



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIONES ADMINISTRATIVAS DESCONCENTRADO SUR DEL DF
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACION DELEGACIONAL DE EDUCACION EN SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ZONA 47**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA 47
“VICENTE GUERRERO”**

TESIS

**“PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y SU
CORRELACION CON LOS INGRESOS HOSPITALARIOS EN HOSPITAL GENERAL DE
ZONA 47 VICENTE GUERRERO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL”**

NÚMERO DE REGISTRO SIRELCIS: R-2023-3605-033

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA (MEDICINA DE URGENCIAS**

PRESENTA:

RAÚL ARISTÓTELES GONZAGA MIGUEL

**ALUMNO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION DE MEDICINA DE URGENCIAS
PARA MEDICOS DE BASE DEL IMSS**

CIUDAD DE MÉXICO FEBRERO 2023



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.



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 está 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.

CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO 2023

**PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y SU
CORRELACION CON LOS INGRESOS HOSPITALARIOS EN HOSPITAL GENERAL DE
ZONA 47 VICENTE GUERRERO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

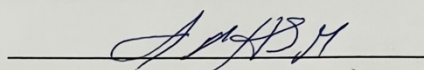
TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA DE
URGENCIAS

PRESENTA

RAÚL ARISTÓTELES GONZAGA MIGUEL

DICTAMEN

ASESOR DE TESIS

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'JPHM', is written over a horizontal line.

**DRA. JULIA PATRICIA HERNÁNDEZ MARTINEZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN URGENCIAS MEDICO QUIRURGICAS
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD.
CIUDAD DE MÉXICO**

AGRADECIMIENTOS:

Quiero agradecer a la vida por la oportunidad que me dio de concluir el deseo de ser especialista, por demostrarme una vez más que la vida te da lo que necesitas en el momento indicado, no antes ni después, por darme la oportunidad de conocer a mis hermanos de residencia Marlene "mi pareja", Amanda, Laura "Jefe Rivas", Diana "3M", Cesar, Felipe "maestro noble", Fabián "Fibiru" con quienes compartí trabajo en equipo, guardias, clases, éxitos, fracasos, desacuerdos, pero en su gran mayoría, alegrías, risas, empatía, apoyo, complicidad y sobre todo un gran respeto y cariño, Saber que siempre contamos unos con otros me hizo más fuertes, mejor ser humanos y mejor profesional. Gracias por hacerme valorar nuevamente el concepto de amistad, siempre los llevaré en mi corazón y mis mejores pensamientos.

A mi maestra, amiga, confidente y jefa suprema la Dra. Julia Patricia Hernández Martínez por su apoyo en cada momento y situación que resolver, por nunca perder la fe en mí, saber que su puerta siempre estuvo abierta al diálogo y la resolución me hacía saber y sentir que alguien me apoyaba, por su paciencia infinita, su empatía y siempre ser justa en cada situación.

A mi madre y maestra de vida por su amor y educación que ahora es una herramienta importante para mi labor como médico, pero sobre todo como ser humano.

A mi abuela Margot por enseñarme que el amor a tu profesión es la clave del éxito y por acompañarme todos los días de mi práctica profesional, siempre vivirás en mi corazón

A mis amadas sobrinas María José, Ivanna Regina y Ana Sofía por su amor, paciencia y sacrificio en todos esos momentos que no pude estar con ellas pero sobre todo por ser el principal motivo de felicidad en mi vida.

Y principalmente a mi...

INDICE

Titulo.....	2
Dictamen.....	3
Agradecimientos.....	5
Índice.....	6
Resumen.....	7
Marco teórico.....	8
Justificación.....	14
Planteamiento del problema.....	15
Objetivo.....	15
Hipótesis.....	15
Material y métodos.....	16
Variables.....	17
Análisis estadístico.....	19
Consideraciones éticas.....	20
Conflicto de intereses.....	21
Resultados.....	22
Análisis inferencial.....	28
Recomendaciones.....	29
Anexos.....	30
Bibliografía.....	32

1. RESUMEN:

PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y SU CORRELACION CON LOS INGRESOS HOSPITALARIOS EN HOSPITAL GENERAL DE ZONA 47 VICENTE GUERRERO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

Raúl Aristóteles Gonzaga Miguel*. Hernández Martínez Julia Patricia** Investigador principal* Investigador asociado**

Antecedentes: El servicio de urgencias en un hospital es fundamental para la atención oportuna del paciente que se encuentre en peligro inminente de muerte o de sufrir daños permanentes en un órgano, aparato o sistema. Para agilizar la atención médica en urgencias se ha desarrollado el sistema triage de tal manera que se pueda garantizar la atención oportuna de los pacientes que presenten síntomas mas graves, asignándoles un orden de prioridad. Se han realizado estudios relacionados con la consulta en urgencias encontrando que hasta un 74%, no requiere hospitalización. Lo que condiciona desgaste en los recursos humanos y en los recursos materiales. Y de acuerdo a varios estudios de los principales motivos de consulta, aproximadamente hasta 40% de los pacientes valorados ameritan ingreso hospitalario.

Objetivo: Identificar los principales motivos de consulta en el servicio de urgencias y su correlación con los ingresos hospitalarios en el Hospital general de zona 47 "Vicente Guerrero" del Instituto Mexicano del Seguro Social"

Material y métodos: Se realizo un estudio retrospectivo, descriptivo, transversal de los principales motivos de consulta y su correlación con los ingreso a hospitalización, tomando como base de datos los expedientes de pacientes acudieron a solicitar atención médica al servicio de urgencias en el HGZ 47 "Vicente Guerrero" en el mes de Octubre 2022. Con una muestra estimada de 368 expedientes, a los cuales se realizo el análisis estadístico mediante medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas, y se aplico correlación de Pearson.

Resultados: De los principales motivos de consulta en el servicio de urgencias, las infecciones de vías respiratorias agudas se presentaron con un 15%, de las cuales un 3% amerito ingreso hospitalario, las enfermedades infecciosas intestinales con 15.3% de las cuales 22.5% requirió internamiento y traumatismo y envenenamientos con 14% de las cuales 7.1% requirió internamiento. El primer lugar fueron otros motivos de que no se agruparon en los 10 principales motivos de consulta de acuerdo a la bibliografía consultada.⁽²⁴⁾ La edad media de pacientes que solicitaron consulta fue de 49 años. La distribución porcentual por genero que solicito consulta fue el femenino con un 54.1% y para el masculino de 45.9%. La distribución porcentual de las unidades de procedencia de fueron para la UMF 31 58.1%, UMF 162 13.8%, UMF 164 17.8%, otras 10.3%. La distribución porcentual por color asignado de los motivos de consulta de acuerdo a la clasificación que se le da en triage fue Naranja 1%, Amarillo 55.4%, Verde 37.8%, Azul 5.8%.

Conclusiones: Del sexo y el internamiento se pudo establecer una correlación ($p < .001$, intervalo de confianza 95%), el genero femenino tiene un riesgo estimado 2.6 (1.72 - 3.93) mayor para ser internado. No se pudo establecer una correlación entre la UMF y el internamiento. Lo que significa que el riesgo de ingreso es el mismo para todas las unidades de procedencia. No se pudo establecer una correlación entre el triage y el internamiento.

PALABRAS CLAVE: Motivos de consulta, ingreso hospitalario, triage.

1. ANTECEDENTES

1.1 MARCO EPIDEMIOLOGICO

La alta incidencia de consultas no urgentes en el servicio de urgencias en el segundo nivel de atención puede afectar de manera directa en la calidad y rapidez en el tratamiento del paciente que acude al servicio de urgencias. La atención médica a este tipo de pacientes condiciona el desgaste de recursos materiales y sobre todo la sobre utilización de recursos humanos. Aumentando tiempos de espera y retrasando la atención médica de pacientes con una urgencia real urgencia.

Los servicios de urgencias en un hospital de segundo nivel de atención médica son un componente fundamental para el cuidado de la salud dentro de los sistemas de salud. Su objetivo y misión es proporcionar servicios de atención médica urgente a personas en peligro inminente de muerte o de sufrir daños permanentes en un órgano.

Se estima que hasta un tercio de las visitas que acude al servicio de urgencias en el segundo nivel de atención, se puede considerar inapropiada o no urgente.⁽¹⁾ Por lo que en los últimos 15 años se han desarrollado el sistema triage de los pacientes que son valorados en el servicio de urgencias de tal manera que se pueda garantizar la atención oportuna de los pacientes que presenten síntomas mas graves, asignándoles un orden de prioridad.⁽²⁾

En la mayoría de los hospitales públicos de segundo nivel es muy frecuente, sino es que siempre la demanda asistencial no esta equilibrada con los recursos materiales y humanos disponibles por lo que gracias a estos sistemas triage se clasifica con mayor sensibilidad y especificidad aquellos pacientes que realmente están graves o hemodinámicamente inestables.⁽³⁾

La palabra "TRIAGE" es un neologismo que procede del vocablo francés "*Trier*" que significa "elegir o seleccionar" y se ha aceptado para la acción de clasificación de los enfermos. El termino se utilizo por primera vez en ámbito medico en las guerras napoleónicas. Actualmente el proceso es con la finalidad de hacer un uso apropiado de los recursos y el espacio de urgencias asegurando que todos los pacientes que se presenten tengan acceso a la atención médica dependiendo de sus necesidades médicas. La meta del triage es identificar rápidamente las condiciones serias y con compromiso de vida y ajustarlas para el área mas apropiada de tratamiento reduciendo la saturación en la sala de urgencias.

Cuando se visualiza desde el punto administrativo el proceso de triage, permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan los recursos.⁽⁴⁾

Los objetivos del sistema triage son:

1. Identificar a los pacientes en situación de riesgo de vida.
2. Asegurar la priorización en función de un nivel de clasificación.
3. Decidir el área mas apropiada para la atención de los pacientes.
4. Disponer información sobre el proceso asistencial.
5. Mejorar el flujo de pacientes y la congestión del servicio.⁽⁵⁾

Existen cinco modelos principales de triage que permiten la clasificación de las urgencias. Todos han adoptado un código de colores independientemente del modelo que se utilice.

1. La Australian Triage scale (ATS)
2. La Canadian Emergency Department Triage an Acuity Scale (CTAS)
3. La Manchester Trige System (MTS)
4. El Emergency Severit index (ESI)

5. El Sistema Español de Triage (SET) adoptado por la Sociedad Española de Medicina de Emergencias (SEMES) a partir del modelo Andorra de triage ⁽⁶⁾

Las escalas mencionadas contemplan y coinciden en los siguientes parámetros:

1. Nivel I: Prioridad absoluta con atención inmediata sin demora
2. Nivel II: Situaciones muy urgentes de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso. Demora de asistencia medica de máximo 15 minutos
3. Nivel III: urgente pero estable, hemodinámicamente con potencial riesgo vital que probablemente exige pruebas diagnosticas y/o terapéuticas demora máxima de 30 minutos
4. Nivel IV urgencia menor, potencialmente sin riesgo vital para el paciente. Demora máxima 120 minutos
5. Nivel V no urgencia. Poca complejidad en la patología o cuestiones administrativas, situaciones u otras circunstancias. Demora de hasta 240 minutos.⁽⁷⁾

Los servicios de Urgencias y hospitalización del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cuentan con un sistema Triage en los tres niveles de atención, con el cual se priorizan las emergencias y se brinda una respuesta médica basada en la gravedad del padecimiento. Este sistema que clasifica y selecciona a los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias, tiene como objetivo priorizar la atención médica con base al nivel de gravedad.⁽⁸⁾

1.2 MARCO CONCEPTUAL

En México la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico clasifica la consulta de urgencias como urgencia real y urgencia sentida. Considerando como urgencia real a todo problema medico o quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida o la perdida de un órgano o función y requerirá de atención inmediata. Urgencia sentida a todo padecimiento de orden agudo o crónico agudizado que el paciente o siente que amenaza su vida. ⁽⁹⁾

Los estándares de calidad para la atención de los servicios de urgencias en México sugieren que la valoración de urgencia sea dentro de los primeros 10 minutos, el tiempo de duración de triage sea menor de cinco minutos, el porcentaje de pacientes que dejen el servicio sin atención médica menor del 2% del total de consultas.

La Norma Oficial Mexicana de los servicios de urgencias menciona que para la recepción del paciente en el servicio de urgencias se requiere que un médico valore y establezca las prioridades de atención del mismo pero deja un vacío al momento de establecer un sistema para la atención de esas necesidades y excluye del proceso al personal de enfermería. A pesar que varias de las instituciones de Salud del país, en especial aquellas que cuentan con la especialidad de urgencias médicas, han realizado modelos de TRIAGE empíricos, la realidad es que la sistematización del proceso cae en la mayoría de las ocasiones en terrenos basados en la experiencia de aquel que aplica el proceso de mejora de calidad sin existir una verdadera sistematización con resultados que prometen, pero en realidad dudosos en cuanto a la seguridad para el paciente a través de los métodos empleados.

La presencia de normativas poco flexibles de las instituciones y la carencia de insumos que permitan invertir en los sistemas de triage establecidos y avalados en forma internacional complican la aplicación de los modelos internacionales validados. ⁽¹⁰⁾

De las experiencias realizadas en el país pocas se encuentran difundidas en medios científicos, entre ellas se encuentra la del Hospital Juárez de México que publicó su experiencia en el desarrollo de un proceso de triage en 2006 basado en las guías de la asociación Canadiense de Urgencias (CAEP) con un proceso estructurado de 5 niveles de prioridad basado en signos vitales, escala de dolor y escala de coma de GLASGOW.⁽¹¹⁾

Durante el 2006, el Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), publica su protocolo de clasificación de tres colores realizado de manera empírica, reportando una sensibilidad del mismo del 60.2%. Durante el 2008, el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica de la Secretaría de Salud publica la Guía de Práctica Clínica (GPC) de “TRIAGE Hospitalario de Primer Contacto en Servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y primer Nivel” y su actualización durante 2010, del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). El objetivo fue homologar los criterios en el Sistema Nacional de salud para que todas las instituciones manejen la misma escala de prioridad procurando proporcionar atención eficaz, oportuna y adecuada para limitar el daño, disminuir las secuelas y acortar el tiempo de convalecencia.⁽¹²⁾

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a pesar de ser partícipe del desarrollo de la Guía de Práctica Clínica (GPC), dentro de su normativa contempla otro sistema de triage basado en el modelo Andorrano de triage con un sistema de 5 colores para clasificar los pacientes. Esta misma institución durante 2009 implementa el sistema de “Redes de Urgencias” con la intención de facilitar el flujo y atención de los pacientes en base a su sistema de clasificación y referencia entre unidades de primero y segundo nivel, proponiendo como necesidad básica que todas las unidades de esa institución implementen la normativa de triage institucional. La Secretaría de Salud durante el 2012 lanza el proyecto SUMAR (Servicios de Urgencias que Mejoran la Atención y Resolución) que propone la implementación de un servicio de triage de tres niveles abriendo la posibilidad de ser desarrollado por personal médico o de enfermería dependiendo la disponibilidad del personal acorde con una lista de signos y síntomas motivos de consulta. Hacia finales del 2014, el Hospital Juárez de México implementa el sistema de triage basado en el sistema Manchester a lo que sigue durante 2015 la fundación del Consejo Mexicano de TRIAGE A.C. tomando como modelo el sistema Manchester con el objetivo de estandarizar el proceso de TRIAGE y establecer una certificación para el personal en el mismo. Recientemente se ha retomado el proyecto SUMAR tendiente a actualizar tanto la GPC de TRIAGE como ver la factibilidad de su inclusión en la Normatividad vigente.⁽¹³⁾

2.3 MARCO CONTEXTUAL

El presente estudio trato identificar los principales motivos de consulta, a través del TRIAGE y su correlación con los ingresos hospitalarios. Dicho TRIAGE esta estructurado y atiende el contenido de:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
2. Ley General en Salud.
3. Ley del Seguro Social.
4. Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.
5. 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.
6. Norma Oficial Mexicana NOM 197-SSA1-2000 Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
7. Norma Oficial Mexicana NOM 168-SSA1-1998 Del expediente clínico.
8. Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA-2002. Protección ambiental-Salud, Ambiental-Residuos peligrosos biológico infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.
9. Norma Oficial Mexicana NOM 020-SSA2-1994 Para la prestación de servicios de atención médica en unidades móviles tipo ambulancia.
10. Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA2-1998. Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de infecciones intrahospitalarias.

11. Norma que establece las disposiciones para otorgar atención médica en unidades médicas hospitalarias de tercer nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social 2000-001-008.
12. Norma que establece las disposiciones para la vigilancia, prevención y control de infecciones nosocomiales en las unidades médicas hospitalarias de segundo y tercer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social 2000-001-017.
13. Procedimiento para realizar la vigilancia epidemiológica de infecciones nosocomiales en las Unidades Médicas de tercer nivel de atención 2460-003-002.
14. Código de conducta del servidor público del Instituto Mexicano del Seguro Social.
15. Manual para observadores. Estrategia multimodal de mejoramiento de la higiene de las manos de la Organización Mundial de la Salud 2006.⁽¹⁴⁾

Para darle solución al aumento de la presión asistencial en los servicios de urgencias de nuestro Hospital General de Zona 47 se ha implementado el triage como herramienta institucional, el cual si bien debe ser realizado por personal capacitado también debe ser actualizado en los algoritmos de los motivos de consulta para mejorar el flujo de pacientes y evitar la presión asistencial de pacientes que solicitan los servicios de Urgencias con motivos de consulta no urgentes. (anexo 1)

Nivel de gravedad	Tipo de atención	Color	Área de atención	Tiempo de espera para atención (minutos)
1	Reanimación	Rojo	Área de reanimación	Inmediato Hasta 3
2	Emergencia	Naranja	Área de reanimación	Inmediato Hasta 10
3	Urgencia	Amarillo	Consultorio de Primer Contacto	Hasta 30
4	Urgencia Menor	Verde	Consultorio de Primer Contacto o Unidad de Medicina Familiar	Hasta 120
5	Sin Urgencia	Azul	Consultorio de Primer Contacto o Unidad de Medicina Familiar	Hasta 180

Existe evidencia en algunos hospitales que se ha logrado disminuir los tiempos de espera creando consultas denominadas FAST, que son gestionadas por personal de centros de atención primaria dentro de los hospitales de segundo nivel.⁽¹⁵⁾

En dos hospitales de España se realizó un estudio cuantitativo que demostró que casi un tercio de las visitas a los sistemas de salud hospitalarios eran inapropiadas demostrando que las causas están relacionadas con pacientes jóvenes que acuden por sus propios medios, siendo reincidentes en un mismo año y por motivos de consulta que no presentan alguna gravedad.⁽¹⁶⁾

El usuario no es el único responsable del aumento en la asistencia a los servicios de urgencias hospitalarios ya que se demostró que 18.1% de las visitas inapropiadas a estos servicios fueron remitidas por los profesionales de la salud de atención primaria, que consideraron que el cuadro clínico del paciente era demasiado complejo para ser tratado de forma ambulatoria, puesto que los usuarios de los servicios de salud son más longevos y con más número de patologías asociadas, por lo que suelen ser procesos crónicos reagudizados.⁽¹⁷⁾

Sempere-Selva y colaboradores cita como causas de aumento asistencial a los servicios de urgencias hospitalarios (algunas previsible y otras evitables) las siguientes:

- Usuarios en lista de espera de varios meses
- Ciertos días de la semana (preferentemente los Lunes)

- Pacientes en paro cardiorespiratorio
- Pacientes que viven cerca del hospital
- Procesos que no mejoran con el tratamiento previo establecido recientemente.
- Pacientes que están en lista de espera para pruebas diagnósticas o para especialista.
- Un mayor uso de los servicios de urgencias en zonas urbanas sobre las rurales, mas en mujeres latinas o extranjeras.⁽¹⁸⁾

En la última década en los servicios de urgencias de segundo nivel han presentado un incremento en el número de consultas y de este aumento son pocos los casos derivados por un médico, ocupando el mayor número los motivos de consulta relacionados con problemas no urgentes que acuden de manera directa solicitando consulta a un hospital de segundo nivel, aumentando el porcentaje del uso inadecuado de estos servicios en cuanto a recurso humano y material. Lo que da como resultado elevar los gastos por el uso de los servicios de diagnóstico, tiempos de espera más prolongados y una mayor carga de trabajo para el personal del hospital. Lo que afecta de manera directa la calidad en la atención prestada en los cuidados de la salud y sobre todo aumentando la mortalidad.⁽¹⁹⁾

Los servicios de urgencia son unidades diseñadas para proporcionar tratamiento médico altamente profesionalizado y recursos especiales a pacientes en riesgo de perder la vida, una función o algún órgano, con una disponibilidad inmediata y durante las 24 horas del día. Desafortunadamente la percepción diferente que tienen al respecto los distintos profesionales de la salud y los pacientes, genera una serie de consecuencias importantes sobre la eficiencia y organización de las unidades hospitalarias.⁽²⁰⁾

La consulta no urgente en los hospitales de segundo nivel representa un problema a nivel mundial a pesar de las medidas implementadas del tipo administrativas, territoriales, económicas y organizativas, por lo que las instituciones de salud han implementado estrategias para mejorar la atención primaria a la salud.⁽²¹⁾

En México se han realizado estudios relacionados con la consulta no urgente, encontrando una incidencia de urgencia sentida de un 74%, clasificándolo de acuerdo al motivo de consulta.⁽²²⁾

Otro estudio (Vázquez y fuentes) a través de la utilización de la escala canadiense (PCTAS) determinaron que el 52 % de las consultas otorgadas en el periodo de evaluación eran no urgentes. Estadísticas del Instituto Mexicano del Seguro Social muestra cifras similares en consultas otorgadas.⁽²³⁾

Considerando que aproximadamente 15 % de las atenciones otorgadas en el Instituto Mexicano del Seguro Social se ofrece en el área de urgencias considerando los principales motivos de consulta los siguientes motivos:

Infecciones respiratorias agudas: estas enfermedades no sólo afectan oído, nariz y garganta, también pueden llegar a tener repercusiones graves en los pulmones. Y con 3.1 millones de casos atendidos, en 2017, se convierten en el principal problema que requiere atención médica de urgencia para los mexicanos. Convirtiéndose en un problema de salud grave en el 2020 con la pandemia de COVID 19

Traumatismos y envenenamientos: estos padecimientos se clasifican en el segundo puesto debido que juntan el 15% de personas atendidas en estado de emergencia.

Enfermedades infecciosas intestinales: la fiebre tifoidea, el cólera, la salmonelosis y la tricomoniasis, son algunas de las enfermedades que entran en este grupo de infecciones que aqueja a tantas personas en México. 1.4 millones fueron intervenidos, según los datos del IMSS.

Embarazo, parto y puerperio: al igual que la posición anterior, pero en este caso mujeres, son el 7% dentro del total de personas estabilizadas o atendidas.

Enfermedades del corazón: de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud estas enfermedades son la principal causa de muerte en todo el mundo, y en México se asistieron, hace dos años, aproximadamente 700 mil de personas en clínicas del IMSS.

Dorsopatías: estas afecciones en la columna vertebral llevaron a urgencias a 600 mil personas.

Infección en las vías urinarias: al ser tratadas adecuadamente no genera complicaciones, pero si no es así pueden generar un daño renal permanente, sepsis, nacimiento de bebés prematuros y estrechamiento de la uretra en hombres. Aproximadamente 500 mil personas fueron estabilizadas, hace dos años por estos padecimientos.

Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo: aproximadamente 200 mil personas con estos padecimientos fueron atendidas de manera urgente.

Diabetes mellitus: la baja producción de insulina en los pacientes diabéticos, y tanto sus complicaciones como poco cuidados han llevado a 400 mil personas a pisar la sala de urgencias.

Trastornos de los tejidos blandos: los síndromes reumáticos como la bursitis y tendinitis han ocasionado que 300 mil personas necesiten ser atendidas de inmediato.⁽²⁴⁾

Hay evidencia establecida de que existen tasas de discrepancia en la derivación de pacientes de los médicos de cabecera a los servicios de atención secundaria de hasta 10 veces entre los médicos de cabecera individuales. Se han observado sistemáticamente la cantidad y la calidad de las referencias al equipo de atención secundaria para identificar cualquier problema y desarrollar apoyo para los remitentes para que el proceso sea lo más sencillo posible.⁽²⁵⁾

La comunicación y sistema de referencia entre los centros de atención primaria y especializada en la derivación de pacientes, con la creciente demanda de atención especializada, la calidad de las referencias es cada vez más importante para garantizar un flujo eficiente de pacientes en la interfaz de atención primaria/secundaria; las referencias deben ser necesarias, apropiadas, oportunas y bien comunicadas. Cada institución en el sistema de salud en México tiene sus propios factores que requieren análisis dentro del contexto organizacional para mejorar la calidad de las referencias.⁽²⁶⁾

La referencia médica es un documento médico legal para derivar a los pacientes del primer al segundo nivel de atención, con la finalidad de obtener un procedimiento diagnóstico, consulta, valoración o tratamiento especializado. La decisión de referir a un paciente a consulta especializada tiene que ver con complicaciones de salud y características demográficas. Se estima que en un periodo de cinco años la totalidad de la población adscrita a un centro de salud pasa al menos una vez por su médico familiar, este nivel asistencial mantiene una capacidad de resolución de aproximadamente 95% de la demanda de atención. Mantener un adecuado nivel de interconsultas o referencias a segundo nivel es fundamental para asegurar la eficiencia y calidad de atención. La estructura, las características y capacidades de la unidad de primer nivel de atención, la composición del equipo y las características del cupo influyen en el número de interconsultas, además de que el exceso de pacientes y la falta de tiempo del médico familiar se traducen en una disminución de la capacidad resolutoria y un aumento en la derivación a segundo nivel de atención. La imposibilidad para solicitar pruebas diagnósticas y la existencia de dudas diagnósticas se han reportado como los motivos más frecuentes de referencia.⁽²⁷⁾

La utilización inadecuada y masiva de estos servicios se debe a diferentes motivos, entre los principales que se identifican están: accesibilidad al medio hospitalario, recursos sanitarios y el método de utilizarlos, atender pacientes con patología no urgente (>70%), alta tasa de derivación de pacientes muy ancianos y con varias patologías, pacientes frecuentes, factores estacionales, personal sanitario insuficiente o con inadecuada preparación, retraso en la realización de ingresos o en el transporte en ambulancia y falta de espacio físico para el ingreso a hospitalización (probablemente la causa más importante).

De las diez patologías descritas como las más frecuentes de pacientes derivados de primer nivel que sobrecargan los servicios de urgencias hospitalarios destacan: 1. patología traumatológica, 2. patología osteomuscular no traumática, 3. dolor abdominal, 4. dolor torácico, 5. insuficiencia respiratoria, incluida neumonía, 6. EPOC o asma, 7. gastroenteritis aguda, 8. fibrilación auricular, 9. Hipertensión arterial sistémica, 10. insuficiencia cardíaca. ⁽²⁸⁾

En el diagnóstico situacional de atención a la salud 2019, el Instituto Mexicano del Seguro Social Dirección de Prestaciones Médicas Unidad de Atención Médica, con propósito de disminuir la mortalidad por cardiopatía isquémica, se implementó el Código Infarto (CI). Lo que logra conjuntar la estrategia de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación temprana, evidenciándose una mejora en la calidad de vida del 57 por ciento. Para mejorar la Atención en los Servicios de Urgencias, se priorizar la atención médica con base al nivel de gravedad, reducir el tiempo para la atención inicial y de esta forma incrementar la satisfacción de la población usuaria; ocupando especial relevancia el fortalecimiento del Triage. Los resultados en el tiempo de espera para ser atendido desde la llegada del paciente al servicio disminuyó en 2014 era de 25 a 80 minutos y en 2018 se logró atender en 5 minutos a los derechohabientes con urgencia real. ⁽²⁹⁾

La pandemia ha modificado el uso que los pacientes dan al servicio de urgencias. Ante el colapso que siguen sufriendo las consultas de Atención Primaria, son muchos los que acuden solicitar consulta urgencias en hospitales de segundo nivel. En muchas ocasiones, los pacientes no saben distinguir qué casos exigen una visita a emergencias y cuáles no, pero el Covid-19 ha llevado al extremo este tipo de visitas triviales a los servicios de urgencias en los que muchas veces hay una patología prácticamente inexistente que tratar. ⁽³⁰⁾

2. JUSTIFICACION

La demanda del servicio de urgencias del Hospital General de Zona 47 “Vicente Guerrero” por consultas no urgentes en la actualidad va en aumento, perpetuando el problema de saturación y contribuyendo al aumento de los tiempos de atención al paciente con una urgencia real, lo que repercute de manera directa en los costos y sobre todo en la calidad de la atención del derechohabiente.

En nuestro Hospital no existe un reporte que identifique los principales motivos de consulta así como su correlación con los ingresos hospitalarios, Por tal motivo este estudio identifico los principales motivos consulta de manera que permita determinar la correlación de los motivos de consulta y los ingresos hospitalarios. Y orientarnos sobre los posibles factores que podrían condicionar la alta incidencia de consulta sin una urgencia real en la población adulta. Para poder plantear estrategias que permitan encontrar una solución que beneficie al Instituto y al derechohabiente.

El presente estudio fue factible y conveniente ya que la información requerida se obtuvo de las notas de valoración medica del triage y primer contacto, las cuales se encontraron de forma física en el archivo del Hospital General de Zona 47. Además de contar con el apoyo de la jefatura de urgencias quien cuenta con una amplia base de datos.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la última década en los servicios de urgencias de segundo nivel han presentado un incremento en el número de consultas y de este aumento son pocos los casos derivados por un médico, ocupando el mayor número los motivos de consulta relacionados con problemas no urgentes que acuden de manera directa solicitando consulta a un hospital de segundo nivel, aumentando el porcentaje del uso inadecuado de estos servicios en cuanto a recurso humano y material. Lo que da como resultado elevar los gastos por el uso de los servicios de diagnóstico, tiempos de espera más prolongados y una mayor carga de trabajo para el personal del hospital. Lo que afecta de manera directa la calidad en la atención otorgada en los cuidados de la salud y sobre todo aumentando la mortalidad.

La consulta no urgente en los hospitales de segundo nivel representa un problema a nivel mundial a pesar de las medidas implementadas del tipo administrativas, territoriales, económicas y organizativas, que las instituciones de salud han implementado en mejorar la atención a la salud.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

De acuerdo a lo descrito se planteo la interrogante:

¿Cuáles son principales motivos de consulta en el servicio de urgencias y su correlación con los ingresos hospitalarios del Hospital general de zona 47 “Vicente Guerrero” del Instituto Mexicano del Seguro Social?

4. OBJETIVOS:

4.1. OBJETIVO GENERAL:

Identificar los principales motivos de consulta en el servicio de urgencias y su correlación con los ingresos hospitalarios en el “Hospital general de zona 47, Vicente Guerrero del Instituto Mexicano del Seguro Social”

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 4.2.1. Determinar la distribución porcentual por edad de los grupos etarios que solicitaron consulta en el servicio de urgencias
- 4.2.2. Determinar la distribución porcentual por género de los pacientes que solicitaron consulta en el servicio de urgencias.
- 4.2.3. Determinar la distribución porcentual de la unidad de medicina familiar de procedencia de los pacientes que solicitaron consulta en el servicio de Urgencias
- 4.2.4. Determinar la distribución porcentual por color asignado de los motivos de consulta en el servicio de urgencias, de acuerdo a la clasificación que se le da en TRIAGE.
- 4.2.5. Determinar el porcentaje de ingresos hospitalarios de los pacientes que solicitaron consulta en el servicio de urgencias.

HIPOTESIS

Los principales motivos de consulta en el servicio de urgencias no se correlaciona con los ingresos hospitalarios en Hospital general de zona 47 “Vicente Guerrero” del Instituto Mexicano del Seguro Social

HIPOTESIS NULA

Los principales motivos de consulta en el servicio de urgencias se correlaciona con los ingresos hospitalarios en Hospital general de zona 47 "Vicente Guerrero" del Instituto Mexicano del Seguro Social

5 MATERIAL Y METODOS

5.2 Periodo y sitio de estudio

El estudio se realizo el servicio de urgencias del Hospital General de Zona 47 "Vicente Guerrero" que de acuerdo a la clasificación del IMSS se ubica como un hospital de segundo nivel de atención. Durante el mes de Enero y Febrero del año 2023.

6 Universo de trabajo

Del expediente, se tomaron las notas medicas de valoración en el área de triage que acudieron a solicitar atención médica al servicio de urgencias en el HGZ 47 en el mes de Octubre 2022 en los tres turnos de atención medica y jornada acumulada.

6.1 Unidad de análisis

Se analizaron las notas medicas de los expedientes de pacientes valorados en el área de triage de donde se recabaron las variables de investigación.

6.2 Diseño del estudio

Se realizo un estudio retrospectivo, descriptivo, de los principales motivos de consulta tomando como base de datos las notas medicas de valoración en el área de triage de los paciente que acudieron a solicitar atención médica al servicio de urgencias en el HGZ 47 en el mes de Octubre 2022 en los tres turnos de atención medica y jornada acumulada, se realizo un análisis estadístico para conocer los principales motivos de consulta y su correlación con el número de ingresos hospitalarios.

Con los datos obtenidos se realizo un análisis de las variables como el genero, grupos de edad, la unidad adscripción o de referencia, motivo de consulta y si requirió ingreso hospitalario en caso de internamiento.

6.3 Criterios de selección:

1. Nota medica de valoración en triage de paciente mayor de 18 años que acudió a solicitar atención medica de urgencias por cualquier motivo
2. Nota médica con clasificación con los colores del triage
3. Nota medica que este contenga en su totalidad las variables de análisis

6.4 Criterios de exclusión:

1. Notas de valoración medicas de pacientes pediátricos
2. Notas de valoración de pacientes que fueron referidos a otra unidad médica

6.5 Criterios de eliminación:

1. Notas de valoración medica con llenado incompleto

6.6 Control de sesgos

Maniobras para evitar y controlar sesgos.

Al ser un estudio clínico de tipo observacional, analítico, descriptivo, transversal y retrospectivo, se evitaron errores en la demarcación diagnóstica y sesgos de medición. Las maniobras para evitar y controlar sesgos fueron:

Para sesgos en la demarcación diagnóstica el muestreo se realizó con expedientes de los pacientes que hayan sido valorados en el área de Triage que cuenten con la nota inicial de valoración y contenga todas las variables de estudio, las evaluaciones incompletas o registros inconclusos de pacientes fueron eliminados del estudio.

Para el sesgo de recolección, se anotó el número de seguridad social de los expedientes de pacientes en el instrumento de recolección, únicamente con fines de identificación y para verificar que no se repitiera los mismos datos.

El análisis de resultados se realizó por el tesista en presencia del investigador asociado y así se evitó el sesgo de información. Al tratarse de un estudio transversal el sesgo de pérdidas de seguimiento es nulo.

7 MUESTREO

7.1 Cálculo del tamaño de la muestra:

Se calculó la muestra en base a una población de 3463 pacientes que fueron valorados en el servicio de urgencias en Octubre 2022, con un nivel de confianza 95% y margen de error de 5% , utilizando fórmula para poblaciones finitas (menores a 5000) con un tamaño de muestra de 368.

$$\text{Tamaño de la muestra} = \frac{Z^2 * (p) * (1-p)}{c^2}$$

$$\text{Tamaño de la muestra} = \frac{(1.96)^2 * (0.5) * (1-0.5)}{0.05^2}$$

$$\text{Tamaño de la muestra} = \frac{(3.8416) (0.24)}{0.0025}$$

$$\text{Tamaño de la muestra} = \frac{(3.8416) (0.24)}{0.0025} = 368$$

Donde:

Z = Nivel de confianza 95% (=1.96)

p = porcentaje o variabilidad (=0.5)

c = margen de error (=0.05)

8 VARIABLES:

DEPENDIENTE:

Motivos de consulta

INDEPENDIENTES:

Edad, el género, la unidad de procedencia, el motivo de consulta, el color de triage de acuerdo a la gravedad asignado e ingreso hospitalario

8.1 Operacionalización de variables:

8.1.1 Edad

Definición conceptual: Tiempo que ha vivido una persona, contempla desde el nacimiento hasta el momento que se registre el dato.

Definición operacional: numero de años registrado

Tipo de variable: Cuantitativa, Discreta

Indicador: Edad Absoluta en años

8.1.2. Sexo

Definición conceptual: Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico, considera como apropiados para masculino y femenino.

Definición operacional: Se recolectara lo consignado en la nota medica inicial de urgencias.

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Indicador: Masculino. Femenino

8.1.3. Unidad médica de Procedencia:

Definición conceptual: Unidad de Medicina Familiar, es la entrada al sistema de salud institucional, donde se otorgan servicios de medicina familiar en forma integral y continua, a la persona derechohabiente con enfoque de Atención Primaria a la Salud

Tipo de variable: Cualitativa, nominal

Indicador: UMF 31, UMF 162, UMF 164, otra.

8.1.4. Motivo de consulta:

Definición conceptual: motivo asociado a la sintomatología del paciente por la cual el paciente solicita consulta o es referido al servicio de urgencias

Tipo de Variable: Cualitativa

Indicador:

1. Infecciones respiratorias agudas
2. Traumatismos y envenenamientos (fracturas, esguinces, contusiones, sobre ingesta de fármacos, ingesta accidental de químicos)
3. Enfermedades infecciosas intestinales (Gastroenteritis, infecciones abdominales)
4. Embarazo, parto y puerperio
5. Enfermedades del corazón (hipertensión, arritmias, infartos)
6. Dorsopatías (lumbalgia, ciatalgia, cervicalgia crónica)
7. Infección en las vías urinarias
8. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (pie diabético, úlceras, celulitis)
9. Diabetes mellitus
10. Trastornos de los tejidos blandos (síndromes reumáticos)

8.1.5. Color asignado de acuerdo a gravedad:

Definición conceptual: Clasificación del triage institucional de acuerdo a valoración medica inicial del medico de triage que determina el nivel de gravedad para su atención medica

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Indicador: rojo, naranja, amarillo, verde o azul

8.1.6. Ingreso intrahospitalario

Definición conceptual: Diagnostico medico por el cual el paciente es ingresado a hospitalización.

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Indicador: si, no.

9. DESCRIPCION DEL ESTUDIO

Se realizo un estudio retrospectivo, descriptivo, de los principales motivos de consulta. Tomando como base de datos las notas medicas de valoración en el área de Triage que acudieron a solicitar atención médica al servicio de urgencias en el HGZ 47 en el mes de Octubre 2022 en los tres turnos de atención medica y jornada acumulada, obteniendo datos de la hoja de valoración medica inicial, que contaban con todos los criterios de inclusión del estudio, la información se vació en el instrumento de recolección de datos y posteriormente se realizo el análisis estadístico.

10. ANALISIS ESTADISTICO

Para el análisis de los datos se utilizo estadística descriptiva e inferencial.

Se determino, la distribución porcentual por color asignado del triage, así como la distribución porcentual de los motivos de consulta en el servicio de urgencias, la unidad de procedencia de los sujetos que solicitaron atención medica, la edad. Se identificaron los principales motivos de consulta en el servicio de urgencias y se aplicara la prueba de correlación de Pearson para correlacionar los que ameritaron ingreso hospitalario.

11. ASPECTOS ETICOS

Al tratarse de un estudio retrospectivo (expedientes clínicos). Por esto, la necesidad de obtención de consentimiento informado estaría condicionada, como establece la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo, Capítulo I, Artículo 17, Categoría II. Con base en lo establecido por el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud vigente en México, en su Artículo 3, esta investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyen a mejorar la calidad de vida.

CÓDIGO DE NUREMBERG.

Publicado el 20 de agosto de 1947 habla sobre la experimentación en seres humanos; para fines de nuestra investigación, el estudio se realizara en base al expediente clínico por lo que no se pone en riesgo a la población. De acuerdo al código de Núremberg, el programa de investigación se basará en los 4 principios básicos de bioética: no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía. En este estudio no se realizaron procedimientos que pongan en riesgo la integridad del paciente. Además, se aseguro el adecuado manejo de los datos y resultados obtenidos, en caso necesario se entrega información verídica a pacientes y representantes legales; y se protegió la confidencialidad y la toma de decisión libre, informada y responsable.

Esta investigación, en todas sus etapas está basada en los principios éticos del Informe Belmont de 1979, ya que se basa en mantener el respeto a su autonomía, confidencialidad y beneficencia, donde se asegura que durante el proceso de la investigación se evito el daño y se busco intencionadamente un máximo beneficio y se procuro justicia bajo igualdad y sus necesidades individuales.

A partir de los lineamientos del Código Bioético del Médico, los investigadores se obligan a: evitar todo tipo de acciones médicas que sólo persigan su propio beneficio, guardar la confidencialidad de los hechos, datos o circunstancias de que tenga conocimiento como producto de su ejercicio y concebir a la investigación de calidad como un instrumento fundamental para generar conocimiento que contribuya al progreso y consolidación de su especialidad, la cual debe ser congruente y consistente con los principios filosóficos, valores éticos, morales y con las normas éticas, leyes y regulaciones nacionales e internacionales vigentes en la materia. Junto con lo anterior, el principio de que la salud y el bienestar de todas las personas son prioridades que se anteponen a cualquier proyecto de investigación y debe siempre ponderar beneficios y riesgos. Los investigadores debieron reconocer los alcances y limitaciones

de su producción científica y los resultados son el fiel reflejo de lo observado, medido y analizado en este proyecto de investigación.

La base de datos que concentro la información personal de los participantes, así como su información de contacto, existe en una única copia resguardada por el investigador principal y ha sido manejada con estricta confidencialidad. De la misma forma, ningún producto de la investigación expondrá la identidad de los individuos partícipes y estos solo serán utilizados para fines académicos y de investigación, en concordancia con lo establecido por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Los potenciales participantes se seleccionaron de forma probabilística, por lo que su inclusión en el estudio fue con equidad y justicia, donde no existió ningún tipo de discriminación, ya sea por condiciones físicas, sociales, políticas, religiosas, género, preferencias sexuales, etc.

DECLARACIÓN DE HELSINKI.

De la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de la 59ª asamblea General, Seúl, Corea, octubre de 2008, en su apartado 3 y 6.- El deber del médico es promover y velar por la salud de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. El bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener primacía sobre todos los intereses de los investigadores.

Este protocolo se realizó en el HGZ No. 47 del IMSS y se apego a los criterios establecidos por la declaración de Helsinki cuyos principios más sobresalientes relaciones con el presente incluyen: 1. La investigación biomédica que implica a personas debe concordar con los principios científicos aceptado universalmente y debe basarse en una experimentación animal y de laboratorio suficiente y en un conocimiento minucioso de la literatura científica. 5. Todo proyecto de investigación biomédica que implique a personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsible tanto para las personas como para terceros. La salvaguardia de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad.

El presente protocolo, se apega a los criterios establecidos por la declaración de Helsinki. Es evaluado por un comité de ética, cumpliendo los principios éticos de Respeto al individuo, beneficencia y no mal eficiencia y de justicia.

CIOMS.

CONSEJO DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES DE LAS CIENCIAS MÉDICAS. Trata de los principios éticos en investigación en salud, fundada en 1982 en colaboración con la OMS y la UNESCO. De esta destacan los siguientes apartados, basados en la última actualización 2016.

PAUTA 1: VALOR SOCIAL Y CIENTÍFICO, Y RESPETO DE LOS DERECHOS. La justificación ética para realizar investigaciones relacionadas con la salud en que participen seres humanos radica en su valor social y científico: la perspectiva de generar conocimiento y los medios necesarios para proteger y promover la salud de las personas.

PAUTA 9: PERSONAS QUE TIENEN CAPACIDAD DE DAR CONSENTIMIENTO INFORMADO. Documentación del consentimiento. El consentimiento puede indicarse de varias maneras. El participante puede expresar consentimiento verbalmente, firmar un formulario de consentimiento o, si la persona no tiene la capacidad para tomar la decisión, debe hacerlo un tutor legal u otro representante debidamente. El comité de ética de la investigación puede aprobar una dispensa del requisito de formar el documento de consentimiento bajo ciertas condiciones.

Se redacción fue aprobada por el comité de la investigación. El consentimiento se solicitó verbal y posteriormente se solicitó la firma de dicho documento la cual fue certificada por la persona que obtiene el consentimiento o por un testigo presente al momento de la obtención.

PAUTA 25: CONFLICTOS DE INTERESES. Los comités de ética de la investigación también pueden requerir que se limite la participación de los investigadores en un estudio cuando estos tengan un conflicto de intereses.

En el presente protocolo, se utilizan las pautas de la CIOMS, 1, 9, 22 y 25, se solicitó la firma de consentimiento informado expresando los riesgos y beneficios de participar en el estudio. El presente estudio se somete a una valoración por un comité de ética.

INFORME BELMONT

Publicado el 30 de septiembre de 1978; explica y unifica los principios éticos básicos de diferentes informes de la Comisión Nacional y las regulaciones que incorporan sus recomendaciones. Los tres principios éticos fundamentales para usar sujetos humanos en la investigación son:

- Respeto a las personas: protegiendo la autonomía de todas las personas y tratándolas con cortesía, respeto y teniendo en cuenta el consentimiento informado.
- Beneficencia: maximizar los beneficios para el proyecto de investigación, mientras se mimetizan los riesgos para los sujetos de la investigación.
- Justicia: usar procedimientos razonables, no explorados y bien considerados para asegurarse que se administran correctamente (en términos de costo - beneficio).

El presente estudio se baso en los tres principios éticos de respeto, beneficencia y justicia, ya que se solicito una excepción de consentimiento informado, además de tener riesgos mínimos en la investigación, ya que solo se utilizará la hoja de recolección de datos.

ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD.

En este estudio solo se realizo una revisión de expedientes clínicos y se realizo el llenado de la hoja de recolección de datos y no se tomo ningún tipo de muestras biológicas.

El presente estudio fue aprobado por el comité de ética del Instituto Mexicano del Seguro Social con número de registro: R-2023-3605-033

12. CONFLICTOS DE INTERESES

El grupo de investigadores no recibió financiamiento externo y no se encuentra en conflicto de interés ético, económico, médico o farmacológico para participar en el presente estudio.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las principales limitaciones del estudio fueron la falta de tiempo asignado en el programa académico para realizar actividades de investigación y la falta de tiempo asignado para la recolección de la información.

13. BENEFICIOS ESPERADOS Y USO DE RESULTADOS

El presente estudio pretendió obtener resultados de acuerdo a la estadística mundial y nacional sobre los principales motivos de consulta y su correlación con los ingresos hospitalarios, en el servicio de urgencias en el HGZ 47, para identificar los ingresos hospitalarios, la categorización de acuerdo al triage adecuada del pacientes con relación al motivo de consulta, lo cual traerá consigo generar estrategias de mejora a nivel de gestión de los recursos de salud.

14. RESULTADOS

Análisis descriptivo:

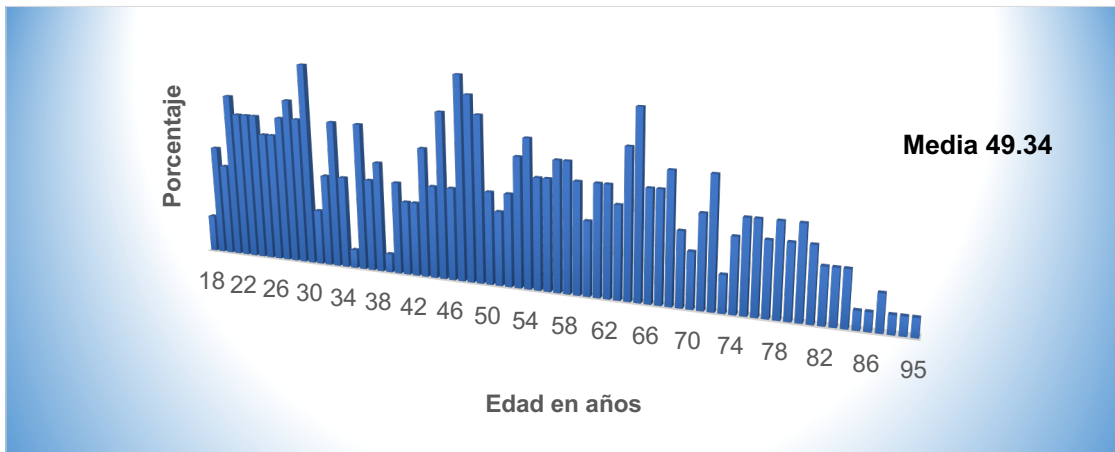
Se analizaron 400 expedientes clínicos durante el periodo de octubre 2022, siendo eliminado un expediente por no contar con motivo de consulta anotado en la valoración de Triage en el Hospital general de zona 47 “Vicente Guerrero” Instituto Mexicano del seguro social, con una edad media de 49 años con desviación estándar de 19.1.

Edad media

N	Válido	399
Media		49.34
Mínimo		18
Máximo		95

Fuente: expediente clínico del HGZ 47(tabla 1)

Edad



Fuente: tabla 1

MOTIVOS DE CONSULTA:

Los principales motivos de consulta en el servicio de urgencias fueron en segundo lugar las infecciones de vías respiratorias agudas con 15%, de las cuales un 3% amerito ingreso hospitalario, en tercer lugar las enfermedades infecciosas intestinales con 15.3% de las cuales 22.5% requirió internamiento y en cuarto lugar traumatismo y envenenamientos con 14% de las cuales 7.1% requirió internamiento. El primer lugar fueron otros motivos que no se agruparon en los 10 principales motivos de consulta de acuerdo a la bibliografía consultada.⁽²⁴⁾

NÚMERO Y PORCENTAJE DE INGRESOS

		Frecuencia	Porcentaje
Ingreso	Si	169	42.4%
	No	230	57.6%
	Total	399	100.0

Fuente: expediente clínico del HGZ 47 (tabla 2)



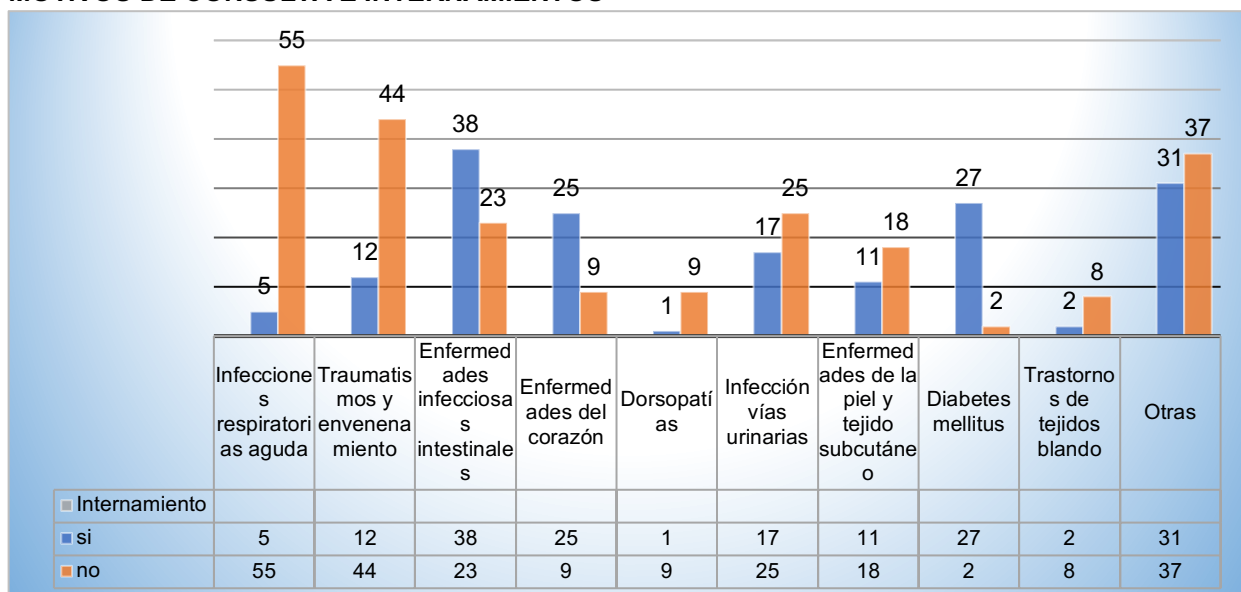
Fuente: tabla 2

MOTIVOS DE CONSULTA E INTERNAMIENTOS

Motivos de consulta	Internamiento		Total
	si	no	
Infecciones respiratorias aguda	5	55	60
	3.0%	23.9%	15.0%
Traumatismos y envenenamiento	12	44	56
	7.1%	19.1%	14.0%
Enfermedades infecciosas intestinales	38	23	61
	22.5%	10.0%	15.3%
Enfermedades del corazón	25	9	34
	14.8%	3.9%	8.5%
Dorsopatías	1	9	10
	0.6%	3.9%	2.5%
Infección vías urinarias	17	25	42
	10.1%	10.9%	10.5%
Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo	11	18	29
	6.5%	7.8%	7.3%
Diabetes mellitus	27	2	29
	16.0%	0.9%	7.3%
Trastornos de tejidos blando	2	8	10
	1.2%	3.5%	2.5%
Otras	31	37	68
	18.3%	16.1%	17.0%
Total	169	230	399

Fuente: expediente clínico del HGZ 47 (tabla 3)

MOTIVOS DE CONSULTA E INTERNAMIENTOS



Fuente: tabla 3

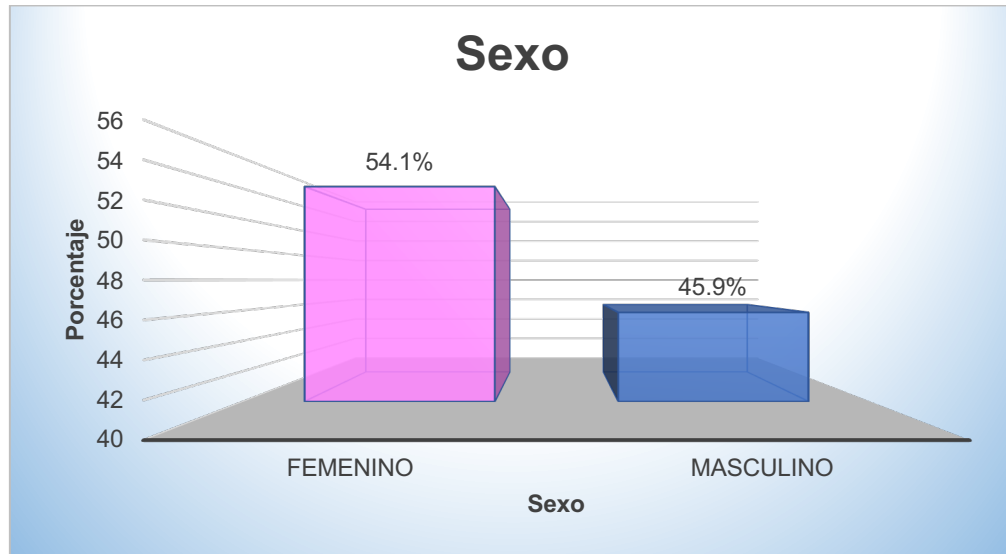
SEXO

La distribución porcentual por género que solicitó consulta fue el femenino con un 54.1% y para el masculino de 45.9%:

SEXO

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Femenino	216	54.1
	Masculino	183	45.9
	Total	399	100.0

Fuente: expediente clínico del HGZ 47 (tabla 4)



Fuente: tabla 4

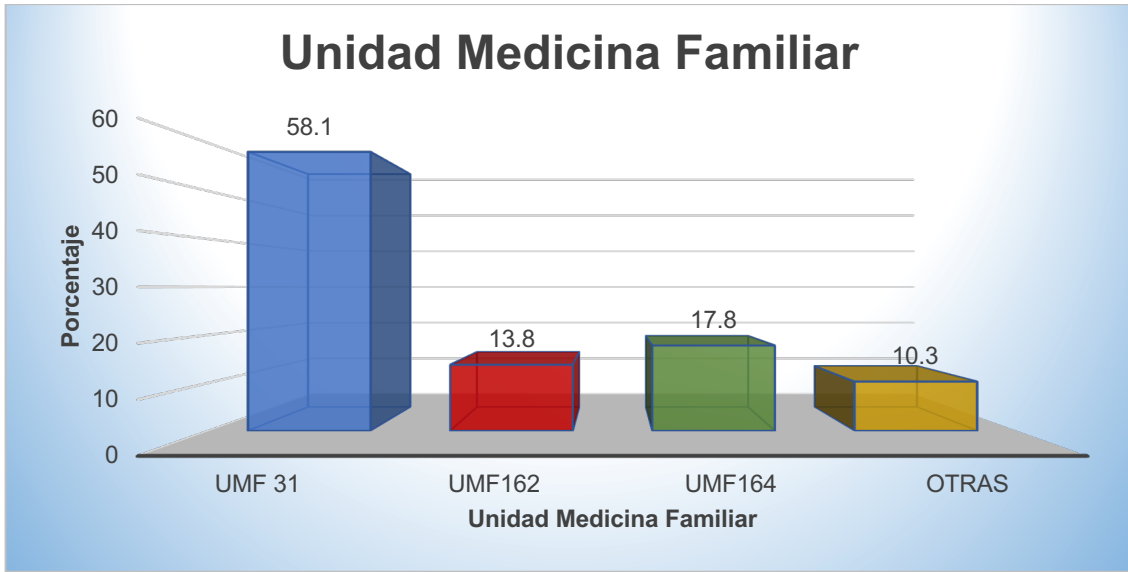
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

La distribución porcentual de las unidades de procedencia de fueron para la UMF 31 58.1%, UMF 162 13.8%, UMF 164 17.8%, otras 10.3%.

UMF

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	UMF 31	232	58.1
	UMF162	55	13.8
	UMF164	71	17.8
	Otras	41	10.3
	Total	399	100.0

Fuente: expediente clínico del HGZ 47 (tabla 5)



Fuente: tabla 5

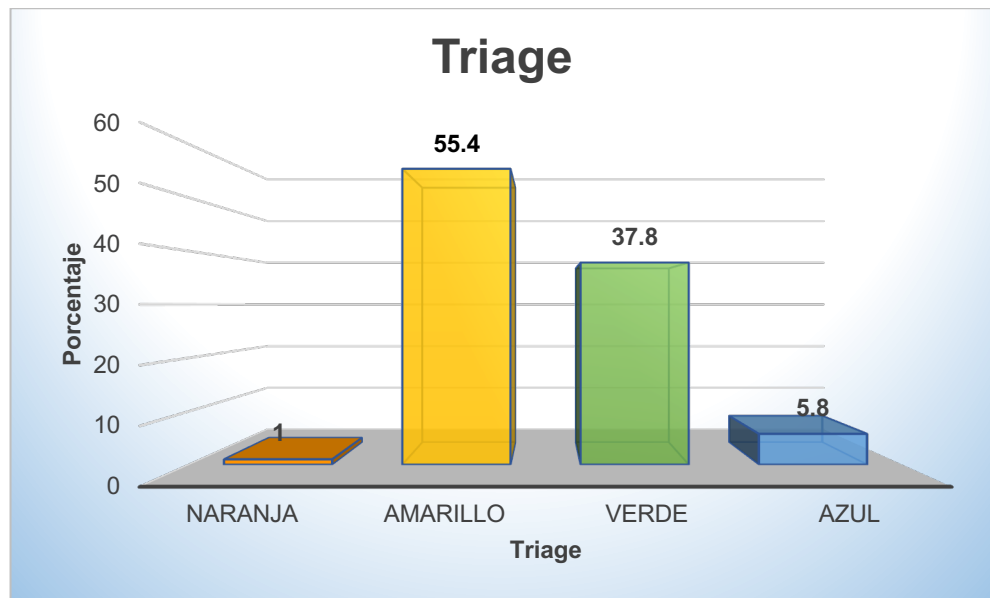
CLASIFICACION DEL TRIAGE

La distribución porcentual por color asignado de los motivos de consulta en el servicio de urgencias, de acuerdo a la clasificación que se le da en triage fue Naranja 1%, Amarillo 55.4%, Verde 37.8%, Azul 5.8%.

TRIAJE

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Naranja	4	1.0
	Amarillo	221	55.4
	Verde	151	37.8
	Azul	23	5.8
	Total	399	100.0

Fuente: expediente clínico del HGZ 47 (tabla 6)



Fuente: tabla 6

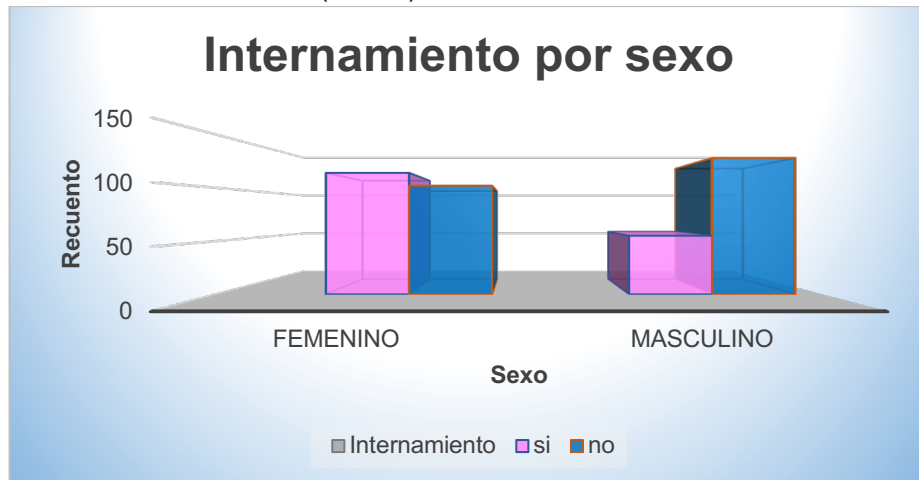
CORRELACION ENTRE EL SEXO E INTERNAMIENTO

En la correlación del sexo y el internamiento se pudo establecer una correlación ($p < .001$, intervalo de confianza 95%), que el genero femenino tiene un riesgo estimado 2.6 (1.72 - 3.93) mayor para ser internado.

Sexo e Internamiento

		Internamiento		Total
		si	no	
Sexo	Femenino	114 67.5%	102 44.3%	216 54.1%
	Masculino	55 32.5%	128 55.7%	183 45.9%
Total		169 100.0%	230 100.0%	399 100.0%

Fuente: expediente clínico del HGZ 47 (tabla 7)



Fuente tabla 7

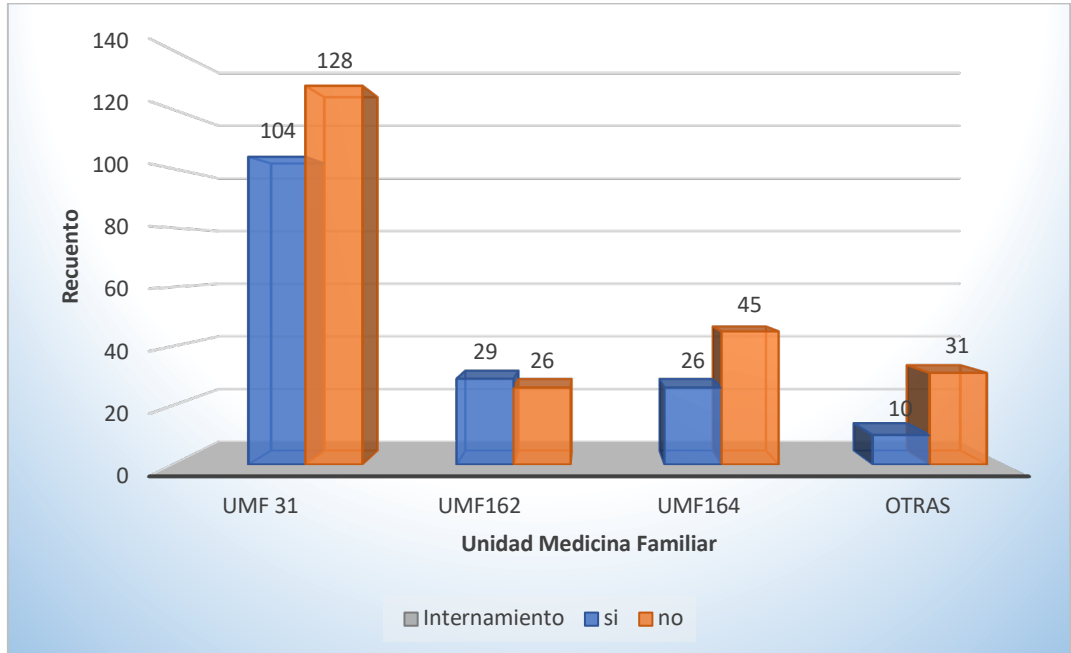
CORRELACION ENTRE LA UMF Y EL INTERNAMIENTO

No se pudo establecer una correlación entre la UMF y el internamiento. Lo que significa que el riesgo de ingreso es el mismo para todas las unidades de procedencia.

UNIDAD MEDICINA FAMILIAR E INTERNAMIENTO		Internamiento		Total
		si	no	
Unidad Medicina Familiar	UMF 31	104 61.5%	128 55.7%	232 58.1%
	UMF162	29 17.2%	26 11.3%	55 13.8%
	UMF164	26 15.4%	45 19.6%	71 17.8%
	Otras	10 5.9%	31 13.5%	41 10.3%
	Total	169 100.0%	230 100.0%	399 100.0%

Fuente: expediente clínico del HGZ 47 (tabla 8)

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR E INTERNAMIENTO



Fuente: tabla 8

CORRELACION ENTRE EL TRIAGE Y EL INTERNAMIENTO

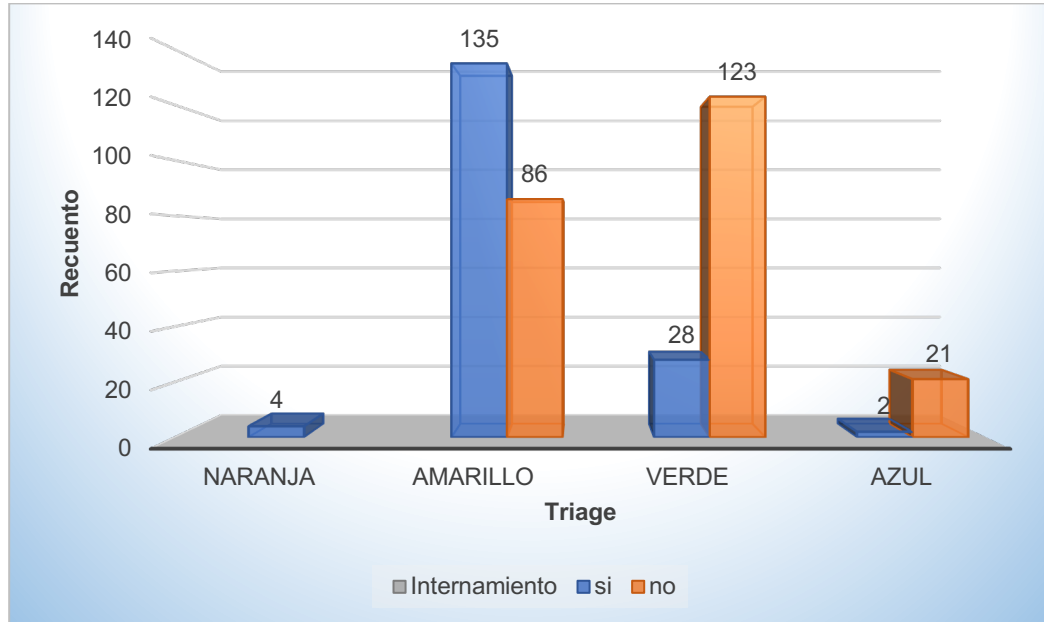
No se pudo establecer una correlación entre el triage y el internamiento. Tomando en cuenta los pacientes con triage naranja, amarillo, verde y azul.

TRIAJE E INTERNAMIENTO

		Internamiento		Total
		si	no	
Triage	Naranja	4	0	4
		2.4%	0.0%	1.0%
	Amarillo	135	86	221
		79.9%	37.4%	55.4%
	Verde	28	123	151
		16.6%	53.5%	37.8%
	Azul	2	21	23
		1.2%	9.1%	5.8%
Total		169	230	399
		100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: expediente clínico del HGZ 47 (tabla 9)

TRIAGE E INTERNAMIENTO



Fuente tabla 9

ANALISIS INFERENCIAL

Los principales motivos de consulta en el HGZ 47 no se correlacionan con el ingreso hospitalario. Ya que dentro de los principales motivos de consulta fueron las infecciones respiratorias agudas, sin embargo de esas consultas solo el 3 % requirió internamiento, las enfermedades infecciosas intestinales con 15.3% de las cuales 22.5%. También dentro de los motivos de consulta están las enfermedades del corazón las cuales requirieron un ingreso hospitalario hasta del 60%.

De acuerdo a varios estudios de los principales motivos de consulta, aproximadamente hasta 40% de los pacientes valorados ameritan ingreso hospitalario. ⁽²⁹⁾ comparado con nuestro estudio, el servicio de urgencias se encuentra dentro de la media estadística con 42.4%.

En este estudio se identificó que existe una correlación de riesgo elevado de ser del género femenino para ser internado.

Se logró correlacionar un aumento en el riesgo de internamiento por la edad de los pacientes sin embargo es del 0.3 mayor el riesgo en los pacientes jóvenes que los adultos mayores de 65 años. Los pacientes en edad productiva presentan un mayor porcentaje en los motivos de consulta y esto no se asocia que sean los que más se internan.

Sobre la unidad de procedencia, en este estudio no se logró establecer una correlación de riesgo de pertenecer a una unidad de medicina familiar en específico.

Sobre la clasificación del triage y el ingreso, tampoco se pudo establecer una correlación de riesgo. Sin bien los pacientes clasificados con triage naranja se ingresaron en un 100%, también existe un porcentaje hasta 17.8% de ingresos de pacientes clasificados con colores verde y azul.

RECOMENDACIONES:

1. Realizar estudio que determinen que factores de riesgo condicionan que el genero femenino tenga un mayor riesgo de hospitalización.
2. Identificar que condiciona que hasta un 91% de los motivos de consulta asociados a infección de vías respiratorias agudas no requieran internamiento.
3. Identificar las patologías que generan hasta un 73% de los motivos de consulta de patología cardiaca se ingresen.
4. Identificar las patologías y factores de riesgo que generan que hasta un 62% de los motivos de consulta asociados a infecciones y patologías intestinales se internen.
5. Identificar que factores se asociación a que los pacientes de la unidad de medicina familiar 162 sean internados hasta un 52% a diferencia de la UMF 31 con un 44.8% y la UMF 164 con 36.6%.
6. Identificar que factores se asocian a que los pacientes clasificados con triage verde y azul (urgencia sentida) sean ingresados hasta un 7.5%
7. Capacitación continua al personal asignado al área de Triage y primer contacto para garantizar la identificación inmediata de los pacientes que requieran atención de urgente.

ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

<p align="center">INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y SU CORRELACION CON LOS INGRESOS HOSPITALARIOS EN HOSPITAL GENERAL DE ZONA 47 VICENTE GUERRERO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL”</p> <p>Raúl Aristóteles Gonzaga Miguel*. Hernández Martínez Julia Patricia ** Investigador principal* Investigador asociado**</p>					
EDAD (AÑOS)					
GENERO	Femenino	masculino			
UNIDAD DE PROCEDENCIA	UMF 31	UMF 162	UMF 164	Otro	ND
MOTIVO DE CONSULTA:	1. Infecciones respiratorias agudas 2. Traumatismos y envenenamientos (fracturas, esguinces, contusiones, sobre ingesta de fármacos, ingesta accidental de químicos) 3. Enfermedades infecciosas intestinales (Gastroenteritis) 4. Embarazo, parto y puerperio 5. Enfermedades del corazón (hipertensión, arritmias, infartos) 6. Dorsopatías (lumbalgia, ciatalgia) 7. Infección en las vías urinarias 8. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (pie diabético, úlceras, celulitis) 9. Diabetes mellitus 10. Trastornos de los tejidos blandos (síndromes reumáticos)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		OTRAS	
COLOR ASIGNADO DE MOTIVO DE CONSULTA POR EL TRIAGE	Rojo	naranja	amarillo	Verde	azul
INGRESO HOSPITALARIO		SI	NO		

ANEXOS 1

Nivel de gravedad	Tipo de atención	Color	Área de atención	Tiempo de espera para atención (minutos)
1	Reanimación	Rojo	Área de reanimación	Inmediato Hasta 3
2	Emergencia	Naranja	Área de reanimación	Inmediato Hasta 10
3	Urgencia	Amarillo	Consultorio de Primer Contacto	Hasta 30
4	Urgencia Menor	Verde	Consultorio de Primer Contacto o Unidad de Medicina Familiar	Hasta 120
5	Sin Urgencia	Azul	Consultorio de Primer Contacto o Unidad de Medicina Familiar	Hasta 180

IMSS utiliza la siguiente escala de cinco niveles, los tiempos promedios de espera fueron adecuaciones a la Manchester Triage System.

BIBLIOGRAFIA

1. Rocovich C, Patel T. Emergency department visits: Why adults choose the emergency room over a primary care physician visit during regular office hours? *World J Emerg Med* [Internet]. 2012;3(2):91-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25215045/>
2. Mackway-Jones K (2004). *Triaje de urgencias hospitalarias*. BMJ Publishing. Manchester. *Prensa Médica Argent*. Junio 2016 Vol. 102 - N° 4. *Prensa Médica Argentina*. Junio 2016 Vol. 102 - N° 4 233-241)
3. Jiménez MC, Martínez M, López A, Sánchez I, Gómez MC, Rodríguez JA. Gestión de los recursos materiales desde una dirección de enfermería. *Gac Sanit* [Internet]. 1999;13:8120. Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-gestion-de-los-recursos-materiales-articulo-13008562>
4. Gómez-Jiménez J. (2006) Urgencia gravedad y complejidad, un constructor teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado, *emergencias 2006*; Área de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud. Organización Panamericana de la Salud 18:156-164
5. Herrera-Almanza L, Hernández-Martínez A, Roldan-Tabares MD, et al. El triaje como herramienta de priorización en los servicios de urgencias. *Med Int Mex*. 2022;38(2):322-334.
6. Ramos JMF. Historia del triaje - Tipos y clasificación de triaje. 2EVS - Educación Especializada Virtual en Salud. 2019. Disponible en: <https://2evs.co/historia-del-triaje/>
7. Martínez AV. (2012) Educación en Medicina de Urgencia. *Medigraphic.com*. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/urgencia/aur-2012/aur121a.pdf>.
8. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202212/625>
9. Norma oficial Mexicana NOM-168-ssa1-1998. Del expediente clínico
10. Illescas-Fernández GJ. (2006) *Triaje: atención y selección de pacientes: Trauma*, Vol. 9, Num. 2, pp 48-56. Mayo-Agosto 2006.
11. Quezada RL. (2006) *Triaje en el servicio de urgencias*. *Medicina Interna*. Mex 2006;22(4):310-6.
12. Secretaría de Salud. (2008). *Triaje Hospitalario de primer contacto en los servicios de urgencias adultos para segundo y tercer nivel*. Disponible en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

13. Instituto Mexicano del Seguro Social. (2010) Procedimiento para la clasificación de pacientes (Triage) en el Servicio de Admisión Continua o Urgencias en Unidades Médicas de Tercer Nivel. 2010 p. Anexo 6:1–15).
14. Procedimiento para la clasificación de pacientes (triage) en el Servicio de Admisión Continua o Urgencias en Unidades Médicas de tercer nivel. (2010) Gob.mx. Disponible en: <http://repositorio.imss.gob.mx/normatividad/DNMR/Procedimiento/2430-003-039.pdf>
15. Fernández-Guerrero IM, Santos PB, Martín-Sánchez FJ, Hidalgo-Rodríguez A, Las MD, Leal-Lobato M, et al. Producción científica de los urgenciólogos españoles durante el quinquenio 2010-2014 y comparación con el quinquenio 2005-2009 [Internet]. Seup.org. Disponible en: https://seup.org/pdf_public/emergencias_2016.pdf
16. Sempere-Selva T, Peiró S, Sendra-Pina P, Martínez-Espín C, López-Aguilera I. (2001) Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude, associated factors, and reasons--an approach with explicit criteria. *Ann Emerg Med.* 2001; 37(6):568–79. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11385325/>
17. Pozuelo García A, Torné Vilagrasa E, Guarga Rojas A, Torras Boatella MG, Pasarin Rúa M, Borrell Thió C.(2003) Análisis de la demanda en los servicios de urgencias de Barcelona. *Aten Primaria;* 32(7):423–4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14622556/>
18. Pérez-Ciordia I, Brugos A, Guillén-Grima F, Fernández-Martínez C, Aguinaga I. (2011) Identificación de problemas y propuestas para mejorar la atención de las urgencias extrahospitalarias en Navarra: un estudio Delphi. *An Sist Sanit Navar .* 2011 ;34(3):395–407. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000300006
19. Juan Francisco García-Regalado, Noe Arellano-Hernández, Jorge Loría-Castellanos. (2016) Triage hospitalario. Revisión de la literatura y experiencia en México. *Pren. Méd. Argent.* Junio 2016 Vol. 102 - Nº 4. Disponible en: <https://docplayer.es/51943290-Triage-hospitalario-revision-de-la-literatura-y-experiencia-en-mexico.html>
20. Loría-Castellanos J, Flores-Maciel L, Márquez-Ávila G, et al. (2010). Frecuencia y factores asociados con el uso inadecuado de la consulta de urgencias de un hospital. *cir cir.* 2010;78 (6):508-514.
21. Martínez-Gracián HL, Raúl Ponce-Rosas E, Madrigal-de León HG, Baillet-Esquivel LE. (2015) Análisis de los motivos de consulta para la toma de decisiones en Medicina Familiar. *Aten Fam [Internet].* 2015;22(1):14–8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-atencion-familiar-223-articulo-analisis-los-motivos-consulta-toma-S1405887116300396>

22. www.imss.gob.mx/estadisticas/Documents/20102011/C12.pdf.
23. Soto EG, Lutzow SMA, González GR. (2012) Rasgos generales del sistema de salud en México.
Disponible: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/planunico/spii/antologia2012/15.pdf>
24. INFORME AL EJECUTIVO FEDERAL Y AL CONGRESO DE LA UNIÓN SOBRE LA SITUACIÓN FINANCIERA Y LOS RIESGOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL 2015-2016 Primera edición, 2016. Instituto Mexicano del Seguro Social Reforma No. 476, Col. Juárez 06600, Ciudad de México.
25. Dehghan A, Nowar MA, Molodynski A. (2017). Improving the referral process from primary care to an AMHT. *Prog Neurol Psychiatr.* 21(3):22–5. Disponible en: <https://wileymicrositebuilder.com/trends/wp-content/uploads/sites/28/2017/08/OR-Molodynski-referral-process-revised-final-proof.pdf>
26. Wadoo O, Ouanes S, Ahmed MAS, Saeid ISA, AlAbdulla SA, AlAbdulla M. (2021) Improving referrals from primary care to secondary mental health services through an educational intervention: experience from Qatar. *BJPsych Int.* 2021 Aug;18(3):70-74. doi: 10.1192/bji.2021.5. PMID: 34382952; PMCID: PMC8314983.
27. Aragón Medina ER, Martínez Contreras AM, López Parra F, Dautt Silva J, Magaña Méndez A. (2019) Motivos de referencia al servicio de urgencias del primer al segundo nivel de atención. *Aten Fam [Internet].* 2019;27(1):32. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2020/af201e.pdf>
28. Menéndez JL, Olmeda CL, Linares JO, Senande EB, Cerrada EC. (2005). Adecuación de las derivaciones desde atención primaria al servicio de urgencias hospitalario en el Área 9 de Madrid. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.* 2005;17(5):215-219.
29. COMUNICADO DE PRENSA NÚM. 475/22 23 DE AGOSTO DE 2022 PÁGINA 1/36. Org.mx.
<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/ESEP/ESEP2021.pdf>.
30. Calahorra T (2022). Aumento de consultas en urgencias pediátricas: “Hay que educar”. Redacción Médica. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/virico/noticias/aumento-de-consultas-banales-en-urgencias-pediatricas-hay-que-educar-9519>