

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**



**Factores que intervienen en el tiempo de espera en el
Servicio de Urgencias del Hospital General de
Ensenada**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**PRESENTA:
JEANNETTE GARCÍA MARTÍNEZ**

TIJUANA, B.C., MÉXICO

Abril, 2016

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA SALUD

**"Factores que intervienen en el tiempo de espera en el Servicio de
Urgencias del Hospital General de Ensenada, B. C."**

T E S I S

QUE PARA CUBRIR PARCIALMENTE LOS REQUISITOS NECESARIOS
PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD

PRESENTA:

Jeannette García Martínez

Aprobada por:


Dr. David Sergio Salas Vargas

Director de tesis


M. en C. Alma Aurora Arreola Cruz

Sinodal


M. en C. Balam Ruíz Ruíz

Sinodal

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios primeramente por permitirme lograr una meta más en mi vida.

A mis padres por el apoyo y la paciencia durante el tiempo invertido en este proyecto, por darme la confianza y ánimo en momentos difíciles, así como a mis hermanos que creyeron en mí y animaron a lograr una meta más en mi vida profesional.

Agradezco a mi Director de tesis Dr. David Salas por tu tiempo empleado para asesorarme y dirigirme durante este proyecto, a los Sinodales (M. en C. A. Aurora Arreola y M. en C. Balam Ruiz) por sus consejos y aportación para el desarrollo de esta investigación, así como a cada uno de mis maestros que compartieron su tiempo y todos sus conocimientos aportando significativamente para mi formación.

Agradezco a la Dra. Olivia Corona, Jefa del Servicio de Urgencias por su apoyo para el desarrollo de este estudio así como a las autoridades del Hospital General de Ensenada que me dieron su apoyo autorizando el acceso a los datos para realizar esta investigación.

RESUMEN

Introducción: La base de datos del archivo del Departamento de Emergencias del Hospital General de Ensenada, B. C., México indican que se puede mejorar aún más los tiempos de espera en la Sala de Urgencias. **Objetivo:** Identificar los factores que interfieren en el tiempo de espera para la atención de los pacientes en la Sala de Urgencias del Hospital General de Ensenada, B.C., México. **Métodos:** Se realizó un análisis estadístico retrospectivo, descriptivo, de los expedientes de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital General de Ensenada de enero de 2011 a diciembre de 2012. **Resultados:** El tiempo promedio de espera en el 2011 fue de 37 min y disminuyó a 33 min en el 2012, aun cuando se tuvo un incremento de 2,838 pacientes en comparación al año anterior. Identificamos que el factor asociado a género no influyó en el tiempo de espera de la atención, sino el tipo de urgencia o emergencia que se presentó, así como su tipo de arribo al hospital. Asimismo observamos que no hay implementación de un Triage eficiente en sala de espera. **Conclusiones:** El servicio de urgencias del Hospital General requiere de un proceso de atención de Triage por personal capacitado en la sala de espera para establecer prioridades y tiempos de atención para actuar de manera eficiente ante la evidencia de la urgencia y determinar estrategias de mejora de la calidad de atención que cumpla con la NOM-027-SSA-2013. Ahora, al conocer algunos de los factores que influyen de forma parcial en el tiempo de espera, se establecerán estrategias de acción que puedan beneficiar en la atención del paciente.

PALABRAS CLAVE: *Sala de emergencia, Tiempo de espera, Triage, Indicador de Calidad*

ABSTRACT

Context: Records in the Emergency Department at the General Hospital in Ensenada, México, indicate that there are ways to improve waiting times at the Emergency Room. **Objective:** To identify the factors that interferes with wait time, in order to get medical attention at the Emergency Department at General Hospital in Ensenada, México. **Methods:** Retrospective descriptive statistical analysis of waiting times as a quality indicator were performed based on records of patients that attended the Emergency Department from January 2011 to December 2012. **Results:** Average wait times in 2011 were 37 min and it decreased to 33 min in 2012, even if there was an increase of 2,838 in the number of patients in 2012 compared to the year before. We identify that the sex related factor didn't have an influence in wait times but the kind of emergency and the way patients arrived at the hospital. Also no Triage implementation was observed in the Emergency Department. **Conclusion:** Urgency services requires a Triage attendance process by qualified personnel in the Emergency Department at the General Hospital in Ensenada, México to stablish well identified priorities, waiting times in order to act efficiently as well as to determine strategies for continual improvement processes to be in agreement with Mexico's official standard norm: NOM-027-SSA-2013. Now that we know real factors that have partial influence in waiting times there will be applied action strategies that could benefit patient attendance.

KEYWORDS: *Emergency Room, Emergency Department, Wait time, Triage, Quality Indicator*

INDICE GENERAL

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	ANTECEDENTES.....	3
	II.1 Servicio de Urgencias.....	3
	II.2 Triage.....	4
	II.3 Indicadores de Calidad.	5
	II.4 Población y Salud en Ensenada.....	9
	II.5 Capacitación.....	11
III.	JUSTIFICACIÓN	12
IV.	OBJETIVOS.....	14
	III.1 Objetivo General.....	14
	III.2 Objetivos Específicos.....	14
V.	METODOS.....	15
VI.	RESULTADOS	16
	VI. 1 Población atendida y Tiempo de Espera.....	16
	VI. 2 Estación del año y Tiempo de Espera.....	24
	VI. 3 Día de la semana y Tiempo de Espera.....	26
	VI. 4 Tipo de atención y Tiempo de Espera.....	30
	VI. 5 Tipo de arribo y Tiempo de Espera.....	36
VII.	DISCUSIÓN.....	42
VIII.	CONCLUSIÓN.....	48
IX.	LITERATURA CITADA	50
X.	GLOSARIO.....	53

INDICE DE FIGURAS

Figura 1	Redición de cuentas en Salud 2005. Secretaría de salud	6
Figura 2	Rendición de cuentas en Salud 2012. Secretaría de Salud	8
Figura 3	Cobertura del Seguro popular en México. Secretaría de Salud.....	9
Figura 4	Total de pacientes atendidos agrupados por trimestre en 2011 y 2012.....	17
Figura 5	Tiempo de espera en minutos por mes en el Hospital General de Ensenada en 2011 y 2012.....	18
Figura 6	Porcentaje de pacientes pediátricos atendidos por la causa de consulta por su síntoma principal durante 2011 y 2012.....	19
Figura 7	Porcentaje de pacientes adultos atendidos por la causa de consulta por su síntoma principal durante 2011 y 2012.....	21
Figura 8	Tiempo de Espera en minutos según la causa de consulta en la sala de Urgencias en pacientes pediátricos durante el 2011 y 2012	22
Figura 9	Tiempo de Espera en minutos por la causa de consulta en la sala de Urgencias en pacientes adultos en los años 2011 y 2012	23
Figura 10	Pacientes atendidos en el 2011 y 2012 por género.....	23
Figura 11	Porcentaje de pacientes atendidos en el servicio de urgencias en el Hospital General de Ensenada en el periodo de Enero del 2011 a Diciembre del 2012	24
Figura 12	Pacientes atendidos durante las estaciones del año en 2011 y 2012	25

LISTA DE FIGURAS (continuación)

Figura 13	Pacientes atendidos por día de la semana durante el 2011 y 2012.....	28
Figura 14	Pacientes atendidos en el Servicio de urgencias del Hospital General durante el 2011 y 2012 por el motivo de atención.....	31
Figura15	Porcentaje de atención de accidentes y atención ginecológica en pacientes de urgencias adultos y pediátricas durante el 2011 y 2012	34
Figura16	Pacientes que arriban en ambulancia y que son referidos de otra institución en el 2011	37
Figura17	Pacientes que arriban en ambulancia y que son referidos de otra institución en el 2012.....	38
Figura 18	Tiempo de espera promedio por mes en el Servicio de Urgencias durante el 2011 por su tipo de arribo al hospital.....	39
Figura 19	Tiempo de espera promedio por mes en el Servicio de Urgencias durante el 2012 de acuerdo al tipo de arribo al hospital	41

INDICE DE TABLAS

Tabla 1	Pacientes atendidos según el género por mes durante 2011 y 2012	16
Tabla 2	Total de pacientes pediátricos atendidos de acuerdo a la causa de consulta en urgencias en 2011 y 2012 ..	19
Tabla 3	Pacientes atendidos con diarrea como parte del cuadro Clínico.....	20
Tabla 4	Total de pacientes adultos atendidos de acuerdo a las patologías en 2011 y 2012.....	21
Tabla 5	Tiempo de espera promedio registrado de acuerdo a la temporada en el 2011 y 2012 en relación a los días de la semana.....	25
Tabla 6	Pacientes atendidos por mes según el día de la semana ..	27
Tabla 7	Promedio de pacientes atendidos por día por mes en el 2011 y 2012 así como su relación con el tiempo de espera.....	29
Tabla 8	Total de pacientes registrados de acuerdo al motivo de atención en 2011 y 2012	31
Tabla 9	Relación de pacientes atendidos de acuerdo al tipo de atención por mes del año 2011 y 2012	32
Tabla 10	Tiempo de Espera en minutos por trimestre por motivo de atención en el 2011 y 2012.....	35
Tabla 11	Pacientes atendidos en urgencias que arribaron al servicio en ambulancia o que fueron referidos, y su relación con el tiempo de espera en el 2011 y 2012.....	40

INTRODUCCION

Los servicios de urgencias son aquellos destinados para recibir, estabilizar y atender al paciente que requiera una atención médica inmediata, la cual, ponga en peligro la vida de un órgano o una persona. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), urgencia se puede definir como la aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia¹. Normalmente los pacientes que acuden al servicio de urgencias, tienen que tomar un lugar en una lista de espera para recibir la atención requerida, sin embargo en este servicio uno de los procesos estratégicos de atención es de acuerdo al tipo de urgencia que se presenta el paciente, es la prontitud de su atención. En la actualidad los servicios de urgencias siguen siendo uno de los servicios de mayor saturación en los hospitales de todo el mundo² y esto lleva a un aumento en el tiempo de espera para ser atendidos, por lo que se ha creado a nivel internacional un sistema que permite clasificar al paciente según la gravedad de su enfermedad aguda denominado "Triage", permitiendo una mejor atención para el paciente³.

Sin embargo el tiempo de espera en el servicio de urgencias suele ser prolongado por la sobrepoblación en este servicio, ya que puede ser sumamente atractivo para los pacientes por diferentes diversas razones, por ejemplo: es un departamento que está abierto las 24hrs del día, todos los días del año, es de fácil acceso para todos, se evitan de hacer largas filas a diferencia de la consulta externa, también los pacientes tienen la oportunidad de ser valorados por los especialistas en ese mismo día sin necesidad de esperar más tiempo para agendar una cita, así como el tener resultados de laboratorio en menos de 2 hrs, provocando que los servicios de urgencias tengan

sobrecarga de trabajo, y esto ha colapsado el proceso de atención en el tiempo de espera en los servicios de urgencias.

Los servicios de salud a nivel mundial así como en México requieren de un sistema de atención de urgencia médica en los hospitales generales que permitan el acceso a un segundo nivel de atención médica eficiente, ágil e inmediata. También el servicio de urgencias es una referencia o contrarreferencia a servicios de primer nivel de atención.

Sin excepción todos los pacientes desean esperar el menor tiempo posible, así como el personal médico está interesado en que la atención del paciente sea lo más eficiente, según el padecimiento y el tipo de urgencia; cabe mencionar que en el proceso de atención al paciente, la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED) han creado indicadores de calidad en salud, el sistema INDICAS evalúa dentro de sus indicadores la organización de los servicios de urgencias y dentro de este rubro se encuentra el tiempo de espera y el porcentaje de usuarios que esperan tiempo estándar para recibir consulta⁴.

ANTECEDENTES

Servicios urgencias

Los Servicios de Urgencia son unidades diseñadas para proporcionar tratamiento médico altamente profesionalizado, con disponibilidad inmediata de recursos especiales a pacientes que requieran (o necesiten) cuidados urgentes, a cualquier hora del día o de la noche⁵. Mientras intentos de proporcionar atención de emergencia son probablemente tan antiguos como la medicina, la historia de la emergencia en la medicina como una especialidad es joven. Inglaterra, Canadá, Australia y los Estados Unidos fueron algunos de los que adoptaron la especialidad de emergencias médicas⁶. En la década de 1950, en el Hospital John Hopkins, en Boston Massachusetts, se originó el Plan de Equipo Médico de emergencia para que un médico de guardia pudiera ser llevado a la escena de un accidente, de administrar tratamiento sobre el terreno, esta iniciativa permitió desarrollar un Departamento de Medicina de Emergencia, así que la historia moderna de la medicina de emergencia esencialmente se inició en la década de 1960. La original "Sala de accidentes" llamada ahora "Sala de Urgencias" en el Hospital John Hopkins era una instalación de dos camas, y los primeros pacientes fueron tratados de forma gratuita.

En México, durante 1966, en el Hospital General de México se intensificó la restructuración física de las instalaciones hospitalarias e iniciaron el reacondicionamiento de una Sala de Urgencias y Médica Intensiva⁷ que posteriormente, se separan. La sociedad Mexicana de Medicina de Emergencias (SMME) nace el 18 de Enero de 1989 en la Ciudad de México D.F.

Triage

Durante el periodo de 1766 a 1842 los médicos del ejército de Napoleón introducen el concepto Triage dentro del lenguaje médico-sanitario. Hasta a finales de los años 90, el concepto de triage sanitario se introdujo en los servicios de urgencias hospitalarios de los EEUU. Debido a que hubo un aumento significativo de la población que asistía al servicio de urgencias, y por consecuencia llevó a la necesidad de las unidades de atención de las patologías de tal forma, que se atendieran primero a los pacientes más graves, y a la vez se utilizaran de forma correcta los recursos disponibles.

A partir los años 60 se inicia de 3 a 4 niveles de asistencia ante el paciente grave creando diferentes sistemas para el Triage⁸, y posteriormente se realizan revisiones y análisis del protocolo del Triage con validez científica que definen 5 niveles de gravedad de asistencia⁹.

A pesar de que existen varios modelos de Triage, en México¹⁰ se implementó el Franco-Aleman. Esto fue posterior a los sucesos de 1985 cuando se presenció uno de los Sismos más grandes en la historia del país¹¹, y esto puso en evidencia la falta de preparación para enfrentar un desastre de tal magnitud en la atención inmediata del paciente en estado crítico.

Programa SICALIDAD propone el siguiente “modelo de Triage”

COLOR	CLASIFICACIÓN	SERVICIOS
ROJO	I Resucitación	Atención inmediata (se mide en segundos)
NARANJA	II Emergencia	Dentro de los primeros 10 minutos
AMARILLO	III Urgencia	Dentro de los primeros 30 minutos
VERDE	IV Poco urgente	Hasta 120 minutos
AZUL	V Sin urgencias	Más de 120 minutos

Tomando en cuenta lo anterior, es necesario realizar una adecuada clasificación para una mejor atención del paciente y una adecuada utilización de los recursos. Ya que en muchas ocasiones el paciente que acude a urgencias puede ser clasificado según el Triage como verde o azul, es decir, su patología es poco urgente por lo que se da prioridad a otros cuya patología es clasificada en Rojo o Naranja.

Indicador de Calidad - Tiempo de Espera

Para el servicio de salud es importante la adecuada atención del paciente, por lo que se ha implementado indicadores de calidad en todo el mundo que puedan ser evaluados de tal forma que puedan ser medidos con el fin de observar una evolución en la atención. Dentro de los indicadores de calidad¹² que se han implementado se encuentran: Urgencias admitidas y clasificadas por prioridad y por circuito asistencial, Tiempo medio de espera para el Triage (min). Tiempo de espera para el Triage mayor de 5 min. Tiempo medio de duración del Triage (min). Tiempo de duración del triage mayor de 5 min, entre otros.

El tiempo de espera no es solo un tema de importancia para México también es un problema en muchos países^{13,14}, en donde se han realizado reformas sanitarias para intentar solucionar esta situación como en Canadá, Australia y el Reino Unido. El tiempo promedio de atención para el servicio de urgencias en México de acuerdo al sistema de calidad INDICAS debe ser menor de 15 minutos¹⁵. Así como en México el tiempo de espera como un índice de calidad de atención en otros países también se ha convertido en un problema serio, demostrando estadísticamente tiempo de espera hasta de 6 horas¹⁶. Por eso la necesidad de la creación del Triage esto permite tener índices de calidad. Por ejemplo, el tiempo de espera para ser atendido en el consultorio de Triage debe ser, en general, de 10 minutos o menos; el tiempo

de duración de la clasificación “tiempo de duración en Triage” que, en general, se recomienda que sea igual o menor de cinco minutos, y la proporción de pacientes que dejan el hospital sin ser atendidos por un médico debe ser menor del 2%. Las diferentes escalas tienen una categoría asignada para cada nivel de Triage¹¹.

En el 2005 en la rendición de cuentas mostraron un promedio del tiempo de espera en urgencias por entidad federativa, tendiendo aproximadamente una nacional de 17.5 minutos, (Fig. 1). En la Rendición de cuentas 2012 el tiempo promedio nacional fue de 26.9 minutos. (Fig. 2).

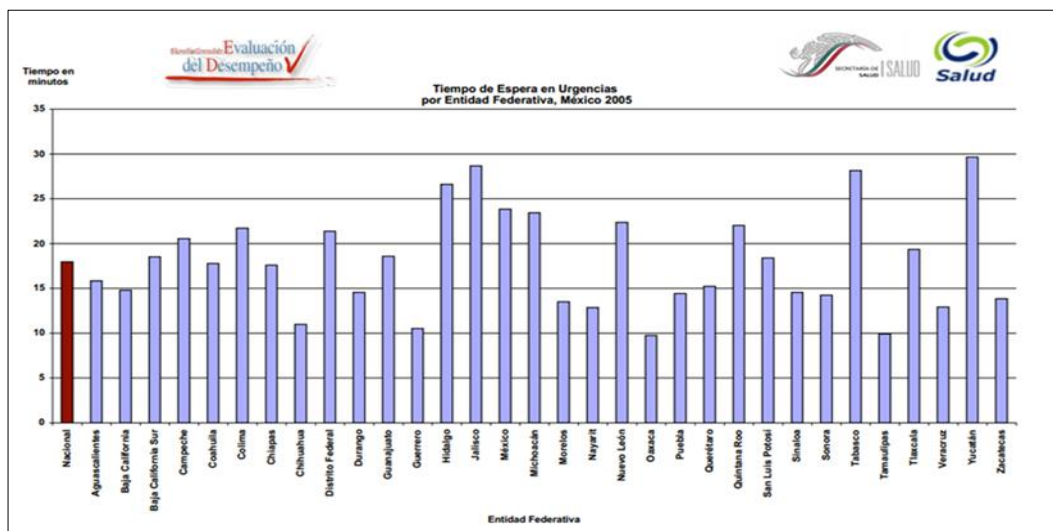


Figura 1 Fuente Redición de cuentas 2005 Secretaría de salud.

Hoy en día el incremento de la población de Ensenada ha provocado mayor demanda de la atención en los servicios de urgencias, según estadísticas se atiende hasta 40,000 pacientes por año en urgencias (En el 2010), esto por consecuencia lleva a la prolongación del tiempo de espera, falta de espacio físico en el servicio, y pacientes insatisfechos con la atención, el

tiempo de espera es diverso dependiendo de diferentes variables: urgencias reales o urgencias sentidas (según la OMS) teniendo una atención inmediata, hasta 2 horas de espera según su motivo de consulta. Por eso se debe realizar una adecuada clasificación de los pacientes. Este proceso se ha convertido en una necesidad, debido a la gran demanda de atención y a la saturación que en ocasiones, sufren dichos servicios, sin ser situaciones de desastres, catástrofes o alguna otra contingencia masiva.

Entidad	Tiempo de espera en consulta externa 1/	Tiempo de espera en urgencias 1/	Porcentaje de usuarios satisfechos con el trato recibido en el primer nivel	Abasto de medicamentos 2/	Personas afiliadas al SPSS	Porcentaje de personas afiliadas al Seguro Popular beneficiarias del Programa Oportunidades
EUM	22.8	26.9	96.9	83.0	52,908,011	26.2
Aguascalientes	11.7	29.2	97.8	84.3	505,235	18.8
Baja California	23.8	28.1	97.8	84.6	1,150,023	7.2
Baja California Sur	29.9	26.8	98.1	72.1	205,226	14.5
Campeche	19.1	26.1	97.2	72.9	477,046	30.2
Coahuila	17.7	15.5	97.5	79.7	686,263	15.1
Colima	11.5	16.1	99.0	87.5	299,036	15.2
Chiapas	24.0	31.2	97.4	76.7	3,414,767	44.5
Chihuahua	17.9	33.3	97.9	76.4	1,235,429	14.2
Distrito Federal	34.4	22.5	92.9	84.6	2,480,090	3.7
Durango	18.9	15.1	98.1	91.6	731,202	25.7
Guanajuato	25.4	29.9	97.6	94.3	3,113,394	23.9
Guerrero	26.3	27.6	97.5	78.3	2,223,470	43.6
Hidalgo	26.3	28.2	96.8	70.9	1,580,326	31.7
Jalisco	29.4	24.1	98.1	78.4	2,772,886	14.3
México	47.9	30.6	94.7	88.7	6,612,349	16.9
Michoacán	25.6	23.6	96.5	54.0	2,357,439	27.8
Morelos	13.5	13.1	96.3	71.4	961,830	22.8
Nayarit	15.0	29.0	98.9	79.4	639,166	15.4
Nuevo León	23.8	18.8	97.6	90.4	1,153,896	13.3
Oaxaca	25.8	61.3	97.6	82.7	2,634,749	40.4
Puebla	35.4	32.9	97.3	81.0	3,141,164	33.9
Querétaro	21.3	21.1	94.7	74.8	850,437	23.5
Quintana Roo	16.7	26.5	98.1	82.4	604,751	23.3
San Luis Potosí	20.9	32.4	96.8	90.4	1,433,095	37.2
Sinaloa	27.9	30.2	98.2	78.1	1,101,119	27.8
Sonora	25.2	17.7	98.1	65.7	858,320	19.7
Tabasco	26.4	30.3	98.3	85.0	1,555,838	31.9
Tamaulipas	25.0	19.4	98.5	88.4	1,384,364	17.1
Tlaxcala	12.9	46.4	98.0	80.2	855,136	25.6
Veracruz	15.9	21.1	97.6	79.4	4,113,017	36.5
Yucatán	15.9	32.8	98.6	86.0	931,743	38.0

Figura 2. Fuente: Rendición de cuentas en Salud 2012 (Tiempo de espera en minutos).

Población y Salud en Ensenada

Actualmente hay un incremento en la población en la entidad^{17,18}, de tal forma que se ha colocado en el segundo lugar con mayor tasa de crecimiento poblacional del País¹⁸. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía informó que de acuerdo a los resultados del conteo de población del 2010, el municipio de Ensenada cuenta con una población total de 466,727 y también una mayor afiliación en el seguro popular^{19,20} aumentando así la población que utiliza este servicio, afectando de forma directa el tiempo de espera en el Servicio de Urgencias del Hospital General de Ensenada, según información de la Secretaría de Salud aumento la afiliación de 5.3 millones de persona afiliadas en el 2004 hasta 51.8 millones de afiliados para el 2011 y 1.1 millones más para el 2014 (Fig. 3). Tomando en cuenta que la población atendida en el Hospital General de Ensenada, no solo son derechohabientes al Seguro Popular sino también población abierta.



Figura 3. FUENTE: Secretaría de Salud. Cobertura del Seguro popular en México.

El servicio de Urgencias de cualquier hospital es un servicio que requiere estar equipado adecuadamente, por lo que hay normas que indican a nivel Nacional los requerimientos mínimos para estos servicios, en NOM-027-SSA3-2013.

Durante los últimos años el Hospital General de Ensenada ha sido remodelado en diversas ocasiones, según las necesidades de la población. El servicio de urgencias en los años del 2011 y 2012 contaba con 2 áreas para la atención de urgencias de la población: U. Adultos y U. Pediátricas, en Urgencias Adultos con 6 camas de observación, un área de trauma choque con 2 camas para pacientes graves además de un cuarto para paciente aislado con su baño completo, mientras que en Urgencias Pediátricas con espacio para 4 camas/cunas, y un cuarto aislado con su baño completo, además con una sala de hidratación oral con espacio para 6 pacientes pediátricos. Para los pacientes que esperaban consulta sin una urgencia real, se atienden en un consultorio para ello se contaban con 2 para pacientes adultos y 1 para pacientes pediátricos.

En cuanto a recursos humanos se ha modificado dependiendo de la necesidad del servicio, apegados a la Norma Oficial Mexicana. El servicio de urgencias cuenta con 17 médicos distribuidos en los diferentes turnos y días de la semana, de los cuáles 2 con especialidad en Urgencias Médico-Quirúrgicas (UMQ), durante este estudio con 4 médicos diplomados en UMQ (cabe señalar que para el 2012 aumentó la cantidad de médicos diplomados a 12), así como personal de enfermería, 2 con diplomado en UMQ, y el resto con cursos de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) básico y avanzado, Reanimación neonatal, camilleros en cada turno, así como servicio de Rx, Laboratorio, Banco de Sangre, y personal de limpieza exclusivo para estas áreas.

Capacitación

Es de suma importancia que el hospital con una sala de atención de urgencias cuente con equipo médico, tecnológico y humano suficiente para dar una adecuada atención a los pacientes que lo requieran, además de un espacio adecuado y suficiente para la población local, algunos autores han reportado variabilidad en la cantidad de consultas dependiendo el horario, día de la semana modificando así el tiempo promedio de espera^{21,22}. Se ha observado que el tipo y tamaño de hospital²³, así como la organización de los reportes y registros de los mismos²⁴ ya que puede haber variabilidad en los tiempos reportados y en los tiempos reales.

En Latinoamérica, no existía una preparación formal en el campo de la medicina de emergencia, y en el caso de algún médico interesado en esta rama debía viajar al extranjero, y por lo regular a los Estados Unidos de América¹¹. En México se cuenta con el personal calificado en la atención de urgencia ya que a partir de 1986 inicia la primera generación de la Residencia en Urgencias Médico Quirúrgicas. Además existen diversos cursos avalados por la Asociaciones de medicina de emergencia y trauma tanto internacionales como locales los cuales son impartidos periódicamente con manejos actualizados y basados en evidencias.

JUSTIFICACIÓN

El servicio de urgencias es un departamento de interés para el ámbito de salud, porque todas las personas están sometidas a diferentes riesgos en donde ponga en peligro su vida, por esta razón en México se ha tomado en cuenta para evaluar la calidad de atención de un hospital. Hay investigaciones que se han dado a la tarea de indagar más algunos temas de interés para el área de urgencias, sin embargo aún falta identificar con más detalle los factores que intervienen en la atención de un paciente en el servicio de urgencias, esto con el fin de brindar una mejor atención, por lo que se considera necesario conocer adecuadamente el servicio de urgencias de los hospitales, los recursos con los que se cuenta, así como la población que se atiende y los factores que intervienen en la atención; considerando el tiempo de espera como un indicador de calidad tal como lo define la Cruzada Nacional por la Calidad²⁵, en la Ley General de Salud.

A nivel mundial los servicios de urgencias son muy solicitados por los pacientes, suscitándose así una alta concentración de pacientes en este servicio, debido a lo anterior el tiempo de espera para ser atendidos suele ser muy prolongado.

Tomando en cuenta lo anterior, así como la experiencia personal al estar laborando en el servicio de urgencias, es importante considerar este trabajo con base en los reglamentos establecidos en la Norma Oficial Mexicana 027²⁶, incluyendo los indicadores de calidad para la evaluación del desempeño, por lo que es debemos conocer los factores que intervienen en el tiempo de espera para la atención y de qué manera influyen para dar una mejor cuidado a los pacientes, ya que lo anterior es un indicador de calidad a nivel nacional e internacional. Además es sabido que hasta el momento no se cuenta con

investigaciones específicas en el estado que estudien estos factores, además se pretende conocer los motivos de consulta a este servicio, clasificándolos como urgencias reales o sentidas, y no urgencias, ya que de esto depende el tiempo de espera para la consulta.

Por lo que es necesario conocer los factores que influyen en este proceso de atención en urgencias para identificar qué factores puedan ser modificados o atenuados y mejorar la atención en este servicio.

OBJETIVOS

Objetivo General

Identificar los factores que interfieren en el tiempo de espera para la atención de los pacientes en la Sala de Urgencias del Hospital General de Ensenada, B.C., México en el periodo de Enero del 2011 a Diciembre del 2012.

Objetivos específicos

- Conocer las causas más comunes que llevan al paciente a urgencias
- Revisar los tiempos de espera por temporadas en el Servicio de Urgencias
- Conocer el tiempo de espera promedio en relación a las estaciones del año y el tipo de arribo al servicio de urgencias

MÉTODOS

Este estudio se llevó a cabo en el Hospital General de Ensenada, un hospital de segundo nivel, durante el periodo de Enero 2011 a Diciembre del 2012, el hospital general cuenta con 2 áreas para la atención de urgencias: U. Adultos y U. Pediátricas.

Se realizó un análisis estadístico, descriptivo, retrospectivo y cuantitativo, de los expedientes de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias de este hospital. Se hizo una revisión de las notas de urgencias de la base de datos del periodo mencionado, incluyendo los pacientes que acuden al servicio de urgencias adultos y pediátricos, en la revisión se tomó en cuenta hora de registro en el módulo de urgencias, hora de atención por personal médico, motivo de atención, los datos se agruparon por cuatrimestre, excluyendo pacientes obstétricas.

Se documentó el tiempo de espera promedio en el servicio de urgencias en el Hospital General de Ensenada, de 2 años.

Los criterios de inclusión fueron pacientes pediátricos y pacientes adultos que fueron atendidos en el servicio de urgencias del Hospital General de Ensenada de Enero del 2011 a Diciembre del 2012. Los criterios de exclusión fueron pacientes de admisión-toco, pacientes procedentes de consulta externa y pacientes programados para cirugías electivas.

La base de datos obtenida en Excel fue proporcionada por el Hospital General utilizando el mismo software para los cálculos estadísticos.

RESULTADOS

Población atendida y tiempo de espera

En los últimos años se ha incrementado la cantidad de pacientes atendidos en el Hospital General debido al crecimiento poblacional de la ciudad de Ensenada. En los años que se analizaron en el presente estudio (Tabla 1), se observa una tendencia mayor de pacientes mujeres que de hombres.

Tabla 1. Pacientes atendidos según el género por mes durante 2011 y 2012

Mes	Pacientes Hombres 2011	Pacientes Mujeres 2011	Pacientes Hombres 2012	Pacientes Mujeres 2012
Enero	990	1,180	1,248	1,308
Febrero	889	1,009	1,180	1,304
Marzo	1,035	1,144	1,063	1,168
Abril	1,057	1,177	1,035	1,108
Mayo	1,079	1,189	1,109	1,216
Junio	1,064	1,158	1,057	1,125
Julio	1,110	1,200	1,057	1,204
Agosto	1,086	1,244	1,202	1,309
Septiembre	1,124	1,269	1,299	1,479
Octubre	1,160	1,273	1,397	1,595
Noviembre	1,030	1,088	1,153	1,216
Diciembre	1,111	1,152	1,232	1,238
TOTAL	12,735	14,083	14,032	15,270
	<u>TOTAL</u> <u>2011</u>	26,818	<u>TOTAL</u> <u>2012</u>	29302

Se agrupó el total de pacientes atendidos por trimestre observándose (Fig. 4) en el primero, tercero y cuarto trimestre una diferencia mayor de 600

pacientes más en el 2012, esto debería de verse reflejado en el aumento del tiempo de espera en el servicio de urgencias, sin embargo se ve que el promedio de tiempo de espera en el 2011 fue de 37 minutos, mientras que en el 2012 fue de 33 minutos, es decir 4 minutos menos en 2011 con respecto al 2012 (Figura 5) a pesar de que en el 2012 se atendieron 2,828 más que en el año previo.

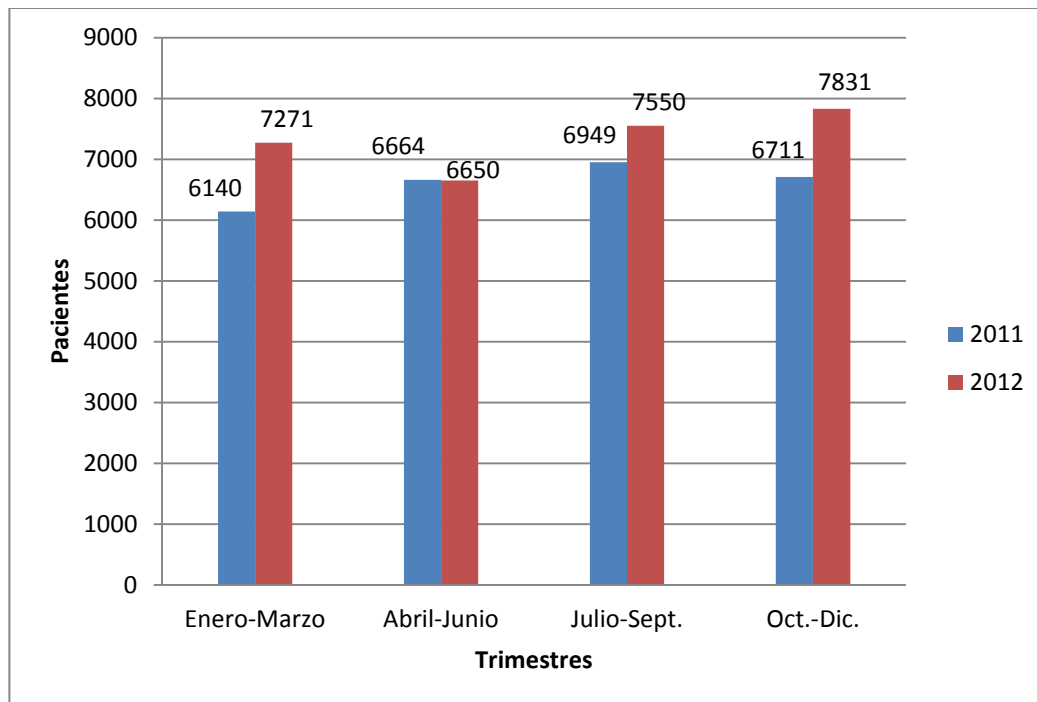


Figura 4. Total de pacientes atendidos agrupados por trimestre en el 2011 y 2012

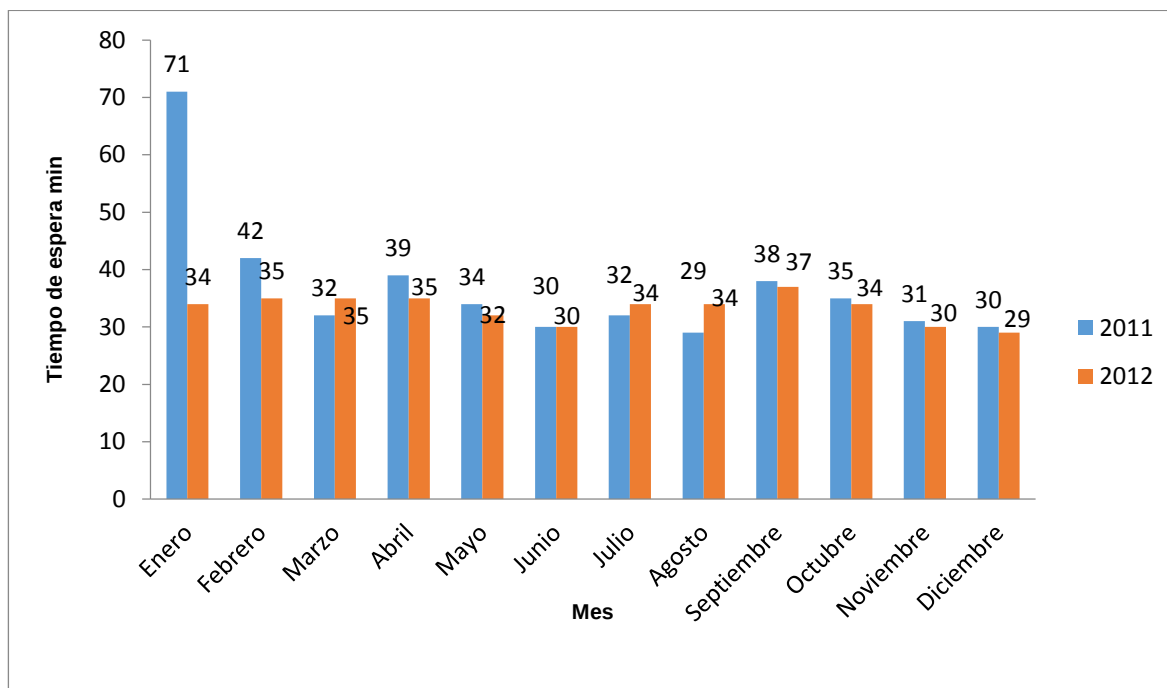


Figura 5. Tiempo de espera en minutos por mes en el Hospital General de Ensenada en el 2011 y 2012. Teniendo un tiempo promedio de 37 minutos en el 2011 y 33 minutos en el 2012

Durante esta investigación se percibió que existe una gran diversidad de patologías por las que un paciente acude al servicio de urgencias (Tab. 2) de acuerdo a la base de datos del Hospital General de Ensenada, se observó que dentro de las causas pediátricas más comunes en urgencias es la presencia de fiebre en el niño (Fig. 6), durante el 2011 se recibieron 609 pacientes pediátricos con fiebre como causa principal de consulta, mientras que en el 2012 aumentó a 864.

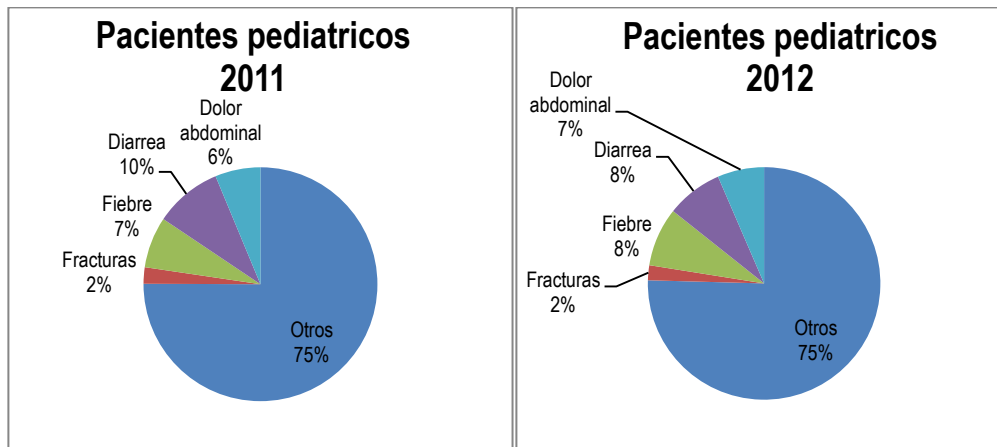


Figura 6 Porcentaje de pacientes pediátricos atendidos según la causa de consulta por su síntoma principal o patología referida de otras instituciones, durante 2011 y 2012. Con un total de 8,593 pacientes en el 2011 y 10,790 en el 2012

Es importante tener en cuenta que existen otros padecimientos que pueden cursar con fiebre dentro del cuadro clínico, sin ser el síntoma principal, por lo que acuden a consulta por otra razón.

Tabla 2 Total de pacientes pediátricos atendidos de acuerdo a la causa de consulta en urgencias en 2011 y 2012

PADECIMIENTO	2011	2012
Otros	6,450	8,139
Fracturas	195	224
Fiebre	608	883
Diarrea	801	844
Dolor abdominal	539	700
TOTAL	8,593	10,790

Asimismo la diarrea fue motivo de consulta frecuente en niños, en el 2011 se atendieron 627 y durante el 2012 fueron 798, siendo Agosto, Septiembre y Octubre los meses con mayor cantidad de pacientes en general atendidos con diarrea en el 2011, extendiéndose hasta Octubre en el 2012 (Tab. 3), cabe mencionar que al revisar la base de datos del Hospital General y los reportes de las semanas epidemiológicas dados en SUIVE²⁷, las semanas 31-35 coinciden con el periodo de verano donde se reportó mayor cantidad de pacientes con diarrea, así como en el 2012 las semanas 37-41 periodo reportado con aumento de pacientes con diarrea.

Tabla 3 Pacientes atendidos con diarrea como parte del cuadro clínico, en pacientes adultos y pediátricos en el 2011 y 2012

Mes	Adultos	Pediátricos	Adultos	Pediátricos
	2011	2011	2012	2012
Enero	27	48	38	36
Febrero	26	45	32	38
Marzo	35	54	28	39
Abril	28	82	23	61
Mayo	66	99	35	70
Junio	50	81	34	53
Julio	42	69	29	73
Agosto	60	81	34	69
Septiembre	73	94	90	128
Octubre	70	65	104	151
Noviembre	43	42	41	88
Diciembre	37	41	14	38

En los adultos uno de los síntomas alarmantes o preocupantes para el paciente (Fig. 7) es el dolor abdominal, el cual se observó en 2,432 pacientes que fueron atendidos por esta causa en el 2011 alcanzando un porcentaje del 14%, muy similar en el 2012 en donde se reportaron 2,470 paciente atendidos por dolor abdominal, es decir el 13% de todas las consultas de pacientes adultos independientemente la causa de este síntoma (Tab. 4)

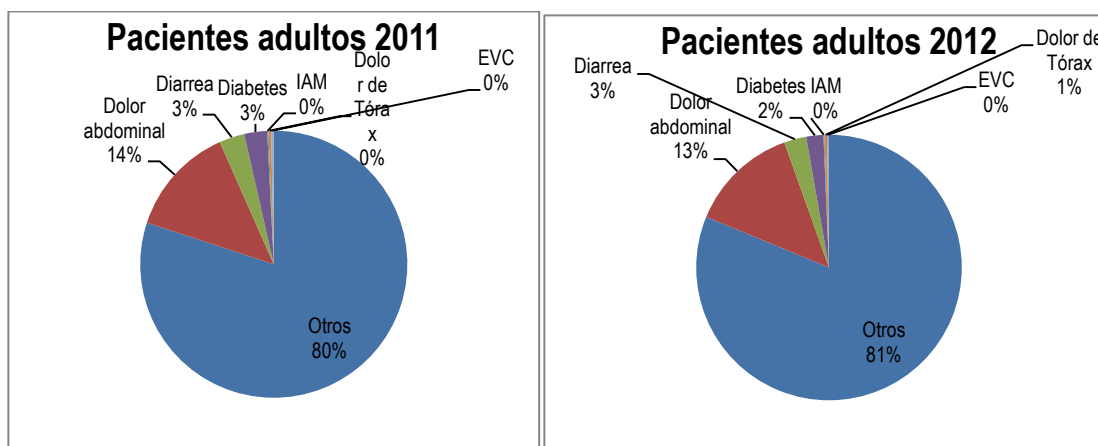


Figura 7 Porcentaje de pacientes adultos atendidos en el 2011 y 2012 por causa de consulta con un total de 18,225 pacientes en 2011 y 18,553 en 2012. Evento Vascular cerebral (EVC), Infarto Agudo al Miocardio (IAM).

Tabla 4 Total de pacientes adultos atendidos de acuerdo a las patologías en 2011 y 2012. Infarto agudo al miocardio (IAM), Evento vascular cerebral (EVC).

PADECIMIENTO	2011	2012
Otros	14,586	15,070
Dolor abdominal	2432	2470
Diarrea	557	502
Diabetes	505	387
IAM	27	20
Dolor de Tórax	61	59
EVC	57	45
TOTAL	18,225	18,553

Se observa que el tiempo de espera según los padecimientos estudiados disminuyó en el 2012 en relación al 2011 en caso de pacientes con fracturas, y el dolor abdominal, en los pacientes pediátricos, mientras que en el caso de niños con fiebre y diarrea fue similar (Fig. 8).

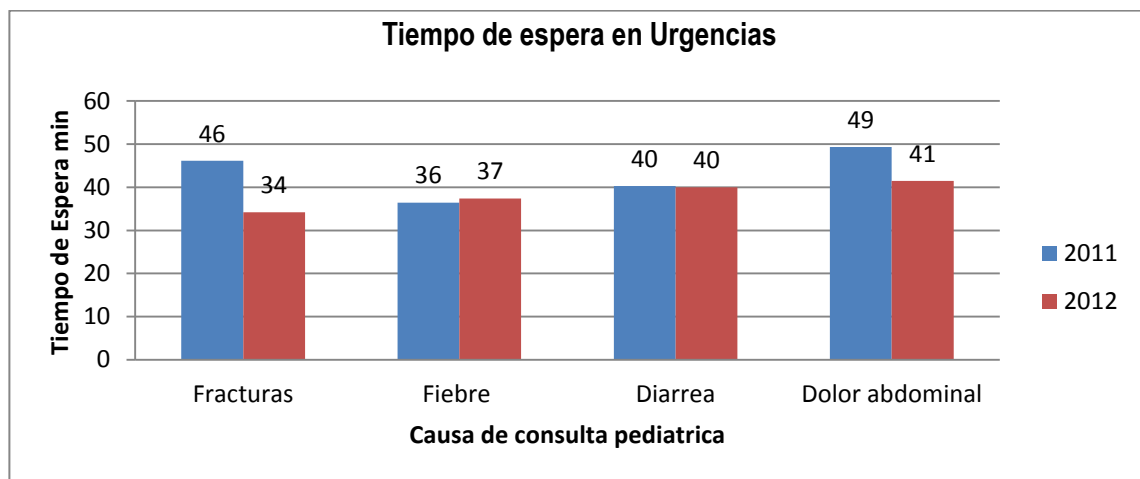


Figura 8 Tiempo de espera en minutos por el tipo de consulta en la sala de Urgencias en pacientes pediátricos en 2011 y 2012.

En pacientes adultos con probable infarto al miocardio (IAM), como diagnóstico probable disminuyó el tiempo de espera en el 2012, hasta 6 minutos menos; en el caso de los pacientes atendidos con diabetes cuya urgencia aparente estaba relacionada con su padecimiento crónico se encontró 1 minuto menos de espera en el 2012, mientras que en otras causas de consulta a urgencias aumentó de 27 a 42 minutos en el 2012; en relación a pacientes con dolor torácico, y con la posibilidad de un evento vascular cerebral (EVC) esperaron 5 minutos más en el 2012. (Fig. 9)

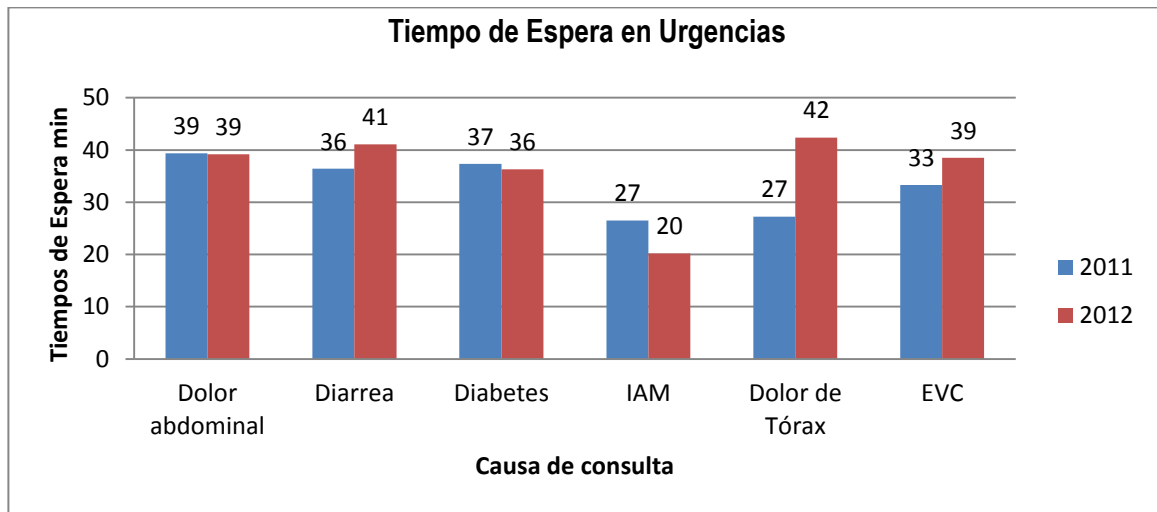


Figura 9 Tiempo de espera en minutos según la causa de consulta en la sala de Urgencias en pacientes adultos en los años 2011 y 2012. Infarto Agudo al Miocardio (IAM), Evento Vascular Cerebral (EVC)

Durante la revisión de estos resultados se pudo observar que la atención de pacientes femeninos y masculinos atendidos es muy similar, en ambos años y se observa diferencia en la cantidad de mujeres atendidas 14,083 en 2011 y 15,270 en 2012 (Fig. 10). Sin ser relevante en el tiempo de espera.

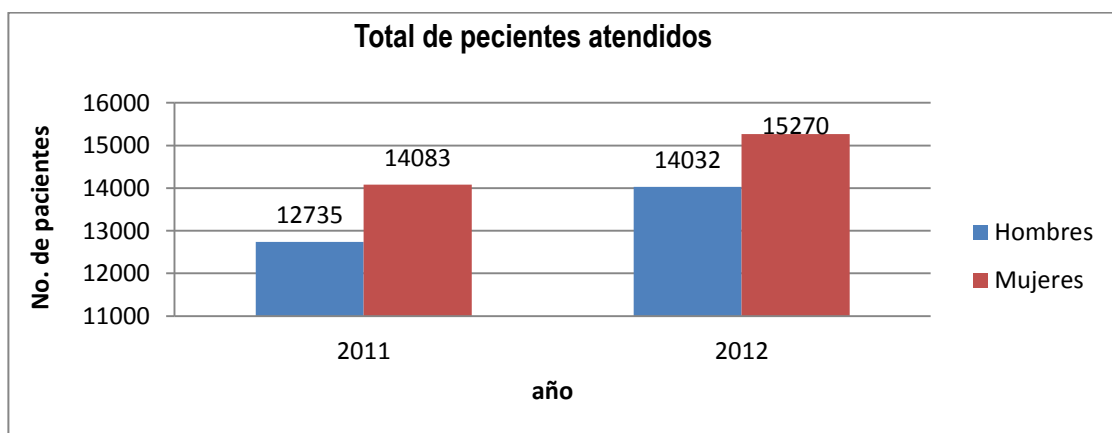


Figura 10 Total de pacientes atendidos en 2011 y 2012 por género

Estaciones del año y tiempo de espera

En el porcentaje de pacientes atendidos de acuerdo a las estaciones del año no se observó diferencia notable entre el 2011 y 2012 (Fig. 11).

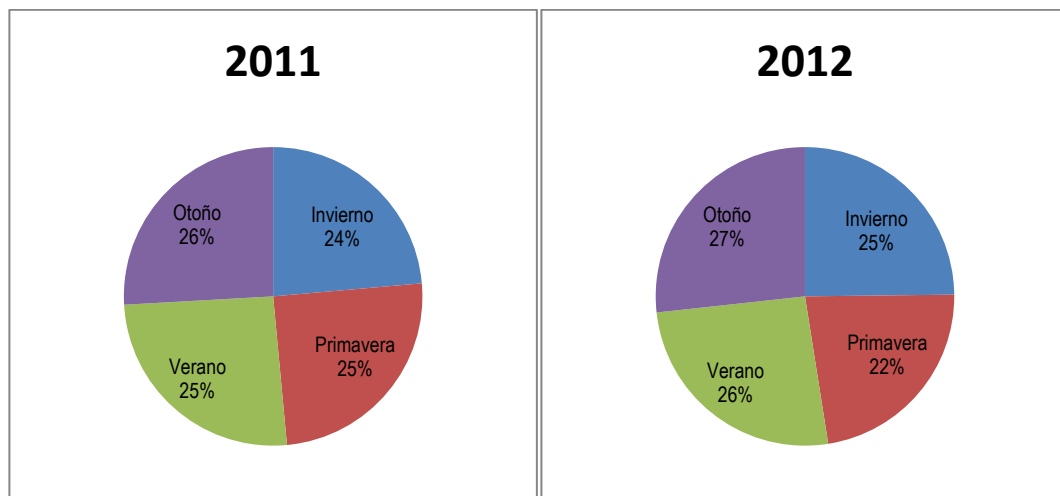


Figura 11 Porcentaje de pacientes atendidos en el servicio de urgencias en el Hospital General de Ensenada en el periodo de Enero del 2011 a Diciembre del 2012. Total de pacientes en 2011 durante: **Invierno** 6 331, **primavera** 6 681, **verano** 6 862, **otoño** 6 944; Total de pacientes en 2012 durante: **Invierno** 7 271, **Primavera** 6 650, **verano** 7 550, **otoño** 7 831.

Es trascendente notar que el tiempo de espera promedio durante el invierno del 2011 fue de aproximadamente 48 minutos mientras que durante el otoño fue de 32 minutos (Tab. 5), tomando en cuenta que en el invierno hubo menor cantidad de pacientes a diferencia del otoño del mismo año, se atendieron 6,331 y 6,944 respectivamente (Fig. 12).

Tabla 5 Tiempo de espera promedio registrado de acuerdo a la temporada en el 2011 y 2012 en el Hospital General de Ensenada, en relación a los días de la semana, Lunes a Viernes (L-V), Sábado y Domingo (S-D).

	2011			2012		
Temporada	Promedio min	L-V	S-D	Promedio min	L-V	S-D
Invierno	48	49	47	23	20	31
Primavera	35	36	31	32	33	31
Verano	33	34	30	35	35	34
Otoño	32	33	31	31	31	30

Se puede observar que en el 2012 disminuyó el tiempo de espera promedio en invierno reportando 23 minutos a diferencia de 48 minutos reportados en el 2011, en el otoño del 2012 la diferencia del 2011 fue mínima (1 min) a pesar que se atendieron 1,131 pacientes más en el 2012.

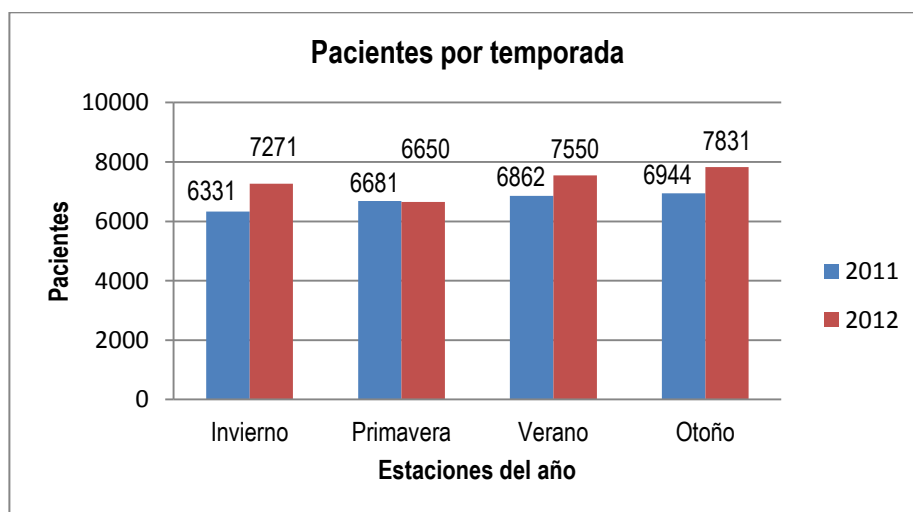


FIG. 12 Pacientes atendidos durante las estaciones del año en 2011 y 2012

En el 2011 el tiempo de espera mínimo fue de 32 minutos (en el otoño) y máximo de 48 minutos (invierno) mientras que en el 2012 fue de 23 minutos (invierno) y máximo 35 minutos de espera para ser atendidos en el verano independientemente la cantidad de pacientes durante estos periodos (Fig.12).

La base de datos mostró que en el 2012 durante los meses que comprenden verano (Julio-Agosto-Septiembre) aumentó la cantidad de pacientes con diarrea viéndose también reflejado en el informe epidemiológico semanal (SINAVE)²⁷ en la cual se reporta un aumento de la incidencia de enfermedad diarreica aguda (EDA) en la semana epidemiológica 32 a la 45, esto ocasionó un incremento considerable en la cantidad de pacientes atendidos, y como consecuencia una prolongación en el tiempo de espera durante el 2012 que fue mayor durante el verano en relación a las otras estaciones del año cronometrando hasta 35 minutos.

Por consiguiente podemos ver que en este periodo que la cantidad de pacientes atendidos en el servicio de urgencias si influyó directamente en el tiempo de espera para la atención.

Cabe mencionar otro punto importante, durante el 2011, el servicio médico en los Centros de Salud se mantuvieron cerrados por paro laboral, esto ocasionó un aumento en la demanda de servicio en el Hospital General con mayor predominio en Servicio de Urgencia (el cual se mantuvo en abierto en todo momento).

Días de la semana y tiempo de espera

Otro posible factor que puede intervenir en el tiempo de espera en la sala de urgencias es el día de la semana, tomando los turnos de los días lunes a viernes (L-V) como “entre semana” y como “fin de semana” Sábado y domingo

(S-D); durante esta revisión se pudo observar (Tab. 6) que la atención dada entre semana es mayor en número absoluto de pacientes a diferencia del fin de semana, sin embargo la atención promedio de pacientes por día se observa muy similar, es decir la atención promedio varía entre 67 y 80 pacientes entre semana y entre 65 y 78 el fin de semana, en el 2011, durante el 2012 aumentó el número de pacientes atendidos a un promedio de 76-86 por día entre semana y el fin de semana se atendieron entre 68-83 pacientes por día (Fig. 8).

Tabla 6 Pacientes atendidos por mes según el día de la semana. Lunes a Viernes (L-V) y Sábado y Domingo (S-D).

	2011		2012	
MES	L – V	S – D	L – V	S - D
Enero	1364	729	1880	676
Febrero	1339	556	1849	635
Marzo	1576	576	1608	623
Abril	1601	611	1557	586
Mayo	1641	610	1761	564
Junio	1634	567	1572	610
Julio	1580	710	1634	267
Agosto	1744	560	1930	581
Septiembre	1734	621	1894	884
Octubre	1653	747	2266	726
Noviembre	1571	515	1765	604
Diciembre	1637	588	1654	816

Si la cantidad de pacientes por día se agrupa por periodos de tres meses, se observa más grande el grupo de pacientes atendidos entre semana que el fin de semana en los 2 años de estudio (Fig. 13) con excepción del primer trimestre del 2011.

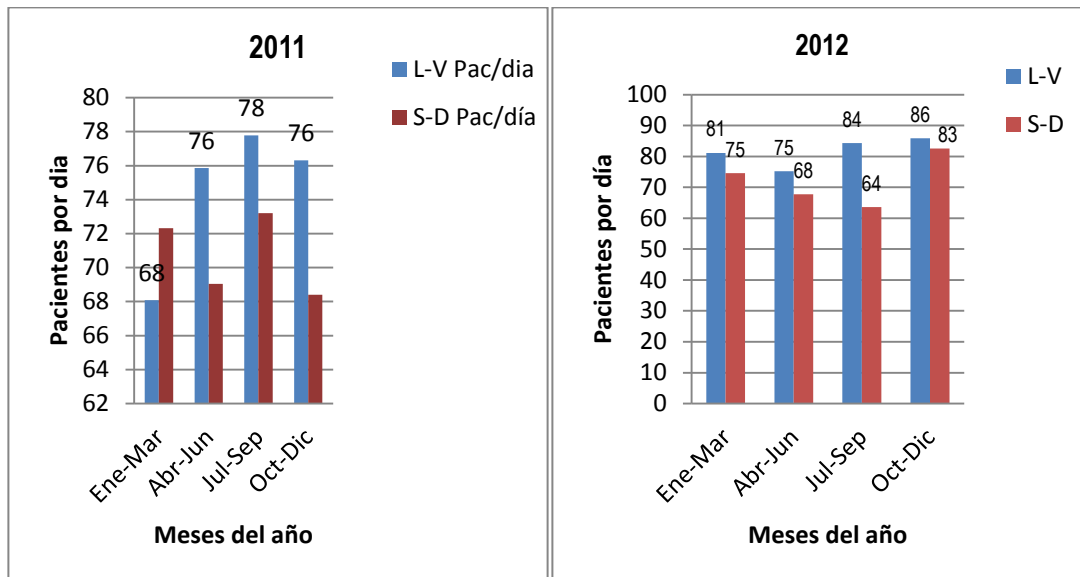


Figura 13 Pacientes atendidos por día (pac/día) según el día de la semana durante el 2011 y 2012, lunes a viernes (L-V) y sábados y domingos (S-D)

En cuanto a los tiempos de espera promedio el turno de lunes a viernes es similar al tiempo de espera reflejado en el turno de sábado y domingo, en el 2011 sin embargo en enero fue de 76 y 61 minutos respectivamente teniendo 15 minutos más de espera entre semana, una diferencia similar en el mes de septiembre con 11 minutos, esto puede deberse al aumento de pacientes atendidos por día en fin de semana, sin embargo en Septiembre se atendió a 2 pacientes más entre semana que el fin de semana (Tab. 7).

En el resto de los meses la relación entre el tiempo de espera y la cantidad de pacientes atendidos por día no son constantes ya que puede observarse disminución en el tiempo de espera aunque haya un aumento de pacientes atendidos, así como, aumento en el tiempo de espera a pesar de un disminución de pacientes atendidos por día, sin embargo se puede notar que no hay mucha diferencia en relación de los días de la semana y pacientes atendidos con el tiempo de espera (Tab. 7).

El promedio del tiempo de espera en el 2011 de pacientes atendidos entre semana fue de 38 minutos y el fin de semana de 34 minutos, es decir 4 minutos de diferencia, sin embargo por mes encontramos desde 1 minuto más de espera en fin de semana en comparación a entre semana (en el mes de Julio 2011), y hasta de 15 minutos de espera más entre semana que el fin de semana en el mes de Enero. El tiempo de espera promedio por mes en el 2012, la diferencia del tiempo en cuanto a los días de la semana va desde 1 minuto más entre semana con respecto al fin de semana, esto en el mes de Julio y la diferencia mayor en el tiempo de espera fue 6 minutos más de espera en entre semana que el fin de semana en el mes de Enero (Tab. 7).

Tabla 7 Promedio de pacientes atendidos por día durante los meses de Enero a Diciembre del 2011 y 2012 así como su relación con el tiempo de espera para su atención en el servicio de urgencias del Hospital General de Ensenada, lunes a viernes (L-V) y sábado y domingo (S-D).

Mes	2011				2012			
	<i>L – V</i>		<i>S – D</i>		<i>L – V</i>		<i>S - D</i>	
	pac/dia	T. E (min)	Pac/dia	T. E (min)	Paci/dia	T.E (min)	Pac/dia	T.E (min)
Enero	68	76	75	61	85	36	75	29
Febrero	67	41	70	46	88	37	79	31
Marzo	70	34	72	29	70	36	69	35
Abril	77	41	68	35	74	37	65	28
Mayo	75	35	68	33	77	32	71	31
Junio	75	32	71	25	75	29	68	33
Julio	76	32	71	33	74	34	30	33
Agosto	77	30	70	27	84	34	73	36
Septiembre	80	41	78	29	95	39	88	34
Octubre	80	36	75	33	99	34	91	28
Noviembre	73	32	65	29	80	31	76	28
Diciembre	76	30	66	31	79	28	82	33

Al revisar lo antes mencionado se puede ver que la atención en el servicio de urgencias del Hospital General de Ensenada es muy similar entre semana y fin de semana, tomando en consideración que los días sábado y domingo los centros de salud (atención primaria y preventiva) se encuentran cerrados, por lo que los pacientes deciden acudir a los servicios de urgencias para atención de sus padecimientos no urgentes (como un cuadro gripal, problemas odontológicos crónicos como caries, alergias crónicas, enfermedades crónicas mal controladas, entre otras) no se encontraron diferencias significativas en los números según el día de la semana.

Tipo de atención y tiempo de espera

Con el fin de identificar las causas de atención en urgencias, estas se dividen en 4 principales: 1.- Atención por accidentes o envenenamientos; 2.- Atención Ginecológica; 3.- Atención Médicas; 4.- Atención Pediátrica (Tab. 8). Se observó que la mayor atención dada por mucho es la atención médica. Considerando la atención médica a toda aquella atención dada que involucre cualquier patología médica o quirúrgica en un adulto o niño que excluya lesiones, agresiones, accidentes, atención ginecológicas.

Sin embargo la diferencia de atención médica como causa de asistencia de los pacientes a urgencias entre el 2011 y 2012 se registró de la siguiente manera: 254 pacientes más en el 2011, mientras que la atención pediátrica como motivo de atención del servicio de urgencias aumentó considerablemente en el 2012 con una diferencia de 2543 pacientes pediátricos más que en el 2011 (Tab. 8).

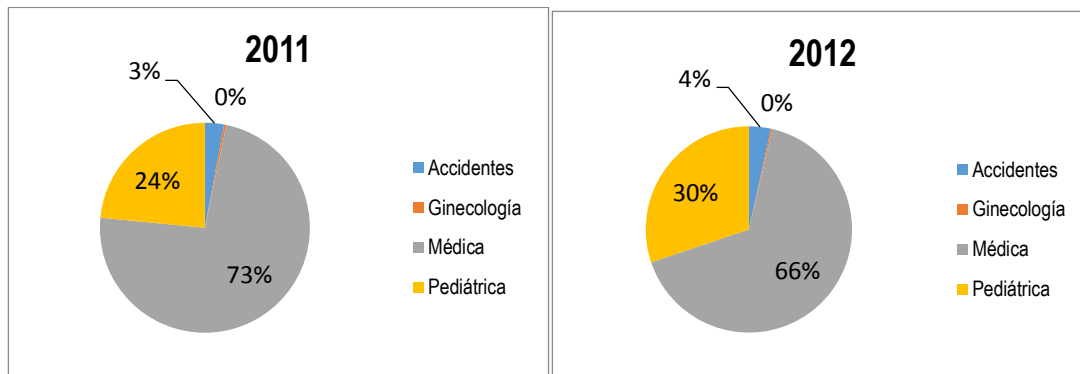


Figura 14 Porcentaje de pacientes atendidos en el Servicio de urgencias del Hospital General durante el 2011 2012 por motivo de atención. Con total de 26,818 pacientes en el 2011 y 29,302 durante el 2012.

La revisión por mes muestra que la atención de pacientes pediátricos varió de entre 414 en el mes de Noviembre hasta 624 en Enero del mismo año, aumentando su atención hasta 1015 pacientes pediátricos en Octubre del 2012 (Tab. 9) los cuales, son meses con temperaturas frías.

Tabla 8 Total de pacientes registrados por motivo de atención en 2011 y 2012

Causa	2011	2012
Accidentes	787	1005
Ginecología	93	70
Médica	19644	19390
Pediátrica	6294	8837
Total	26,818	29,302

Así mismo se puede observar que la atención de pacientes por accidentes o envenenamientos aumentó de manera notable de 787 en el 2011 a 1005 pacientes atendidos con esta causa en el 2012.

Tabla 9 Relación de pacientes atendidos en el 2011 y 2012 de acuerdo al tipo de atención por mes del año 2011 y 2012

	2011				2012			
	Accidente	Ginecología	Médica	Pediátrica	Accidente	Ginecología	Médica	Pediátrica
Enero	31	6	1,509	624	88	7	1,755	706
Febrero	39	10	1,410	439	91	7	1,667	719
Marzo	56	8	1,552	563	74	3	1,507	647
Abril	70	10	1,546	608	90	5	1,424	624
Mayo	76	7	1,667	518	126	6	1,502	691
Junio	75	10	1,625	512	120	4	1,455	603
Julio	108	13	1,654	535	102	2	1,553	604
Agosto	109	7	1,742	472	44	6	1,730	731
Septiembre	23	7	1,806	557	93	3	1,776	906
Octubre	85	3	1,787	558	68	9	1,900	1,015
Noviembre	41	9	1,654	414	49	10	1,465	845
Diciembre	74	3	1,692	494	60	8	1,656	746

Los meses con mayor cantidad de pacientes que acudieron a consulta de urgencias por algún tipo de accidentes fueron Julio y Agosto del 2011 (Tab. 9), es decir durante el verano, coincidiendo que son meses de vacaciones escolares, mayor tráfico en carreteras, lugares de esparcimiento, en el 2012 se puede ver que la mayor cantidad de pacientes atendidos por este motivo fueron

en los meses de Mayo, Junio y Julio, comprendiendo parte de la primavera y verano.

Es necesario mencionar que en este rubro se incluyen pacientes que ingresan por accidentes tanto automovilísticos y laborales, así como, intentos de suicidio, o accidentes en casa independientemente la gravedad, desde una herida superficial hasta lesiones graves como contusiones, fracturas, quemaduras, entre otras, por lo que no todos los clasificados en este apartado su tiempo de espera es dentro de los primeros 5 minutos.

Dentro de los accidentes reportados se observa que en su mayoría fueron pacientes adultos, sin diferencias porcentuales en los 2 años de estudio (Fig. 15), las atenciones ginecológicas en el 2011 en el 60% fueron pacientes pediátricos y solo el 40% adultos, se observa que en el 2012 se invirtió el porcentaje de atención.

Debemos mencionar que la atención pediátrica como límite superior es a los 18 años según la Convención de Derechos del Niño³⁹, sin embargo esta situación cambia según el desarrollo fisiológico del niño o niña, sobre todo en casos de pacientes embarazadas o en puerperio menores de 18 años, por lo que puede ser explicado el predominio de paciente pediátricos en atención ginecológicas.

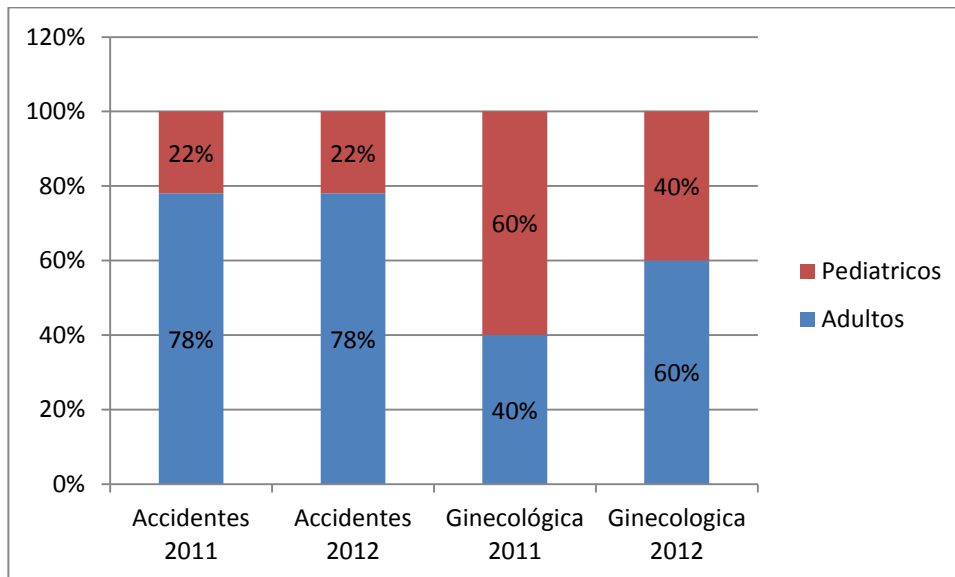


Figura 15 Porcentaje de atención de accidentes y atención ginecológica en pacientes de urgencias adultos y pediátricos durante el 2011 y 2012.

Relacionando las causas de consulta en el servicio de urgencias con el tiempo de espera (Tab. 10) se observó que el tiempo de espera para ser atendidos de los pacientes que sufrieron algún tipo de accidente mayor o menor independientemente si solicitó o no traslado en ambulancia o alguna referencia de otra institución fue entre 36 y 57 minutos en el 2011, mientras que el tiempo máximo de espera reportado fue de 37 en el 2012, con un tiempo mínimo de 18 minutos reportados en el primer trimestre del 2012.

Así mismo se observó que las pacientes que fueron atendidas por problemas ginecológicos tuvieron un tiempo de espera de 39 minutos en promedio registrado en los últimos tres meses del 2011 y con un máximo de hasta 67 minutos en el tercer trimestre del 2012, es trascendental mencionar que las urgencias gineco-obstétricas, es decir en donde corre peligro la vida de

la madre y el niño son atendidas de forma inmediata en el área de admisión tococirugía, mientras que en la sala de urgencias son valoradas las pacientes con sangrado transvaginal no obstétrico, enfermedad pélvica inflamatoria, cistitis, pielonefritis, entre otras patologías agudas, o atención de puerperio mediato o tardío.

Es relevante mencionar que en ocasiones las pacientes son atendidas de primera instancia en urgencias adultos, por problemas ginecológicos que deben ser derivadas al área de tococirugía para su manejo especializado, como sangrado transvaginal anormal activo, o pacientes que desconocen estar embarazadas siendo diagnosticadas con embarazo en el servicio de urgencias.

Tabla 10 Tiempo de Espera en minutos por trimestre por motivo de atención en el 2011 y 2012.

M. ATENCIÓN	2011				2012			
	ENE-MAR	ABR-JUN	JUL-SEP	OCT-DIC	ENE-MAR	ABR-JUN	JUL-SEP	OCT-DIC
Accidentes	57	42	36	41	18	35	37	37
Ginecológico	31	35	37	39	39	40	67	30
Médica	49	33	29	34	22	31	34	28
Pediátrica	47	39	33	36	27	35	37	35

La atención de pacientes pediátricos que ingresaron por motivos diferentes a accidentes registró un tiempo de espera promedio de 39 y 38 minutos en el 2011 y 2012 respectivamente, un dato relevante es que los pacientes pediátricos son más vulnerables por lo que se toma prioridad por atención a niños sobre los adultos en algunos casos específicos como fiebre o cuadros respiratorios agudos.

Tipo de arribo al hospital y tiempo de espera

Se observó que las atenciones a pacientes que arriban en ambulancia es muy variable (Fig. 16), desde 23 ambulancias recibidas en el mes de Junio hasta 47 pacientes atendidos que llegaron en ambulancia en Noviembre en el año 2011; mientras que en el 2012 (Fig. 17), se recibieron 23 pacientes en Marzo aumentando notablemente la recepción de paciente en ambulancias registradas 76 en Diciembre, percibiendo nuevamente que son meses con mayor afluencia de personas y mayor movimiento en la ciudad por las festividades conocidas, se observaron un total de 401 pacientes recibidos en ambulancia en el 2011 y 537 en el 2012.

En cuanto a pacientes referidos como urgencias de otra institución particular o centros de salud de la periferia fueron 1,430 pacientes en el 2011 y 414 en el 2012.

Los pacientes que son referidos por alguna institución son pacientes que se toman como prioridad según la causa de su envío, registrándose una disminución en los pacientes referidos esto puede deberse a una mejor atención en las unidades de salud familiar (Centros de Salud).

Durante el mes de diciembre del 2011 se observaron 121 referencias procedentes de las unidades de salud, muy similar a lo observado al inicio de ese mismo año hasta 128 pacientes fueron enviados al servicio de urgencias del Hospital General, durante el mes de diciembre del 2012 siendo el mes que registró mayor cantidad de pacientes derivados al servicio de urgencias, 63 pacientes, mientras que en Junio solo 18 de los pacientes atendidos fueron pacientes que fueron referidos (Fig. 17).

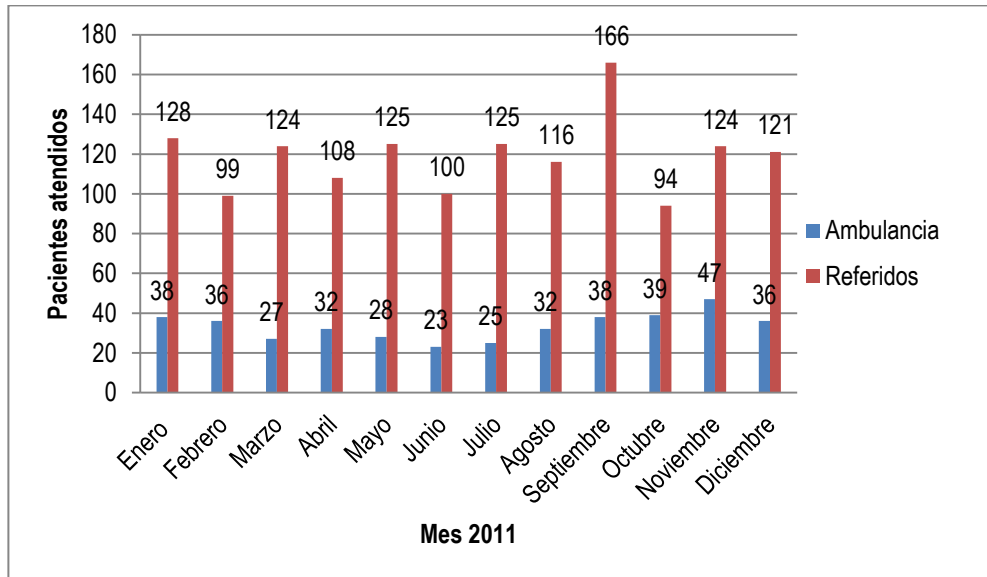


Figura 16 Pacientes que arriban en ambulancia y referidos de otras instituciones donde son derivados como patologías de urgencia tanto reales como sentidas en el 2011.

El resto de los pacientes registrados en la base de datos en el 2011 y 2012 llegaron al servicio de urgencias por sus medios e iniciativa propia, 24,987 en 2011 y 28,351 en 2012 pacientes.

Es importante tomar en cuenta que en los centros de salud de consulta externa no tienen a su alcance paraclínicos para realizar un diagnóstico completo de los pacientes por lo que estos son referidos a urgencias cuando son necesarios estudios complementarios para su diagnóstico definitivo o para manejo especializado de forma urgente tal como cirugía, traumatología, ginecología, o medicina interna.

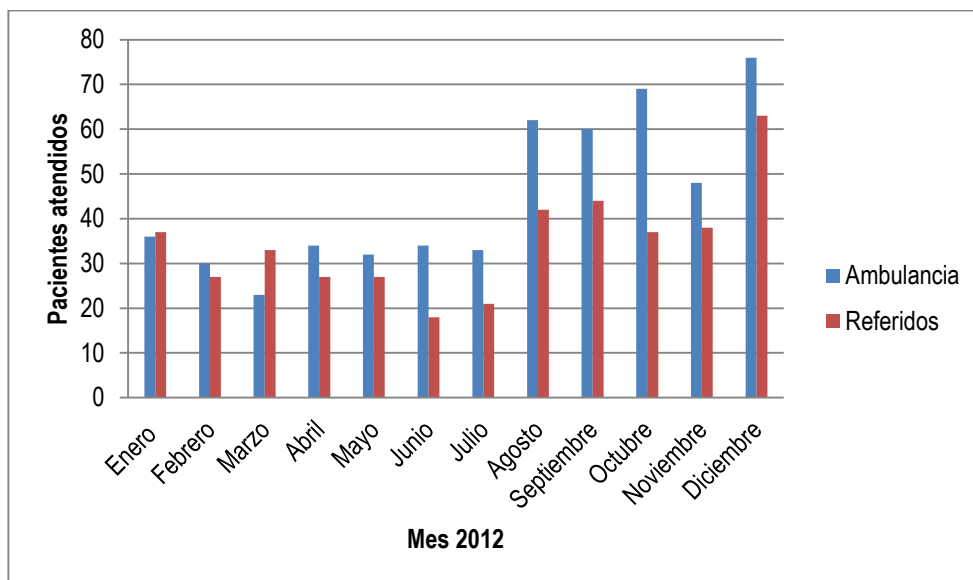


Figura 17 Pacientes que arriban en ambulancia y que son referidos de otra institución donde son derivadas como urgencias tanto reales como sentidas en el 2012.

Los pacientes referidos de otras unidades tuvieron un tiempo de espera promedio de 39 minutos en el 2011 y en el 2012 de 33 minutos, este tiempo promedio fue mayor que el de los pacientes que llegaron en ambulancia (Tab. 11), donde se puede notar que el tiempo de espera promedio de los pacientes atendidos en ambulancias, es de 17 minutos en el 2011 (Fig. 18), mientras que en el 2012 fue de 16 minutos, considerando que el tiempo de espera de atención para los pacientes en general en el 2011 fue de 37 minutos y en el 2012 de 33 minutos (Fig. 19).

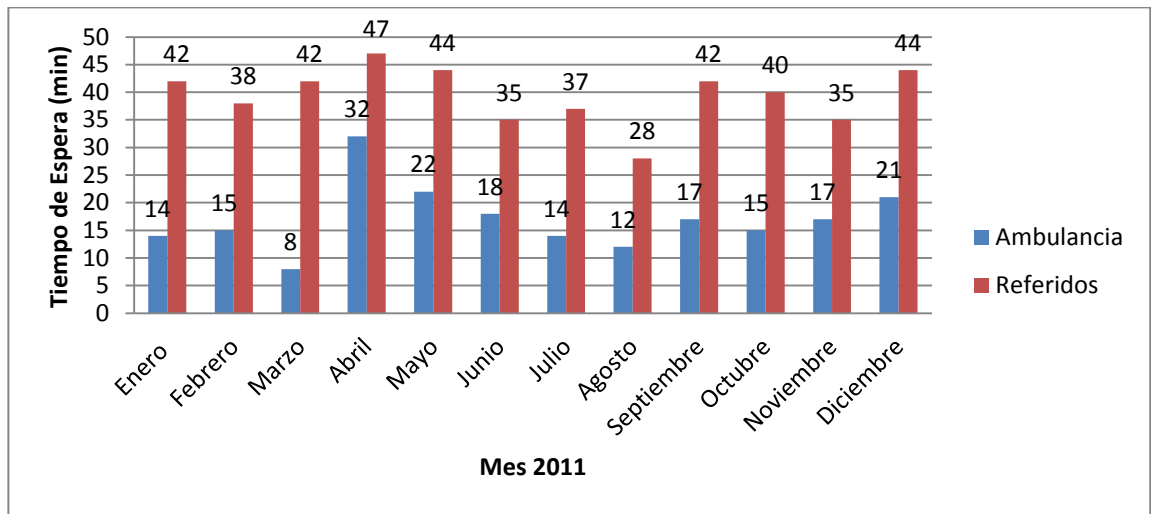


Figura 18 Tiempos de espera promedio por mes en el Servicio de Urgencias durante el 2011 por su tipo de arribo al hospital.

Se debe hacer mención que los tiempos de atención registrados por el sistema son marcados al momento de realizar la nota médica, es decir se debe tomar en cuenta que se da la atención de urgencia al paciente y después se escribe la nota médica, sobretodo en paciente graves, en quienes corre riesgo su vida, por lo que los tiempos pueden estar muy prolongados.

En general el tiempo de espera promedio (Fig. 5) para el año 2011 fue de 37 minutos mientras que para el 2012 fue de 33, solo 4 minutos de diferencia sin embargo se observó en enero una notable diferencia en el tiempo de espera, 37 minutos menos en el 2012, el resto del año la diferencia fue mínima reportando 3 meses con aumento discreto entre 2-5 minutos más en el 2012. Esto permite ver que hay tendencia a mejorar el tiempo de espera de los pacientes en el Servicio de Urgencias del Hospital General de Ensenada.

Tabla 11 Pacientes atendidos en urgencias del Hospital General de Ensenada que arribaron al servicio en ambulancia o fueron referidos de alguna institución o médico particular, y su relación con el Tiempo de espera en el 2011 y 2012

<i>Mes</i>	2011				2012			
	Ambulancia	TE min	Referidos	TE min	Ambulancia	TE min	Referidos	TE mmin
Enero	30	14	89	42	36	13	37	36
Febrero	31	15	75	38	30	15	27	32
Marzo	22	8	80	42	23	14	33	35
Abril	28	32	88	47	34	13	27	37
Mayo	24	22	81	44	32	19	27	36
Junio	14	18	72	35	34	18	18	30
Julio	22	14	88	37	33	11	21	45
Agosto	28	12	67	28	62	15	42	36
Septiembre	28	17	58	42	60	21	44	33
Octubre	32	15	40	40	69	20	37	21
Noviembre	42	17	45	35	48	16	38	27
Diciembre	30	21	32	44	76	14	63	23

Si se observan los tiempos de espera para pacientes en ambulancia y pacientes referidos (Fig. 18 y Fig. 19) en comparación con el tiempo de espera general si hay diferencia, es decir si influye el tipo de arribo por lo mencionado anteriormente los pacientes que arriban en ambulancia se consideran pacientes con prioridad “Rojo” o “Verde”, por lo que se toman como pacientes graves, sin embargo se debe realizar un adecuado Triage para atender a un paciente que está en la sala de espera que puede ser por clasificación “paciente rojo”. En caso de pacientes que llegaron en ambulancia tuvo un tiempo de espera entre 8 y 32 minutos mientras que los pacientes referidos de otra institución con una variación de 21 a 47 minutos

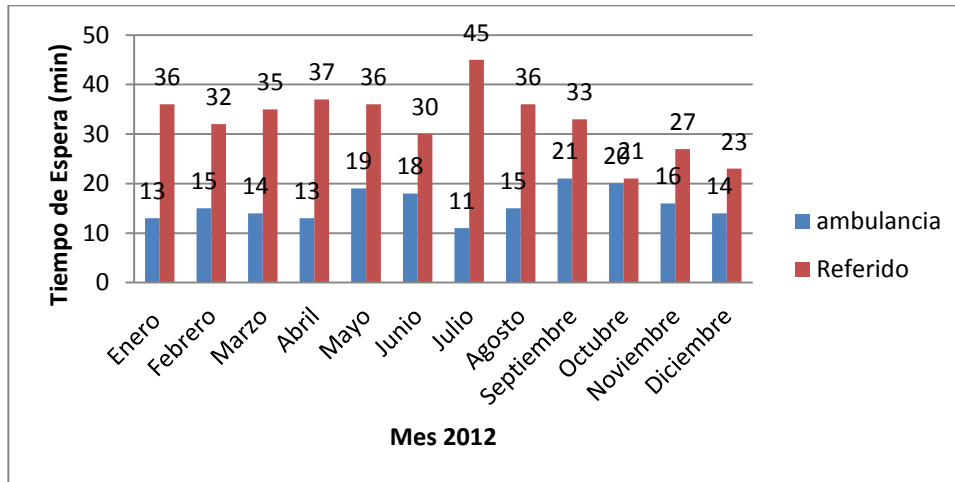


Figura 19 Tiempos de espera promedio por mes en el Servicio de Urgencias durante el 2012 por su tipo de arribo al hospital

En general se puede observar que el Hospital General de Ensenada está por arriba de la media nacional (26.9 minutos) en cuanto a los tiempos de espera ya que en la rendición de cuentas del 2012 se reportó un tiempo de espera promedio de 26 minutos, en este estudio la media registrada en el Servicio de Urgencias del Hospital General de Ensenada fue de 37 minutos en el 2011 y de 33 minutos en el 2012.

DISCUSIÓN

En la sociedad actual los servicios de urgencias son uno de los departamentos más visitados por los pacientes en un hospital, no solo en nuestro país sino que rebasa las fronteras según Ismael Font en su artículo Análisis de las consultas a un servicio de urgencias hospitalario según el origen de los pacientes², por esta razón es importante que la población esté enterada de la clasificación de las urgencias, esto es para que los pacientes acudna de forma oportuna y al lugar adecuado para su atención correspondiente.

Durante esta investigación se documentó el tiempo de espera promedio en el servicio de urgencias en el Hospital General de Ensenada, de 2 años, en 2011 de 37 minutos mientras que en el 2012 fue de 33 minutos, comparando el Tiempo de Espera promedio nacional reportado en la rendición de cuentas en salud 2012²⁹ es de 26.9 minutos, y por entidad federativa en Baja California es de 28.1 minutos, por lo que podemos notar que Ensenada según los registros el tiempo de espera promedio es mayor que en el resto del estado.

En estudios previos Francisco Javier Montero-Pérez y colaboradores¹² también analizaron el tiempo de espera en un hospital de Europa de tercer nivel y encontraron que el tiempo medio de espera para el Triage fue de 5.2 minutos, y mayor de 5 minutos el 31.7%. Nuestro hospital de estudio es un hospital de segundo nivel, siendo el tiempo registrado mayor que el registrado en el estudio mencionado, sin embargo se pudo observar que este tiempo de espera puede ser influido por diversos factores, agregándose también el sistema informático implementado en los diferentes servicio de urgencia que puede ocasionar demora en el registro para la estadística reportada.

Es importante notar que a pesar de que los tiempos de espera promedio en el servicio de urgencias no rebasa los 35 minutos, se debe implementar un adecuado Triage para que la atención en el servicio de urgencias sea la apropiada para los pacientes con enfermedades graves, o pacientes con lesiones que ameriten ser atendidos en corto tiempo, y se puedan identificar los pacientes cuyas patologías no pongan en peligro su vida sean derivados para ser atendidos en su centro de salud, de esta manera los tiempos de espera en general en el servicio de urgencias sea más óptimo.

Como se mencionó hay diversos factores que afectan de forma directa al tiempo de espera, Jessica Greene y Jane Hall²³ mencionan el tipo de hospital, sistema de trabajo, tipos de Triage, características de los pacientes, son algunos de los factores que influyen en el tiempo de espera en el departamento de urgencias de los hospitales, aunque no como se esperaba, en nuestro estudio encontramos que el motivo de atención es de relevancia para que el paciente acuda al servicio de urgencias.

Podemos ver en este estudio que la atención por alguna patología médica fue por mucho la causa más frecuente por lo que el paciente acude a urgencias en los 2 años, registrando un tiempo de espera de 36 minutos para ambos, mientras que la atención pediátrica tuvo que esperar 39 minutos en el 2011 a pesar que hubo mucho menos pacientes que los que esperaban atención médica de adultos, 13,098 pacientes más, una conducta muy similar en el 2012, lo que nos muestra que el tipo de atención en el servicio de urgencias no influye en el tiempo de espera según los registrado en la base de datos.

En caso de los pacientes con algún tipo de accidente sin importar la gravedad, son registrados en el sistema como accidentes/envenenamientos, en

este punto debemos recalcar que el tiempo que registra el sistema de informática como atendido es al momento de realizar la nota médica, ya que la atención urgente se da desde el momento que el paciente llega a urgencias y se registra, ya estabilizado el paciente se procede a escribir la nota médica, esto es un factor que afecta los tiempos de espera registrados, al igual que los pacientes que arriban en ambulancia se clasifican como prioridad para su atención encontrando un tiempo de espera anual de 17 y 16 minutos en los 2 años en comparación a los pacientes referidos que fue de 39 y 33 minutos respectivamente, por lo que notamos que el tipo de arribo del pacientes al servicio de urgencia si influye directamente en el tiempo de espera.

Cabe mencionar que los pacientes que llegan en ambulancia no todos se clasifican dentro del Triage como rojos, igual que los pacientes referidos, algunos pueden clasificarse como urgentes o no urgentes, de la misma forma algunos pacientes que ingresan por sus medios pueden estar cursando con algún padecimiento que ponga en peligro su vida por lo que es conveniente que durante el registro en la recepción del paciente se identifique el tipo de urgencia.

Se estudiaron las diferentes estaciones del año siendo irrelevante para el tiempo de espera, ya que en el 2011. El tiempo mayor registrado fue en invierno (48minutos) y el mínimo en otoño encontrando diferencia en el mismo periodo del 2012 reportando el tiempo mínimo del año en el invierno. Sin embargo si se observó influencia de la estación del año en la cantidad de pacientes atendidos según algunas patologías específicas.

Al observar los días de la semana en estudios realizados por M. Á. Carbonell²² y col. reportando un aumento en la atención de pacientes miércoles y martes en 29.5 y 22.2% respectivamente, en esta investigación observamos

que el promedio de pacientes atendidos por días fue muy similar dentro de los días entre semana y el fin de semana; en relación con el tiempo de espera concluimos que no es un factor aislado que influya determinadamente en el tiempo, ya que solo fueron 4 minutos más el tiempo registrado en los días entre semana en el 2011 y 2 minutos en el 2012, al igual que en la cantidad de pacientes atendidos por día, solo en el primer trimestre del 2011 fue mayor la cantidad de pacientes atendidos durante el fin de semana.

El factor que más influye en el tiempo de espera en este servicio es la causa de atención, es decir directamente la clasificación de la urgencias, aunque no de forma marcada, en el caso de los pacientes que acude con un probable infarto agudo al miocardio (IAM) fueron atendidos dentro de los primeros 27 minutos en el 2012 y en menos de 20 minutos en el 2012, considerando que otras patologías como diarrea esperaron hasta 41 minutos en promedio, en caso de dolor de tórax como síntoma principal sin otro dato de sospecha de origen cardiaco en el 2012 fue hasta de 42 minutos. Para pacientes con diabetes cuya urgencia aparente estaba relacionada con su padecimiento crónico se encontró 1 minuto menos de espera en el 2012; en el caso de los pacientes pediátricos la fiebre es uno de los síntomas de más cuidado en los niños sobre todo en menores de 1 año por el riesgo de convulsión, se observó hasta 37 minutos de espera.

Para mejorar el tiempo de espera en este servicio es importante que la población conozca las urgencias reales y sentidas, tomando en cuenta el tiempo de atención aceptable para estas, es decir, enseñar a la población para el uso consciente de este servicio, es decir conocer cuáles son los padecimiento que ameritan pronta atención o cuáles son las que pueden ser atendidas en un periodo más amplio de tiempo, esto también ayudaría a que las salas de espera en los servicio de urgencia no estén sobresaturados, como lo

concluye Juan Manuel Fraga-Sastrías y col. en su artículo Sistemas médicos de emergencia en México²⁹, una perspectiva prehospitilaria.

Por ejemplo los pacientes que son referidos de otras instituciones no todos son urgencias reales, es decir son urgencias sentidas, sin embargo el paciente decide acudir de forma inmediata para solucionar su problema lo más pronto posible, además se cuenta con Centros Avanzados de Atención Para la Salud (CAAPS) que son apoyo para los servicios de urgencia en donde pueden ser atendidas algunas urgencias que ameriten manejo inmediato de corta estancia, sin embargo muchos de los paciente deciden acudir al hospital de primera instancia.

Otra posible causa de las consultas de referencia puede ser que los CAAPS no cuentan con el recurso material ni humano para la atención requerida, pero afortunadamente podemos notar que en el 2012 disminuye casi una tercera parte de las referencias, por lo que podemos inferir que hay una mejor capacitación del personal y equipo, así como de mejor atención en las clínicas de primer nivel, sin embargo como lo mencionado por Dr. Arroyo G. Reyes Flores²⁸ este proceso puede ser difícil de llevar a cabo, ya que es parte de la cultura del paciente.

También es importante señalar que el Sistema de informática debe corregirse para que los registros sean más reales, así como una mejor capacitación del personal de primer contacto al momento que el pacientes ingresa para registrarse en el servicio de urgencias, también podemos ver la necesidad de realizar una mejor clasificación en recepción para el ingreso inmediato de los pacientes con urgencias reales.

Es probable que los pacientes acudan al servicio de urgencias teniendo una percepción diferente de los padecimientos que se atienden en el servicio, por ejemplo, los pacientes desean ser atendidos de primer contacto por algún especialista que ellos soliciten, o bien ser hospitalizados de forma automática al llegar a urgencias, también puede ser que los pacientes acudan al servicio de urgencias pensando en que serán atendidos inmediatamente a su llegada evitando una línea de espera o evitar citas para el día siguiente, o bien el acudir a su centro de salud a deshoras de la madrugada, por lo que es importante que se haga de conocimiento a la población en general, sobre la atención en los servicios de urgencias, cuáles son las patologías que ameritan una intervención inmediata.

Tomando en cuenta lo anterior, podemos invitar a la población al uso de su atención médica preventiva de tal manera que sus problemas de salud puedan ser resueltos en los centros de salud periféricos, de ésta manera puede servir para disminuir la sobrepoblación en el servicio de urgencias. De tal manera que conociendo los factores que influyen para que el paciente tome la decisión de acudir a un servicio de urgencia en vez de su clínica periférica, podemos planear estrategias para corregir y mejorar la atención en el servicio de urgencias.

CONCLUSIONES

- A nivel mundial los servicios de urgencia de los hospitales son departamentos de gran demanda en la población de tal manera que han sido objeto de estudio en diversos países, en México la organización de estos servicios es prácticamente nuevo, por lo que aún falta mayor capacitación del personal, orientación a la población y más investigación en este rubro.
- En pacientes adultos y pediátricos la diarrea fue una de las patologías más comunes en la consulta de urgencias viéndose mayor cantidad de pacientes durante el incremento de la temperatura. Además en pacientes adultos se observó atención por alteraciones en el estado metabólico de los pacientes diabéticos, síntomas con cuadros sugestivos de infarto agudo al miocardio y dolor abdominal.
- El tiempo de espera en relación a trimestres agrupados según la temporada se observó que si hay diferencia en el tiempo de espera registrado en los diferentes trimestres del mismo año, pero no de un año a otro.
- El estudio demuestra todos aquellos que llegan directamente por ambulancia tiene prioridad en relación a los pacientes quienes acudieron al servicio de urgencias por sus propios medios, ya sea referidos de otra unidad de salud o por iniciativa propia, observándose menor tiempo de espera en pacientes que llegaron en ambulancia .

- Basados en el estudio realizado se observó que disminuyó el tiempo de espera en el Servicio de Urgencias del 2011 al 2012, con una diferencia de 4 minutos, observando que la capacitación en el personal que labora en el servicio, la agilidad en proceso de atención, los cambios de infraestructura pueden ser factores que contribuyeron para disminución del tiempo, .

LITERATURA CITADA

1. Unidad de urgencias hospitalaria Informes, estudios e investigación 2012, Ministerio de Sanidad y Política Social.
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>
2. Ismael Font, Andrea Izquierdo, Jordi Puiguriguer. Análisis de las consultas a un servicio de urgencias hospitalario según el origen de los pacientes. *Emergencias: Rev. de la Soc. Esp de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 2009; 21(4): 262-268
3. Josep Gómez Jiménez, Pilar Ramón-Pardo, Carlos Rua Moncada. Manual Para La Implementación De Un Sistema De Triage Para Los Cuartos De Urgencias. Organización Paramericana de la Salud. Washington, DC. Diciembre del 2010
4. Sistema Integral de Calidad de Salud.
<http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII>
5. J. Sánchez López, A. Bueno Cabanillas. Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias* 2005;17:138-144
6. Robert E. Suter. Emergency Medicine In The United States: a systemic review. *J Emerg Med*, Vol 3, No 1, 2012
7. Héctor Hugo Rivera-Reyes. Historia de los Servicios de Terapia Médica Intensiva Central y de Especialidades en el Hospital General de México. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2006; 69 (1): 56-62
8. B. Álvarez Álvarez, J. Gorostidi Pérez, O. Rodríguez Maroto, A. Antuña Egocheaga, P. Alonso. Estudio del Triage y tiempos de espera en un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias*. 1998 Marzo-Abril; 10(2),
9. María Candelaria Ayuso Raya, Nieves Pérez López, María José Simarro Herráez, y Francisco Escobar Rabadán. Valoración de un proyecto de "Triage" de urgencias por enfermería en atención primaria. *Rev Clin Med Fam* vol.6 no.3 Albacete oct. 2013
10. Secretaría de Salud. México. Servicios de Urgencias que mejoran la atención y resolución. Instrucción 253/2010. Consulta de instrucciones. [Serie en internet] 2010 [Consultado en 2012, Septiembre, 20] Disponible en: http://dgces.salud.gob.mx/ocasep/instrucciones/instrucciones_sicalidad/instrucciones_2010/Instruccion%20253.pdf

11. José López Reséndiz, María Dolores V. Montiel Estrada, Raymundo Licona Quezada. Triage en el servicio de urgencias. *Med Int (Mex)* 2006; 22:310-318
12. Francisco Javier Montero-Pérez, José Manuel Calderón De La Barca Gázquez, Et. al. Gestión clínica de un servicio de urgencias hospitalario mediante un cuadro de mando asistencial específico. *Emergencias* 2012; 24: 476-484
13. Astrid Guttman, Michael J Schull, Marian J, Vermeulen Therese A, Stukel. Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ*. 2011;342:d2983.
14. Manual de indicadores de actividad y calidad para urgencias y emergencias sanitarias Servicio Andaluz de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias Año de edición, 2000
15. Secretaría de salud. México. 2007-2012 Programa Nacional de Salud/Sistema Integral de Indicadores de Calidad en Salud; [Serie en internet] 2007 [consulta en internet 2011, Diciembre, 10]. Disponible en: http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/doctos/estructura_indicadores.pdf
16. Leora I. Horwitz, Jeremy Green, Elizabeth H. Bradley. US Emergency Department Performance on Wait Time and Length of Visit. *Ann Emerg Med* 2010 February. 55 (2). Disponible en: [http:// www.annemergmed.com](http://www.annemergmed.com).
17. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010.
18. Juan rocha Luna. Historia de la Medicina de Urgencia en México. *Archivos de Medicina de urgencia de México*. 2009; May-Ago; 1(1): 4-11.
19. Gobierno de Baja California <http://www.bajacalifornia.gob.mx/>
20. Comisión Nacional de Protección Social en Salud www.sistemas.cnpss.gob.mx
21. Ding, R., McCarthy, M. L., Desmond, J. S., Lee, J. S., Aronsky, D. and Zeger, S. L. (), Characterizing Waiting Room Time, Treatment Time, and Boarding Time in the Emergency Department Using Quantile Regression. 2010. *Acad Emerg Med*, 17: 813–823.
22. M. Á. Carbonell Torregrosa, J. Gírbés Borrás, J. V. Calduch Broseta. Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario. *Emergencias* 2006;18:30-35

23. Jessica Greene, Jane Hall. The comparability of emergency department waiting time performance data. *Med J Aust* 2012, September; 197(6): 345–348
24. Nicholas Jouriles, Erin L. Simon, Peter Griffin, Carolyn Jo Williams, Nairmeen Awad Haller. Posted Emergency Department Wait Times Are Not Always Accurate. *Acad Emerg Med*; 2013 April; 20; 421–423, Article first published online: 16 APR 2013 DOI: 10.1111/acem.12107
25. Cruzada Nacional por la Calidad. Lineamientos Operativos Del Sistema De Monitoreo Para La Gestión De La Calidad Segundo Nivel. Julio, 2002
26. Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.)
27. Dirección General de Epidemiología (DGE)
<http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/informes/informesh/2011/eda-semanas.html>lesto
28. Dr Arturo G Reyes Flores, Lic Enf. Beatriz Grimaldo Loredo. Secretaría de Salud de Tamaulipas. Manual de organización específica: Triage en la sala de urgencias. [Serie en internet] 2012 [consultado en 2012, Diciembre, 05]
Disponible en: <http://salud.tamaulipas.gob.mx/wp-content/uploads/2012/03/triagedeurgencias.pdf>
29. Juan Manuel Fraga-Sastrías, Enrique Asensio-Lafuente, Fernando Román-Morales, Luis Mauricio Pinet-Peralta, Julio Prieto-Sagredo, Anette Ochmann-Räsch. Sistemas médicos de emergencia en México. Una perspectiva prehospitalaria. *Archivos de Medicina de Urgencia de México*. Vol. 2 (1), Enero-Abril 2010, pp25-34.

Glosario

TRIGE: Palabra que proviene del vocablo francés "trier" cuyo significado es clasificación o selección y se utilizaba básicamente para el área agrícola. Fué introducido en medicina por el Barón Dominique-Lean-Larrey, y es aceptada a nivel mundial.

URGENCIA: Es todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y requiera atención inmediata²⁵.

Otros autores los han clasificado como urgencia médica real y sentida¹²:

URGENCIA MEDICA REAL: 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 inmediata²⁷.

URGENCIA MÉDICA SENTIDA:
Es todo padecimiento de orden agudo o crónico agudizado que el paciente percibe o siente que amenazada su

vida sin ser grave y puede ser atendido por consulta externa¹².

SUIVE: Sistema Único de Formación para la Vigilancia Epidemiológica

SICALIDAD: Sistema Integral de Calidad en Salud

INDICADOR: Es fundamentalmente un cuantificador que permite asignarle un valor específico a una variable conceptual a fin de que ésta sea valorada.

INDICAS: Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud

PUERPERIO: Período de tiempo que dura la recuperación completa del aparato reproductor después del parto, que suele durar entre cinco y seis semanas.