo. Los datos se obtienen de **ARIMAC**.

SEDE DEL ESTUDIO

Servicio de Atención Medica Continua (Urgencias) de Unidad de Medicina Familiar 03 Guadalajara Jalisco. Del Instituto Mexicano Del Seguro Social.

UNIVERSO DE ESTUDIO

Pacientes mayores de 18 años que reciben atención médica de urgencia atendidos a partir que el protocolo fue aprobado por el comité para iniciar el proceso de recolección de datos, Unidad de Medicina Familiar 03 Guadalajara Jalisco.

TAMAÑO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Muestreo no probabilístico por conveniencia donde se incluirá a todos los pacientes mayores de 18 años que acudan al servicio de Atención Medica Continua de la UMF 3 y que cumplan con los criterios de selección durante el periodo de 01de Enero al 31 de enero del 2020.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

Pacientes adultos que solicitan servicio de Atención Medica Continua (urgencias) de la UMF 3.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes adultos que acuden al servicio de Urgencias (atención médica continua) de UMF 03 Jalisco del 01de enero al 31 de enero del 2020.

Pacientes mayores de 18 años. Ya que la clasificación de Triage en la población pediátrica varía el nivel de prioridad. Y no pertenecen a la clase trabajadora.

Pacientes derechohabientes del IMSS. Adscritos a UMF 03.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

-Pacientes con padecimientos ginecológicos y obstétricos.

- Pacientes menores de 18 años.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

- Pacientes que ingresan ya fallecidas sin indicación para iniciar maniobras de Reanimación-Cardio-Pulmonar.

VARIABLES

Variable Independiente

Urgencia Real.

Urgencia Sentida.

Variable Dependiente

Motivos de retraso en la atención médica.

Variables Intervinientes

Edad, género, nivel de prioridad según Triage, factores de comorbilidad, signos vitales, estado de conciencia (Glasgow), tiempo de evolución en solicitar atención médica, tiempo de espera.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Variable	Definición	Tipo de variable	Escala de Medición.	Estadístico Descriptivo	Prueba estadística
Edad	Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de la atención médica.	Cuantitativa ordinal	Mayor de 18 años.	Frecuencias y porcentajes.	T de Student.
Género	Características físicas que diferencian al masculino del femenino.	Cualitativa dicotómica	Masculino. Femenino.	Frecuencias y porcentajes.	Chi cuadrado.
Clasificación Triage	Selección de pacientes por colores según su nivel de prioridad.	Cualitativa nominal	Rojo. Amarillo. Verde. No clasificado.	Frecuencias y porcentajes.	Chi cuadrado.
Factores de comorbilidad	Factores que favorecen complicaciones	Cualitativa Nominal.	Diabetes mellitus. Hipertensión arterial sistémica. Cáncer. EPOC. Otros.	Frecuencias y porcentajes.	Chi cuadrado.
Tiempo de espera para ser atendido según la	Es el tiempo que el paciente tiene que esperar desde que el paciente llega al servicio de	Cuantitativa nominal.	Dentro de tiempo establecido.	Frecuencias y porcentajes	T de Student.

clasificación de escala de TRIAGE.	urgencias hasta que recibe la atención médica.		Más del tiempo establecido. No se puede documentar.		
Tipo de urgencia.	Atención médica solicitada en el servicio de urgencias que puede ser real si el problema médico-quirúrgico agudo pone en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata; o sentida a todo padecimiento de orden agudo o crónico agudizado que el paciente percibe o siente que amenaza vida, casi nunca es grave y puede ser atendido por consulta externa	Cualitativa. Nominal. Dicotómica.	Urgencia Real. Urgencia Sentida.	Frecuencias y porcentajes.	Chi cuadrado
Motivo de consulta.	Todo aquel padecimiento que motivó al paciente a acudir al servicio de urgencias.	Cualitativa Nominal.	Disnea, tos, dolor abdominal, dolor torácico, cefalea, alteraciones neurológicas, síndrome	Frecuencias y porcentajes.	Chi cuadrado.

			febril, síndrome diarreico, hemorragias, traumatismos , heridas, quemaduras, intoxicacione s, otros.		
--	--	--	--	--	--

PROCEDIMIENTO.

El estudio se realizó en la UMF 03 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en los pacientes que cumplen con los criterios de inclusión, los cuales fueron mayores de 18 años de ambos sexos que acudieron por cualquier motivo a solicitar valoración médica al servicio de urgencias, (Atención Médica Continua) obteniendo la información de la base de datos ARIMAC, debido a que en ésta base de datos no encontramos la clasificación de triage por color o nivel de prioridad se recurrió a la nota médica inicial del expediente clínico electrónico; donde tampoco se encontró tal clasificación.

Durante el desarrollo de la investigación se modifica la cedula de información en los siguientes rubros:

Cambio en la operacionalización de la variable tiempo de espera de ser cuantitativa ordinal a cuantitativa nominal, el tiempo no se midió en minutos de espera sino en grupos; los que se atendieron dentro del tiempo establecido según su nivel de prioridad, los que se atendieron en un tiempo mayor a lo establecido según el nivel de prioridad y un tercer grupo donde no se pudo documentar por alguna situación como el no contar con nota médica, no registrarse en la base de datos, no conocerse.

En los motivos de consulta se agregó **otros motivos** que incluye: amigdalitis, afección dental, lumbalgias, gingivitis, gonartrosis, etc.

Se modificó la operacionalización de variable edad de media moda y mediana a frecuencias y porcentajes; la recolección de datos no se distribuyó en grupos por no ser simétricos y no contar con límite de edad. Por lo que se realizó en años a partir de los 18.

Una vez obtenida la información se analizaron los datos por medio de estadística descriptiva procesada en el programa estadístico SPSS versión 25.0 para Windows.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las variables cuantitativas se describen mediante media, mediana y moda, y se usará para comparar la prueba T de Student, las variables cualitativas se describirán mediante frecuencias y porcentajes, para comparar se hará prueba de Chi cuadrado. Para estimar la dispersión de los datos se usará varianza y desviación estándar. Se estimará el RR entre la variable dependiente y las demás variables para tratar de establecer su relación con la presencia o no de paciente con urgencia sentida. El análisis se realizará mediante un equipo de cómputo con interpretación del análisis estadístico SPSS para Windows versión 25 2018. Se utilizará estadística descriptiva e inferencial, X2 para diferencias en grupos con error del 5% y una confianza el 95%.

PRUEBA PILOTO

No aplica para este estudio.

CONSIDERACIONES ETICAS

El estudio fue evaluado por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud (CLIEIS).

El presente estudio se apega al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (Titulo segundo, De los Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capitulo 1 artículos 13, 14, 16, y 17), a la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial (con última modificación en octubre del 2014), así como los códigos nacionales e internacionales vigentes para la buena práctica de la investigación clínica.

RIESGOS:

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo, de los aspectos éticos de la Investigación en Seres Humanos. Capítulo 1 Artículo 17, Fracción II, este proyecto se clasifica como investigación sin riesgo o tipo I, ya que se obtuvo información de base de datos de la plataforma ARIMAC y los datos obtenidos se vacían a una hoja de recolección de datos con número de folio, sin nombres ni número de seguridad social, por lo que son anónimos. Debido a esto, el estudio no representó riesgo directo para los pacientes.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

La información recolectada de la plataforma electrónica ARIMAC y nota medica inicial se vacían a una hoja de recolección de datos con número de folio, sin nombres ni número de seguridad social, por lo que serán anónimos.

RESULTADOS.

DESCRIBIR MOTIVOS DE RETRASO DE LA ATENCION A URGENCIAS REALES EN LA UMF 03 JALISCO.

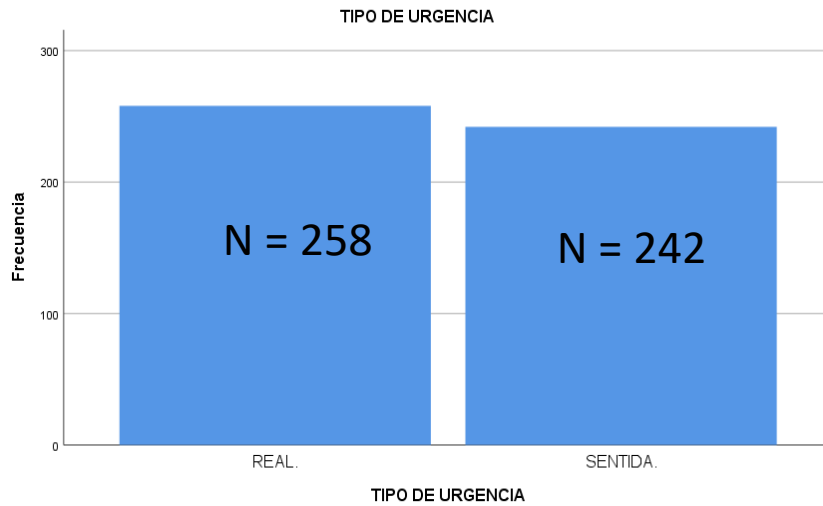
Identificar la frecuencia de Urgencias Reales en el Servicio de Atención Medica Continua

CUADRO 1.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	REAL.	258	51.6
	SENTIDA.	242	48.4
	Total	500	100.0

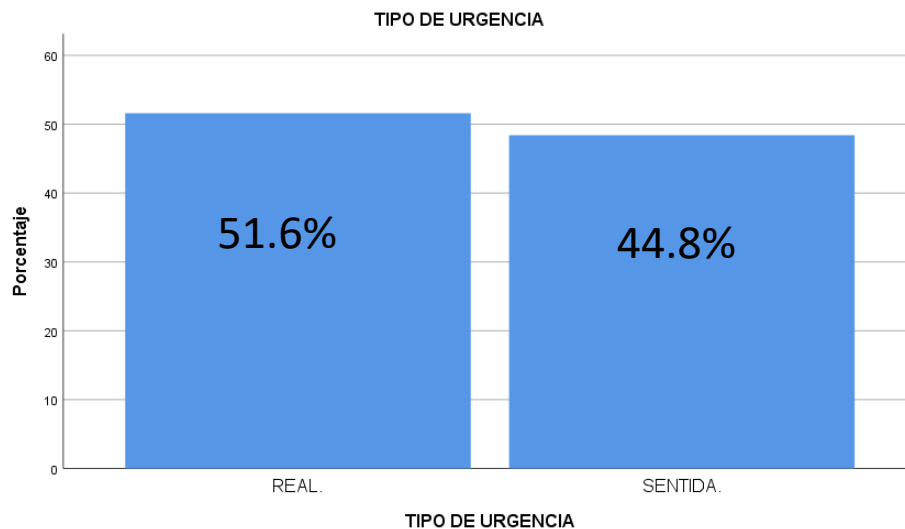
En el cuadro No. 1 presenta las variables cualitativas Urgencia Real y Sentida en frecuencia y porcentaje de la muestra de 500 pacientes. 258 pacientes (51.6 %) con Urgencia Real y 242 (48.4%) pacientes con Urgencias Sentida.

GRAFICA I. FRECUENCIA URGENCIA REAL VS. SENTIDA.



Grafica No. 1 presenta las variables cualitativas Urgencia Real y Sentida en frecuencia de la muestra de 500 pacientes. 258 pacientes con Urgencia Real y 242 pacientes con Urgencias Sentida.

GRAFICA 2. PORCENTAJE DE URGENCIA REAL VS. SENTIDA.



Grafica No. 2 presenta las variables cualitativas Urgencia Real y Sentida en porcentaje de la muestra de 500 pacientes. (51.6 %) con Urgencia Real y (48.4%) con Urgencia Sentida.

CUADRO 2.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	18	4	.8
	19	2	.4
	20	11	2.2
	21	13	2.6
	22	6	1.2
	23	8	1.6
	24	8	1.6
	25	10	2.0
	26	12	2.4
	27	9	1.8
	28	12	2.4
	29	12	2.4
	30	11	2.2
	31	10	2.0
	32	11	2.2
	33	6	1.2
	34	8	1.6
	35	5	1.0

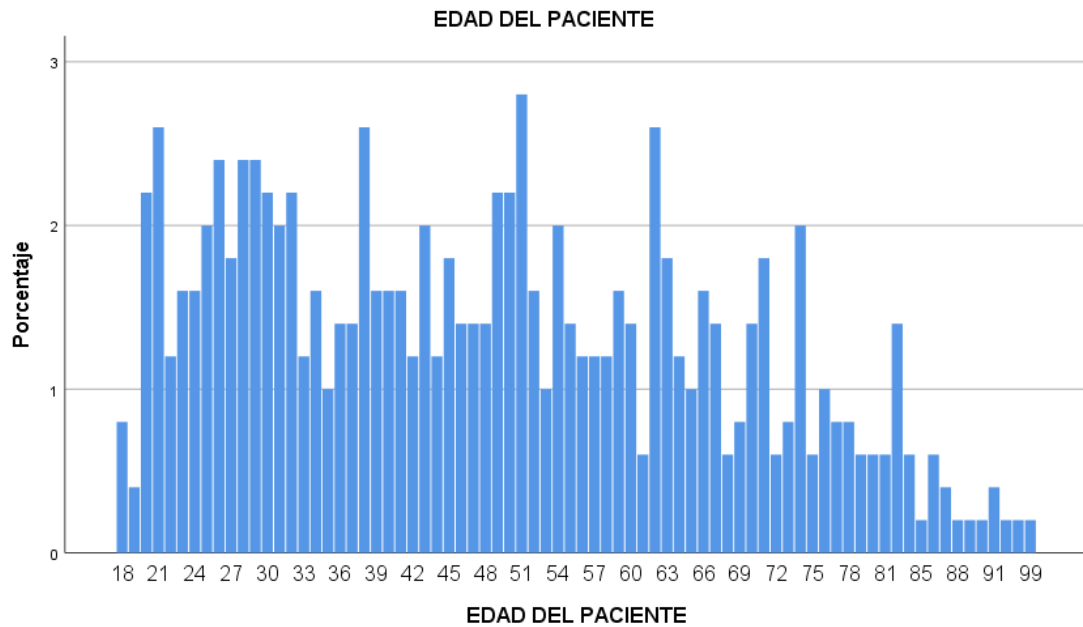
36	7	1.4
37	7	1.4
38	13	2.6
39	8	1.6
40	8	1.6
41	8	1.6
42	6	1.2
43	10	2.0
44	6	1.2
45	9	1.8
46	7	1.4
47	7	1.4
48	7	1.4
49	11	2.2
50	11	2.2
51	14	2.8
52	8	1.6
53	5	1.0
54	10	2.0
55	7	1.4

56	6	1.2
57	6	1.2
58	6	1.2
59	8	1.6
60	7	1.4
61	3	.6
62	13	2.6
63	9	1.8
64	6	1.2
65	5	1.0
66	8	1.6
67	7	1.4
68	3	.6
69	4	.8
70	7	1.4
71	9	1.8
72	3	.6
73	4	.8
74	10	2.0
75	3	.6

76	5	1.0
77	4	.8
78	4	.8
79	3	.6
80	3	.6
81	3	.6
82	7	1.4
83	3	.6
85	1	.2
86	3	.6
87	2	.4
88	1	.2
89	1	.2
90	1	.2
91	2	.4
92	1	.2
93	1	.2
99	1	.2
Total	500	100.0

Cuadro 02. Muestra la variable cuantitativa ordinal en frecuencia y porcentaje de cada año a partir de los 18 años hasta los 99 años. El grupo mayoritario está en pacientes de 51 años con 2.8% (n=14). Seguidos de 21 y 38 años con 2.6% (n=13). El menor grupo esta con los pacientes de 85, 88, 89, 90, 92, 93, 99 años 0.2% (n=1).

GRAFICA 03. PORCENTAJE DE LA EDAD DE LOS PACIENTES.



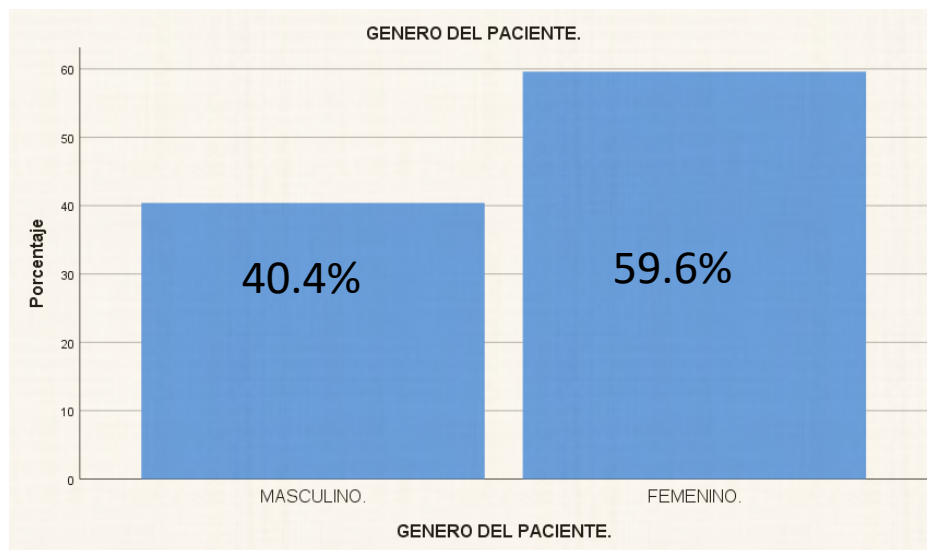
Grafica 03. Muestra la variable cuantitativa ordinal en porcentaje de cada año a partir de los 18 y hasta los 99 años. El grupo mayoritario está en pacientes de 51 años con 2.8%. Seguidos de 21 y 38 años con 2.6%. El menor grupo esta con los pacientes de 85, 88, 89, 90, 92, 93, 99 años 0.2%.

CUADRO 03. GENERO DEL PACIENTE; FRECUENCIA Y PORCENTAJE.

	Frecuencia	Porcentaje
MASCULINO.	202	40.4
FEMENINO.	298	59.6
Total	500	100.0

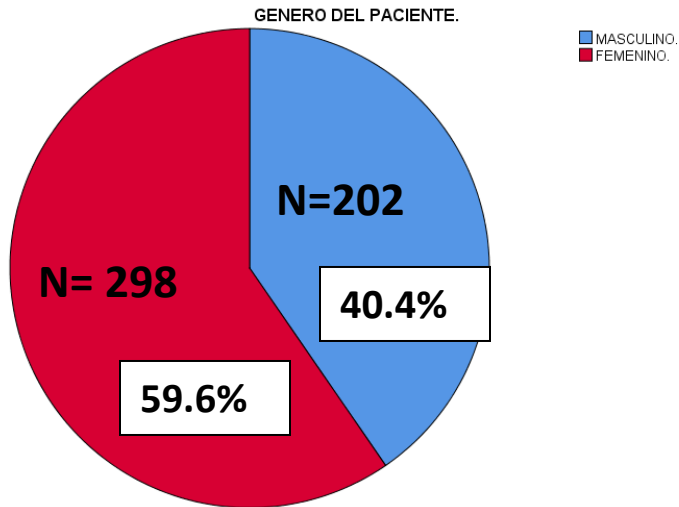
Cuadro 03. Muestra frecuencia y porcentajes de la variable sexo Masculino 40.4% (n=202) y femenino 298 (59.6%).

GRAFICA 04. GENERO DE PACIENTE Y PORCENTAJE.



Grafica 04. Muestra porcentajes de la variable sexo. Masculino 40.4% y femenino 59.6%.

GRAFICA 05. GENERO DEL PACIENTE Y FRECUENCIA.



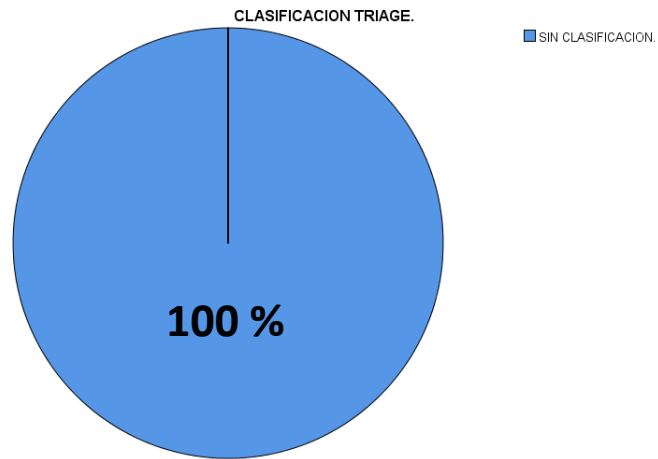
Grafica 05. Muestra frecuencia de la variable sexo. Masculino 202, (40.4) y femenino 298.(59.6%)

CUADRO 04. CLASIFICACION DEL TRIAGE POR COLOR.

	Frecuencia	Porcentaje
Válido SIN CLASIFICACION.	500	100.0

Cuadro 04. Muestra frecuencia y porcentaje de los pacientes clasificados por color o nivel de prioridad. El 100% de la muestra (n= 500) no se clasifico por color.

GRAFICA 06. CLASIFICACION DEL TRIAGE POR COLOR.



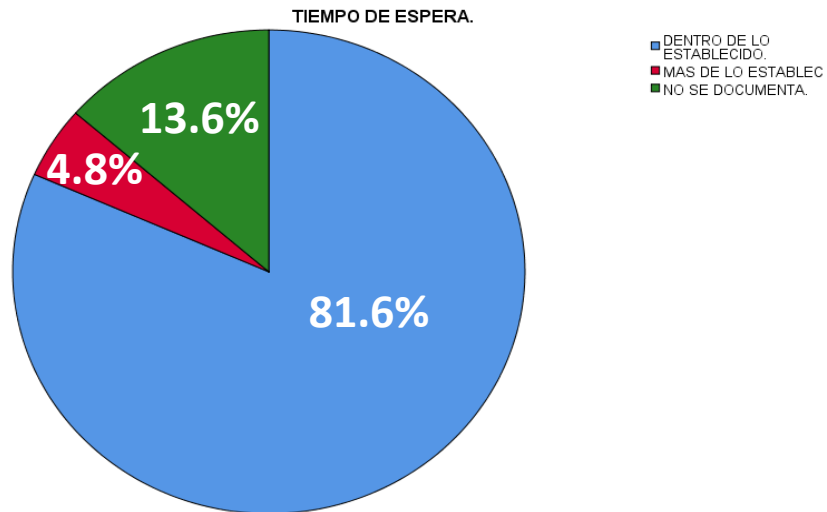
Grafica 06 muestra que el 100% de los pacientes no se clasificaron por color.

CUADRO 05. FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE TIEMPO DE ESPER SEGÚN LA CLASIFICACION DE TRIAGE.

	Frecuencia	Porcentaje
Válido DENTRO DE LO ESTABLECIDO.	408	81.6
MAS DE LO ESTABLECIDO.	24	4.8
NO SE DOCUMENTA.	68	13.6
Total	500	100.0

Cuadro 05. Muestra frecuencias y porcentaje de los pacientes atendidos dentro del tiempo establecido 81.6% (n= 408), a quienes se les atendió en un tiempo mayor a lo establecido 4.8 % (n=24), y a los que no se puede documentar su demora 13.6% (n=68).

GRAFICA 07. PORCENTAJES DE TIEMPO DE ESPER SEGÚN LA CLASIFICACION DE TRIAGE.



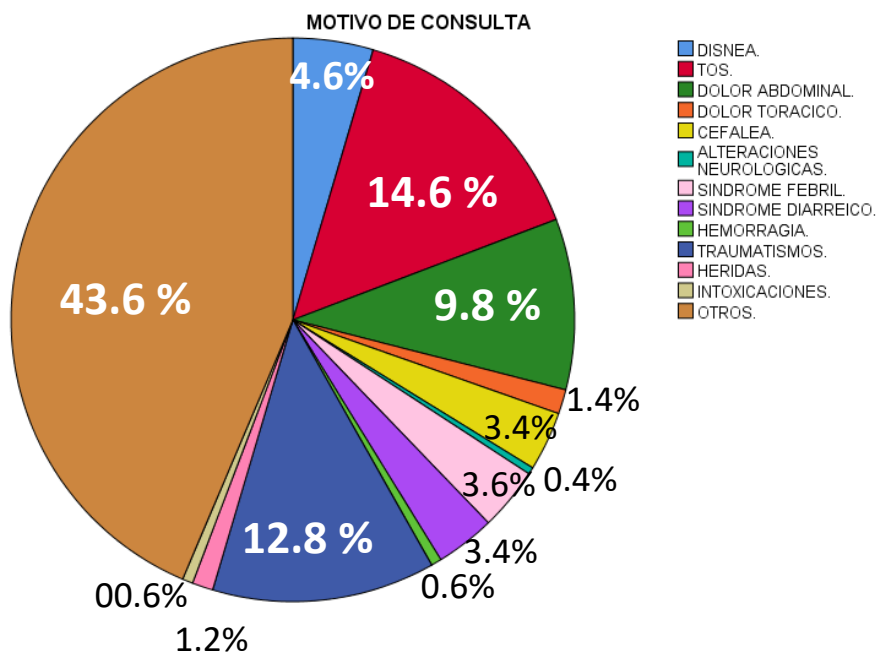
Grafica 07. Muestra porcentaje de los pacientes atendidos Dentro del tiempo establecido 81.6%. A quienes se les atendió en un tiempo mayor a lo establecido 4.8 %. Y a los que no se puede documentar su demora 13.6%.

CUADRO 06. FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE CADA UNO DE LOS MOTIVOS DE CONSULTA POR LA ACUDE EL PACIENTE AL SERVICIO.

	Frecuencia	Porcentaje
Válido DISNEA.	23	4.6
TOS.	73	14.6
DOLOR ABDOMINAL.	49	9.8
DOLOR TORACICO.	7	1.4
CEFALEA.	17	3.4
ALTERACIONES NEUROLOGICAS.	2	.4
SINDROME FEBRIL.	18	3.6
SINDROME DIARREICO.	17	3.4
HEMORRAGIA.	3	.6
TRAUMATISMOS.	64	12.8
HERIDAS.	6	1.2
INTOXICACIONES.	3	.6
OTROS.	218	43.6
Total	500	100.0

Cuadro 06. Muestra frecuencia y porcentaje del motivo de consulta al servicio de urgencias. Dividido en 13 grupos; el mayoritario fue llamado otros motivos con 43.6% (n=218), seguidos por el motivo tos 14.6% (n=73), traumatismos 12.8% (n=64), dolor abdominal 9.8% (n=49), disnea 4.6% (n=23), síndrome febril 3.6 % (n= 18), cefalea 3.4 (n=17), síndrome diarreico 3.4 (n=17), dolor torácico 1.4% (n=7), heridas 1.2% (n=6), intoxicaciones 0.6% (n=3), hemorragias 0.6% (n=3) y el de menor frecuencia alteraciones neurológicas 0.4% (n= 2).

GRAFICA 08. PORCENTAJES DE CADA UNO DE LOS MOTIVOS DE CONSULTA.



Grafica 08. Muestra porcentaje del motivo de consulta al servicio de urgencias. Dividido en 13 grupos; el mayoritario fue llamado otros motivos con 43.6%, seguidos por el motivo tos 14.6%, traumatismos 12.8%, dolor abdominal 9.8%, disnea 4.6%, síndrome febril 3.6 %, cefalea 3.4, síndrome diarreico 3.4, dolor torácico 1.4%, heridas 1.2%, intoxicaciones 0.6%, hemorragias 0.6% y el de menor frecuencia alteraciones neurológicas 0.4%.

DISCUSIÓN

Sha M, Shah A. determina que el 61% de las visitas a urgencias son por problemas no urgentes; nuestro estudio demuestra con una muestra de 500 pacientes. 48.4 % con urgencia sentida o no calificada y 51.6% acudieron al servicio con Urgencia Real.

Bianco A. comento El arribo de pacientes a la unidad solicitando valoración médica de urgencia en cualquier nivel de prioridad es predominantemente en el sexo femenino hasta en un 54.5 % nuestro estudio reflejó un 59.6% Vs. 40.4% en varones. Además, si los pacientes son jóvenes aumentan la probabilidad que consulten por un problema no urgente.

En nuestro estudio los pacientes de 51 años fue la edad que más solicitó atención médica (2.8%) = 14 pacientes seguidos por los de 21 y 38 años (2.6%) = 13 pacientes. Los que menos solicitó atención medica fueron los pacientes de 85, 88, 89, 90, 92, 93, 99 años representados por un solo paciente en cada grupo (0.2%).

Zamorano A. M, comenta que los pacientes que requieren atención medica de urgencia no debe demorarse la atención, por lo que los Servicios de Urgencias deben usar una herramienta llamada TRIAGE, su uso correcto identifica una urgencia real y evita la demora en su atención. Clasificar el nivel de urgencia dentro de cinco categorías de prioridad es llamado sistema Manchester.

TIEMPOS DE ESPERA Y NIVELES DE ATENCIÓN:

Nivel 1 (rojo): Paciente en paro cardiorrespiratorio con indicación de reanimación Cardiopulmonar, que pone en riesgo la vida, su atención debe ser inmediata.

Nivel 2 (naranja): Paciente emergente o con riesgo vital. su atención deber ser inmediata o menor a 10 minutos.

Nivel 3 (amarillo): Paciente con urgencia real, con riesgo de lesión de órgano o sistema, que puede esperar su atención medica hasta por 60 minutos.

Nivel 4 (verde): paciente con afección que no pone en riesgo la función de un órgano o sistema y que puede esperar hasta 120 minutos.

Nivel 5 (azul): sin evidencia de urgencia y que puede esperar hasta 240 minutos.

En nuestro estudio encontramos que el 100 % de la muestra no se la herramienta llamada sistema Manchester. Y solo se usó la terminología urgencia Real y Sentida. El paciente con urgencia con urgencia real implica los niveles uno a tres por lo que se tiene hasta 120 minutos para atender al paciente. Y la urgencia sentida nivel cuatro y cinco se dispone hasta 240 minutos para su atención. Refleja entonces nuestro estudio tres grupos; a los que se atendió en tiempo y forma, 81.6% (n=408); después del tiempo establecido 4.8% (n=24), y los que no puede determinar su demora 13.6% (n=68).

El motivo de consulta según Sha M, Shah A. menciona que el 61% de las visitas a urgencias son por problemas no urgentes; en nuestro estudio el motivo de consulta con mayor frecuencia y porcentaje (fue el llamado otros motivos que incluye amigdalitis, afección dental, lumbalgia, gingivitis, gonartrosis, y todos los demás que no son mencionados en los otros doce rubros. 43.6% (n=218. seguidos por el motivo tos 14.6% (n=73), traumatismos 12.8% (n=64), dolor abdominal 9.8% (n=49), disnea 4.6% (n= 23), síndrome febril 3.6 % (n= 18), cefalea 3.4 (n=17), síndrome diarreico 3.4 (n=17), dolor torácico 1.4% (n=7), heridas 1.2% (n=6), intoxicaciones 0.6% (n=3), hemorragias 0.6% (n=3) y el de menor frecuencia alteraciones neurológicas 0.4% (n= 2).

CONCLUSIONES.

Nuestro estudio se realizó en el Servicio de Atención Medica Continua de la unidad de medicina familiar 03 Jalisco; tomando una muestra representativa de 500 pacientes que acudieron solicitando atención medica de urgencia.

Los servicios de urgencias se encuentran saturados de pacientes que demandan atención médica, según la literatura hasta el 61% por problemas de características no urgentes, nuestro estudio demostró que la urgencia real 51.6% prevalece contra la sentida 48.4 %.

Se obtuvo la información de la base de datos de ARIMAC; al no poder documentar la clasificación de triage según el sistema Manchester que clasifica el nivel de urgencia dentro de cinco categorías de prioridad se recurrió también a expediente electrónico para documentar la codificación por color o por nivel de prioridad. Donde tampoco pudimos evidenciar el uso de tal herramienta. Por lo que en el 100% de la nuestra muestra, no se puede determinar cuántos pacientes o porcentaje llegó al servicio en color rojo - primera prioridad, cuantos, en color naranja, amarillo verde o azul. Solo se encuentran clasificados como urgencia real o sentida.

Una fortaleza de nuestra investigación es que fue realizado bajo una muestra significativa y aleatoria, que nos permite identificar el status de nuestro servicio de Atención Medica Continua.

Nuestro estudio refleja que la mayor demanda corresponde a urgencias Reales 51.6%, contrario a lo documentado en la literatura, misma que no especifica un tiempo limite de estera para los estándares de calidad, sin embargo éste grupo alude de la prioridad uno a la tres o amarillo por lo que se dispone hasta 60 minutos para la atención a pacientes de tercera prioridad. El tiempo de atención para pacientes sin urgencia es hasta de 240 minutos, por lo que se dividió el tiempo de atención en tres grupos:

Pacientes son atendidos en tiempo y forma el 81.6% (n=408).

Pacientes atendidos después del tiempo establecido 4.8% (n=24).

Y los que no puede determinar su demora 13.6% (n=68).

Se observo que en el servicio de urgencias no hay retraso en la atención más del 80% de los pacientes que llegan al servicio se atienden a tiempo según consta en los datos de ARIMAC y hora de atención de la nota médica.

El triage Manchester es una herramienta objetiva que permite medir, evaluar y mejorar el funcionamiento y el rendimiento de los servicios de Urgencias.

La debilidad de nuestro estudio es que es observacional. No se encontró retraso en la atención de los pacientes debido a que no se clasifican por nivel de prioridad, por lo que sería recomendable trabajar en nuestra área con el sistema Manchester y se pudiera contar en un futuro con tal información en la base de datos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002. Regulación de los servicios de salud que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/206ssa102.html> consultado el 05 de mayo del 2019.
2. Norma Oficial Mexicana NOM- 004- SSA3-2012, Del expediente clínico. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787 consultado el 05de mayo del 2019.
3. Grondona F. Proyecto de atención integral a la urgencia y la emergencia médica para un hospital de excelencia. Facultad de Ciencias Médicas “Manuel Fajardo”. Cuba 2007. Disponible en http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/proyecto_de_atencion_integral_a_urgencias_y_emergencias.pdf consultado el 05 de mayo del 2019.
4. Guía de Práctica Clínica ISSSTE-339-08 Triage Hospitalario de Primer contacto en los Servicios de Urgencias adultos para el segundo y tercer nivel guía de Referencia Rápida Cenetec. Disponible en http://sgm.issste.gob.mx/medica/medicadocumentacion/guiasautorizadas/Urgencias/ISSSTE-339-08_triage/ISSSTE-339-08-GPC%20RR%20Triage.pdf. consultado el 05 de mayo del 2019.
5. Sánchez G. Un acercamiento a la medicina de urgencias y emergencias medisan. Cuba. 2018 disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000700630. consultado el 05 mayo 2019.
6. W. Soler, M. Gómez Muñoz, E. Bragulat, A. Álvarez. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias Navar. 2010; 33 (Supl. 1): 55-68, disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33s1/original8.pdf>. consultado el 05 de mayo del 2019.

7. Sha M, Shah A, Behbehani J. Predictors of non-urgent utilization of hospital emergency services in Kuwait Soc Sci Med 1996; 42(9):1313-1323. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0277953695002332>. Consultado el 05 de mayo del 2019.

8. Bianco A, Pileggi C, Angelillo F. Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. Public Health 2003; 117(4):250-255. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S00333350603000696> Consultado el 05 de mayo del 2019.

9. Lang T, Davido A, Diakite B, Agay E, Viel F, Flicoteaux B, Usig the hospital emergency department as a regular source of care. Eur Epidemiol 1997; 13(2):223-228. Disponible en <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1007372800998> se consultó el 05 de mayo del 2019.

10. Petersen A, Burstin R, O'Neil C, Orav J, Brennan A, Nonurgent emergency department visits: the effect of having a regular doctor. Med Care 1998; 36(8): 1249-1255. Disponible en https://www.jstor.org/stable/3766890?seq=1#page_scan_tab_contents Consultado el 05 de mayo del 2019.

11. REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. (en línea) disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmptsam.html>. Consultado el 20 enero 2020.

12. REGLAMENTO DE PRESTACIONES MÉDICAS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. Sección Octava Del servicio de urgencias. Artículo 90. (en línea) disponible en:

<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/reglamentos/4045.pdf>,
consultado el 20 enero 2020.

13. Alejandro Villatoro M. A. DEFINICIONES BÁSICAS EN MEDICINA DE URGENCIA. (EN LINEA) México DF. 2005, DISPONIBLE EN: <https://www.reeme.arizona.edu/materials/Definiciones%20utiles%20en%20medicina%20de%20urgencia.pdf>, REVISADO EL 20 ENERO 2020.

14. Quizamán M. R, Neri M. M. C. Padecimientos más frecuentemente atendidos en el Servicio de Urgencias Pediátricas en un hospital de tercer nivel. Rev Fac Med UNAM Vol. 51 No. 1 Enero-Febrero, 2008. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2008/un081b.pdf>, consultado el 20 enero 2020.

15. Cheung WI. The reason and possible solution for inappropriate emergency departments utilization in Hong Kong (8th International Conference on Emergency Medicine. Ann Emerg Med 2000; 35(5): 55-56

16. Vásquez-A. R, Amado-T. J, Fanny Ramírez-C. F, Velásquez-V. R, Huari-P. R. Sobredemanda de atención médica en el servicio de emergencia de adultos de un hospital terciario, Lima, Perú. An Fac med. 2016;77(4):379-85, disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v77n4/a10v77n4.pdf>, revisado el 22/enero 202.

17. El IMSS en Cifras. La demanda de servicios en urgencias, 2004; Primera versión: 2 de agosto de 2005 Versión definitiva: 31 de octubre de 2005

Aceptado: 1 de noviembre de 2005. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44 (3):261-273 (en línea) disponible en; <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2006/im063n.pdf>, consultado el 22/enero 2020.

18. REGLAMENTO DE PRESTACIONES MÉDICAS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. TÍTULO SEXTO DE LA EXPEDICIÓN DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO A LOS ASEGURADOS DEL RÉGIMEN OBLIGATORIO Capítulo I Generalidades. Artículo 137 (en línea) disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/reglamentos/4045.pdf>, revisado el 28 enero 2020.

19. REGLAMENTO DE PRESTACIONES MÉDICAS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. TÍTULO SEXTO DE LA EXPEDICIÓN DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO A LOS ASEGURADOS DEL RÉGIMEN OBLIGATORIO Capítulo I Generalidades. Artículo 138. (En Línea) disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/reglamentos/4045.pdf>, revisado el 25 enero 2020.

20. REGLAMENTO DE PRESTACIONES MÉDICAS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. TÍTULO SEXTO DE LA EXPEDICIÓN DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO A LOS ASEGURADOS DEL RÉGIMEN OBLIGATORIO Capítulo I Generalidades. Artículo 139. (En línea) disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/reglamentos/4045.pdf>, consultado el 25 enero 2020.

21. REGLAMENTO DE PRESTACIONES MÉDICAS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. TÍTULO SEXTO DE LA EXPEDICIÓN DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO A LOS ASEGURADOS DEL RÉGIMEN OBLIGATORIO Capítulo I Generalidades. Artículo 141. (En línea) disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/reglamentos/4045.pdf>, consultado el 25 enero 2020.

22. LEY DEL SEGURO SOCIAL. CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN Secretaría General Secretaría de Servicios Parlamentarios, Última Reforma DOF 07-11-2019. (En línea) disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/leyes/LSS.pdf>, revisado el 29/enero 2020.

23. Zamorano A. M, Camacho R. A, Triage en urgencias y clasificación de pacientes. Revista Médica Electrónica Portales Médicos, agosto 2017 disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/triage-urgencias-clasificacion/>, consultado el 10 mayo 2020.

24. Flores D. Programa de Mejora Servicio de Urgencias Hospital General Regional #20 AMGD III Delegación BC. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACIÓN REGIONAL EN BAJA CALIFORNIA. (en línea) disponible en: <files.sld.cu/urgencia/files/2010/09/programa-de-mejora-del-servicio-de-urgencia-dr-david-flores.pdf>. consultado el 10 de mayo 2020.

25. Navarro V. R, López-A. A, Brau B. J. Carrasco G. M. Estudio del tiempo de demora asistencial en urgencias hospitalarias. *emergencias* 2005; 17:209-214, disponible en: [file:///C:/Users/Usuario/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Emergencias-2005_17_5_209-14%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Emergencias-2005_17_5_209-14%20(1).pdf), consultado el 10 de mayo 2020.

ANEXO

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Clave del Paciente	Edad: ___ años				
Genero	1. Masculino	()	2. Femenino	()	
Motivo de Consulta	1. Disnea	()	7. Síndrome Febril	()	
	2. Tos	()	8. Síndrome Diarreico	()	
	3. Dolor Abdominal.	()	9. Hemorragias	()	
	4. Dolor torácico	()	10. Traumatismos	()	
	5. Cefalea	()	11. Heridas	()	
	6. Alteraciones neurológicas	()	12. Intoxicaciones	()	
			13. otros motivos	()	

Factores de comorbilidad	1. Diabetes mellitus	()	3. Neoplasias	()	()

			2. Hipertensi ^ó n Arterial	()	4. Otro: _____ _____	
Clasificación de Triage	1. ROJO	2. NARAN JA	3. AMARILLO	4. VERDE	5. AZUL	6. Sin Clasificación
Tiempo de espera para ser atendido según la clasificación de TRIAGE.	1. Dentro de lo establecido	2. Mas de lo establecido.	3. no se puede documentar			
Tipo de Urgencia			1. Real	2. Sentida		