

11226
2ej
19/2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

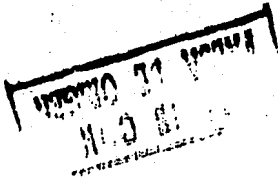
División de Estudios de Postgrado
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Hospital General Regional
Orizaba, Ver.

**ANALISIS DEL LLENADO DE LA FORMA 4 - 30 -8-72
DE ACUERDO CON LOS PARAMETROS
ESTABLECIDOS INSTITUCIONALMENTE**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL POSTGRADO EN
MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :
DR. LUIS RAFAEL MIRON GARCIA



Orizaba, Ver.



1985



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 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.

CONTENIDO:

- INTRODUCCION
- GENERALIDADES
- ANTECEDENTES CIENTIFICOS
- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
- FORMULACION DE LA HIPOTESIS
- OBJETIVOS
- MATERIAL Y METODOS
- RESULTADOS
- CONCLUSIONES
- ALTERNATIVAS DE SOLUCION
- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social recibe atención médica permanente. La coordinación adecuada de las actividades de sus médicos permite aprovechar, al máximo los recursos de que dispone en las clínicas y hospitales, integrar la relación Médico-Faciente al sentido social de la medicina moderna y fomentar la solidaridad y la cooperación estrechas entre quienes la imparten.

La atención profesional que se proporciona al derechohabiente tiene que ser de calidad y queda registrada y ordenada en el expediente clínico, cuyo contenido debe ser uniforme en todas las unidades. A fin de conseguirlo, es preciso observar las instrucciones para que el estudio de los problemas de salud de los pacientes se haga de manera sistematizada y completa.

De acuerdo con la experiencia acumulada por el Instituto, se han renovado las normas al respecto y se han modificado algunas formas de papelería médica. Ha sido preocupación que los diagnósticos y operaciones queden expresados de manera que se facilite su codificación. Asimismo, se ha buscado que estas instrucciones simplifiquen la tarea del médico, y le haga posible preparar tanto la historia como las notas médicas clínicas con mayores características individuales y obtener satisfacciones -- crecientes por su trabajo.

La información que reúnan los expedientes clínicos habrá de reflejar niveles óptimos en el estudio y en el tratamiento integral de los pacientes; la superación permanente del ejercicio profesional y el incremento de la experiencia individual y colectiva, a la vez, alentarán tanto la investigación como la docencia.

El expediente clínico, documento propio del médico, es imagen en buena parte, de sus atributos profesionales y personales, representa los cuidados que otorga a los enfermos y su trabajo dentro del Instituto.

Por otra parte, la evaluación constante del cuidado de los enfermos, a través del expediente clínico, permite que el Instituto Mexicano del Seguro Social mejore de continuo su actividad para prestar atención médica con oportunidad y en los niveles de calidad más elevados.

GENERALIDADES

Muchas empresas cuentan con un departamento de control de calidad para asegurar a sus productos determinadas características con funciones permanentes, rectificando la maquinaria y la mano de obra, logrando perfeccionar la técnica y por ende mejorar la calidad de la producción. Asimismo, en una Institución como el Seguro Social, donde la producción es la prestación de atención médica, un sistema semejante se requiere con mayor razón.

En la Consulta Externa, el recurso institucional para tal fin está representado por el Jefe de Departamento Clínico, que entre sus principales funciones tiene la de evaluar la calidad técnica de los servicios médicos impartidos en las unidades, sugerir las modificaciones pertinentes para lograr la superación de los mismos, así como coordinarlos en el otorgamiento de la atención médica.

Como parte del control de calidad, vigilará que el médico no sólo se encuentre capacitado debidamente para desempeñar sus funciones, sino que esté preparado para trabajar en equipo y se identifique plenamente con la doctrina política y filosofía de la Seguridad Social.

Stein y Susser(1964), en un artículo sobre los fracasos de la atención médica sugieren que las fallas características de la práctica hospitalaria se refieren a la atención personal y las del médico general a su competencia técnica.

Los especialistas y los médicos generales deben tener funciones claramente definidas y - distintas. Cada grupo debe ganarse el respeto del otro por la calidad del trabajo que realiza.

En el Seguro Social, una situación conocida que ocasiona deterioro en la prestación médica es la inadecuada solicitud de interconsultas, - problema que se resuelve mediante el filtro que presenta el control de calidad.

El establecer un filtro u orientador en la Consulta Externa, permite la entrada al engranaje del segundo y tercer nivel a los pacientes que lo necesiten; además, sirve de retroalimentador al médico tratante y de permanente capacitación para los jefes de Departamento Clínico, - que de esta forma revisan los datos difíciles - identificados como interconsulta (Figura 1) se conocen así los padecimientos problemas del -- tratamiento, al mismo tiempo que se desarrolla un mecanismo efectivo para valorar que tan apa- rejado al progreso científico con la marcha pro- fesional.

Según la ecología de la atención médica, de cada mil personas, por lo menos setecientas --- veinte visitan un médico una vez al año; cien - son admitidos en un hospital general y solo diez ingresan en un centro médico, por lo que obviamen- te un alto porcentaje de pacientes es atendido por el médico familiar, situación que lo ubica en la condición necesaria de ser competente, ya que representa la piedra angular del sistema.

La experiencia ha demostrado que el médico familiar tiene problemas con su actuación por el desconocimiento del estado de salud de su población; necesita asesoramiento en lo concerniente a la organización de su trabajo como parte -- del control de calidad de la prestación; ejemplo; si tiene un número considerable de hipertensos y diabéticos, necesitará estudio y asesoría en estos temas en particular.

Respecto a la responsabilidad de saber, debe admitirse que aunque nadie está obligado a ser sabio, todos tenemos la responsabilidad de no ignorar lo que nos hemos comprometido a conocer. No se concibe que el médico ignore lo aceptado - universalmente, ya que este desconocimiento privará al enfermo del beneficio o la oportunidad - de curarse, conservar la salud o quizá de preservar la vida misma. Por supuesto cuanto más se conoce lo que se ha de practicar mejor será la --- atención al paciente. En este sentido, el sabio precepto médico Primum non nocere (primero no dañar), debe interpretarse como aprender para servir ya que la abstinencia y la omisión por ignorancia conlleva negligencia e irresponsabilidad.

El ejercicio de la profesión médica requiere de una actualización permanente; los cursos de - capacitación continua tienen esa finalidad, pero no siempre los que más lo necesitan hacen uso de ellos.

Los Jefes de Servicio en la Consulta Externa, al conocer por medio del control de calidad las áreas en que los médicos necesitan actualizarse, deben funjir como motivadores persistentes para

que los cursos se actualicen en la mejor forma posible, ya que su aprovechamiento determina un punto clave en el mejoramiento de la atención médica.

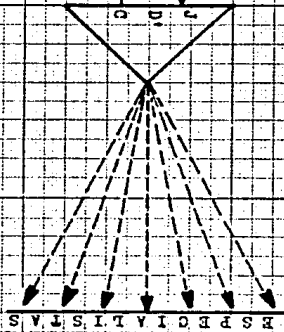
Según como se plantee la asesoría (filtración), y como sea la comunicación de los jefes de servicio con los médicos familiares a su cargo, el personal compartirá la responsabilidad - en la atención del enfermo y ubicará al profesional en el límite de sus funciones para que reconozca hasta que punto el tratamiento es de su competencia y cuando y porqué se solicitará la interconsulta y en que condiciones su paciente deberá llegar al segundo y tercer niveles - (estudiado en forma integral).

La coordinación de los niveles de atención establece un verdadero enlace entre el médico familiar y el especialista, y determina que el primero no resulte un derivador constante de pacientes sino el consciente analizador que aprovecha en forma apropiada los recursos de la institución.

MEDICINA
FAMILIAR

PACIENTE - FAMILIARIZADOS -

NO PROCEDE



Jefe del Departamento Clínico

FIGURA I

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

A partir de 1972 se creó la forma 4-30-8/72 la cual es utilizada exclusivamente para el traslado de pacientes de una Unidad a otra, se elabora cuando se solicitan consultas o tratamientos especializados y para informar de las opiniones o servicios prestados, inclusive en los casos obstétricos, aunque en los últimos años - la forma MF7 ha venido a sustituir la 4-30-8/72 en pacientes obstétricas.

"La solicitud de envío" se hará en original y copia, se usará también las formas 4-30-8/72, en original y copia, para el informe del médico o de la atención prestada. Por tanto no debe emplearse el reverso de la solicitud para dar contestación.

Parámetros que debe reunir la forma 4-30-8/72 de envío:

- 1.- Envío del paciente. El médico anotará, en original y copia en la forma 4-30-8/72 y, si fuera preciso, tanto el anverso como el reverso.
- 1.1 Los datos generales del paciente y número de afiliación, y una cruz en el cuadro que precede a "envío".
- 1.2 La unidad de procedencia y a la que se trasladada.
- 1.3 La especialidad a la que se pide consulta.
- 1.4 El resumen comentado de los datos clínicos de laboratorio y gabinete, positivos o negativos de que se disponga y la fecha en

que fueron realizados.

- .5 Los diagnósticos y tratamientos establecidos.
- .6 La incapacidad otorgada.
- .7 Los motivos para su envío.
- .8 Nombre y clave del Médico.
- .9 Llevarán además:
 - .9.1 El sello de vigencia de derechos en caso de que el envío sea de la clínica de adgcripción. Si el envío es ya de otra Unidad distinta de la de adscripción se mencionará aquélla de donde procede la vigencia.
 - .9.2 La firma del director de la Unidad, o del médico que él faculte.
- .10 Se dirigirán a las Unidades que corresponda, según zonificación y regionalización de Servicios Médicos.
- .11 Se cumplirá con las instrucciones para traslado pacientes foráneos.
- .12 Se acompañaran de copias de los informes de laboratorio y gabinete recientes, así como de las placas radiográficas. las --cuales deberán ser devueltas.
- .13 El original se envía a la Unidad a que se traslada al paciente y la copia queda en el expediente clínico.
- .14 Para los servicios de Interconsulta:
 - .14.1 Serán tramitados con solicitud de cita por teléfono, telégrafo, radio u otro medio, con anterioridad al traslado del paciente.

.14.2 Harán excepción los casos de urgencia en que simplemente se dará aviso y se hará mención del nombre del derechohabiente, - su cédula, edad y causa del envío, para que se hagan los preparativos necesarios.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Es adecuado el llenado de la forma de envío
4-3C-6/72 por el médico familiar?

HIPOTESIS

El médico familiar frecuentemente no sigue los parámetros de llenado de la forma 4-30-E/72 establecidos institucionalmente.

OBJETIVOS

General: Revisar los parámetros establecidos institucionalmente que toda 4-30-8/72 debe reunir.

Específico: Cual es el porcentaje de las formas 4-30-8/72 llenadas correctamente.

Revisar la congruencia del cuadro clínico y el diagnóstico de envío.
Enlistar los principales diagnósticos de envío.

Enlistar las principales especialidades de envío.

Conocer el promedio de envíos por mes.

MATERIAL Y METODOS

Recursos-Físicos: Formas 4-30-E/2 de la UMF.
Estadística de la UMF.

-Humanos: Asistente Médico y Aux. Univ.
de Oficinas de la Unidad.

Tipo de Estudio: Retrospectivo

Tiempo: Marzo/Agosto de 1984

Lugar: Unidad de Medicina Familiar No.6
Ixhuatlancillo Ver.
Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Veracruz Sur.

RESULTADOS

El estudio realizado en el grupo muestra representado por el 10% del total del universo de envíos (705), en los seis meses de éste análisis, nos refleja las carencias en cuanto al conocimiento completo de los parámetros establecidos institucionalmente para el llenado correcto de la forma 4-3C-E/72, lo cual nos indica que se está incurriendo en algunas fallas - tanto de índole técnico como profesional que - pueden repercutir en el derecho de salud y bienestar que todo derechohabiente al instituto debe tener.

Parámetros revisados en las formas 4-3C-E/72 de envío:

- Vigencia de derechos: todas las 4-3C-8/72 VIGENTES.
- Datos generales: Completos en todas las 4-3C-8/72.
- Unidad de Traslado y envío: El 72.85% (51) cubrió éste requisito; el 27.14 % (19) -- obviaron enunciar la Unidad de procedencia, la Unidad a donde se envía el paciente y - en algunas se obviaron ambas incidencias.
- Especialidad: Cubierto en un 100%
- Resúmen comentado de los datos clínicos de laboratorio y gabinete: El 91.42% (64) llena el requisito de los datos clínicos adecuados y congruentes con el diagnóstico. Con los exámenes de laboratorio no se puede realizar un estudio fidedigno al igual que con los estudios radiológicos, ya que

cada patología requiere de uno u otro pa
rámetro y a veces de ninguno, por lo cual
no podemos generalizar. Lo que sí podemos
mencionar es que los envíos sólo llevan -
los resultados de laboratorio y gabinete
en una forma puramente traspolada de los
originales sin ningún comentario de los -
mismos, ya sea para reforzar el diagnósti
co o desecharlo.

--Diagnóstico y Tratamiento: Todas las no
tas de envío llevan el diagnóstico y solo
un 27.14 % (19), no mencionan nada del --
tratamiento administrado en forma previa
al envío.

-Incapacidad: De los treinta y siete dere
chohabientes asegurados que ameritaron --
traslado a otra Unidad, sólo el 13.51%(5)
tiene la referencia de su incapacidad en
la nota de envío, dejando por ello una --
gran duda para el servicio que recibe el
traslado.

-Motivo del envío: El 100% de las notas de
envío cubren éste requisito.

En la Unidad de Medicina Familiar, donde se realizó el estudio tiene una población adscrita de:

Asegurados	4007
beneficiarios.	2647
Menores.	4561
<hr/>	
TOTAL	11,215

Se realizó además el estudio conjunto del número de consultas por semana-mes, se muestra en la gráfica I.

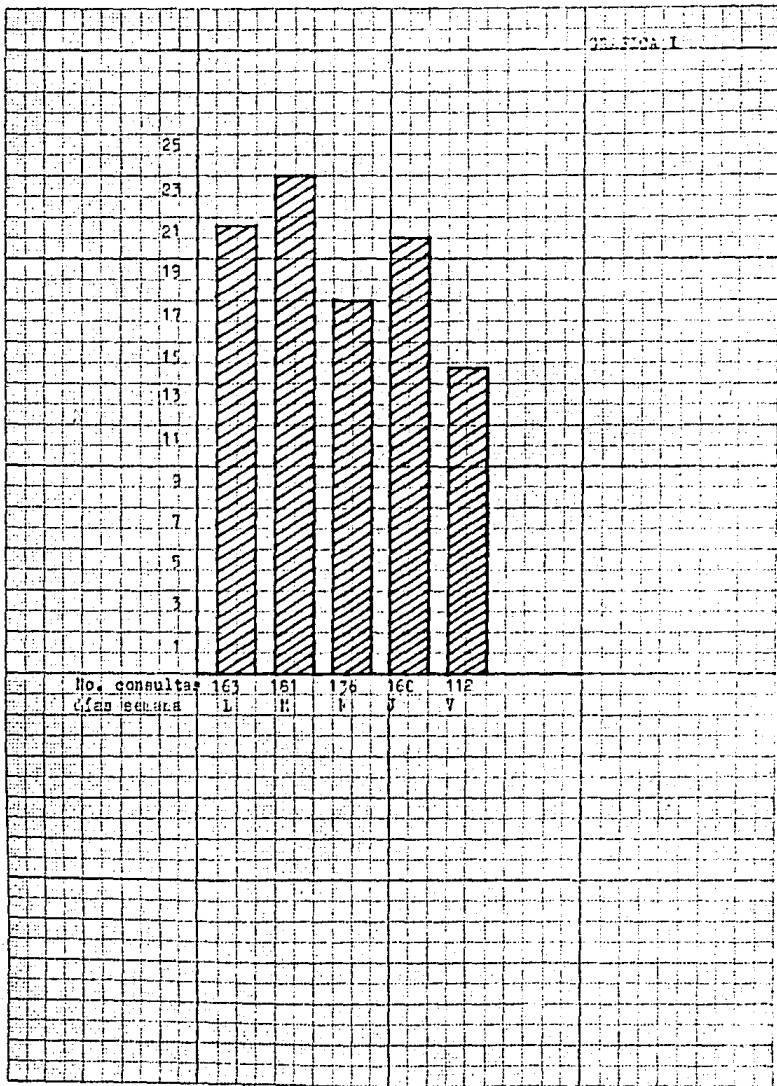
El porcentaje de envíos a otra Unidad por mes durante el tiempo de estudio, se muestra en la gráfica II.

Interconsultas solicitadas por servicio del grupo muestra, se representan en el Cuadro I.

Principales diagnósticos de envío, se representan en el Cuadro II.

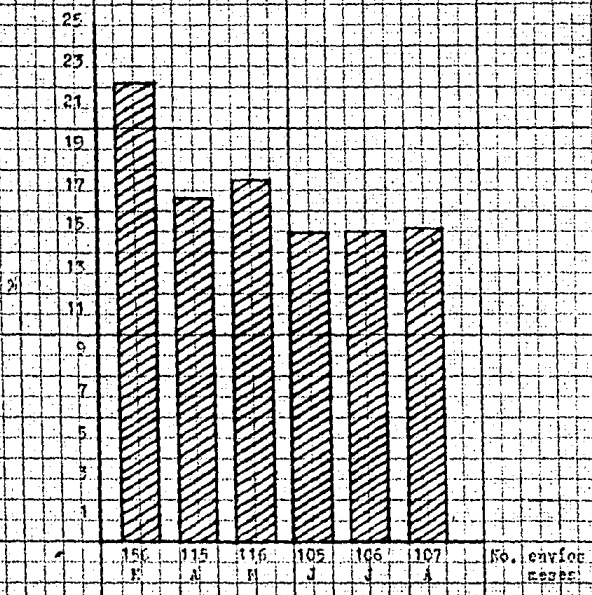
ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

GRÁFICA I



No. consultas: 163 161 176 160 112
 Autor leenara: L H P V Y

GRÁFICA IV



C U A D R O I

INTERCONSULTAS SOLICITADAS POR SERVICIO EN
EL GRUPO NUESTRA

ESPECIALIDAD	PACIENTES	%
Ginecoobstetricia	12	16.9
Traumatología	8	11.26
Oftalmología	6	8.45
Neurología	6	8.45
Urgencias	5	7.04
Otorrinolaringología	5	7.04
Medicina Ocupacional	4	5.63
Dermatología	4	5.63
Cardiología	3	4.22
Cirugía General	3	4.22
Gastroenterología	3	4.22
Optometría	2	2.81
Alergología	2	2.81
Pediatría	2	2.81
Endocrinología	1	1.40
Angiología	1	1.40
Cirugía Reconstructiva	1	1.40
Psiquiatría	1	1.40
Fisiatría	1	1.40
Neumología	1	1.40
TOTAL	71	99.89

Fuente: Libreta de control de envíos (4-30-9), - expedientes clínicos de la UMF No. 6 Ixhuatlancillo Ver.

C U A D R O I I

PRINCIPALES CAUSAS DE ENVIO

DIAGNOSTICO	PACIENTES	%
Embarazo de término o complicado	99	14.04
Fracturas, traumatismos y luxaciones.	74	10.64
Disminución de la agudeza visual.	37	5.24
Diabetes Mellitus.	20	2.83
Hipertensión arterial.	19	2.69
Dermatosis.	18	2.56
Enfermedad articular degenerativa	16	2.26
Neurosis de ansiedad.	15	2.12
Desnutrición.	15	2.12
Gastroenteritis.	14	1.99
Amigdalitis crónica.	13	1.84
Quiste de mama.	13	1.84

Fuente: Libreta de control de envios (4-30-9) - expedientes clínicos. Unidad de Medicina Familiar No. 6 Ixhuatlancillo Ver.

CONCLUSIONES

En este trabajo de "Análisis del llenado de la forma 4-30-8/72 de envío". He podido darme cuenta de la carencia y negligencia tanto de tipo técnico como profesional por parte del médico familiar para el llenado adecuado de las formas de envío, las cuales deben contener todos los parámetros enunciados institucionalmente, con el adecuado comentario de lo que más corresponde a nosotros los médicos que es el cuadro clínico, exámenes de laboratorio y estudios de radiología.

ALTERNATIVAS DE SOLUCION

- Recordar al médico familiar que existe una guía para el llenado adecuado de la forma 4-30-8/72 para el envío de pacientes de una Unidad a otra.
- La oportunidad en la atención puede ser determinante en el pronóstico de muchos pacientes al -- descubrirse un problema cuya interconsulta se pi de programada y se requiere de urgencia.
- Al enviar bien estudiado al paciente, permitiendo al médico interconsultado tener un panorama - adecuado del problema y plantear desde la primera consulta el camino a seguir en el tratamiento (Cuadro III).
- Los errores encontrados son totalmente solucionables por medio de una adecuada comunicación, - de otra forma, al pasar sin necesidad a intercon- sulta resultan altamente criticables y reflejan negligencia (Cuadro IV).
- Identificar los porcentajes de interconsultas - por servicios permite saber en que aspectos de- bemos incidir en relación al médico familiar pa ra la utilización de los mismos. (Cuadro V).

C U A D R O I I I

EJEMPLOS DE REQUISITOS DE ESTUDIO INTEGRAL
PARA INTERCONSULTA POR SERVICIOS

SERVICIO	DIAGNOSTICO	'ESTUDIO INTE-- GRAL.		
		TP	L	R
Pediatría	Desnutrición	X	X	-
Cirugía	Hernia umbilical	-	X	-
Oftalmología	Conjuntivitis	X	X	-
Traumatología	Fractura de codo	-	-	X
O.R.L.	Otitis supurada	X	X	-
Gastroent.	Cirrosis hepática	X	X	-
Med. Interna	Diabetes Mellitus	X	X	-
Cardiología	Hipertensión art.	X	-	X
Urología	Litiasis Ureteral	-	X	X
Ginecología	Cervicovaginitis	X	X	-

Fuente: Comunicación del Jefe de Depto. Clínico -
con médicos especialistas de la Clínica -
Hospital T-1 No. 11 de Piedras Negras Coah.

- 'TP Tratamiento previo
- L Estudios de laboratorio
- R Estudios radiológicos

C U A D R O I V

EJEMPLOS DE PACIENTES REMITIDOS AL MEDICO FAMILIAR POR DIFERENTES CAUSAS

Diagnóstico del Médico familiar.	Revaloración JDC'
1. Cuerpo extraño en el ojo derecho.	Inexistente=conjuntivitis.
2. Embarazo vs quiste - de ovario.	Solicitar pronóstico=positivo.
3. Contusión, luxación fracturas.	Solicitar estudio radiológico.
4. Hernia umbilical	Solicitar estudios preoperatorios.
5. Otitis Media supurada	Solicitar cultivo de secreción ótica.
6. Diabetes Mellitus	Tratamiento incompleto, sin estudios de laboratorio.
7. Hipertensión arterial	Sin tratamiento inicial.

Fuente: Forma 4-3C-200, pacientes y expedientes - clínicos. Clínica Hospital T-1 No. 11 de Piedras Negras Coah.

' Jefe de Departamento Clínico.

C U A D R O V

INTERCONSULTAS SOLICITADAS POR SERVICIO		
	Pacientes	%
Gineco-obstetricia	128	18.15
Urgencias	95	13.47
Oftalmología	60	8.51
Traumatología	53	7.51
Cirugía General	40	5.67
Otorrinolaringología	35	4.96
Pediatría	32	4.53
Cardiología	31	4.39
Neurología	30	4.25
Optometría	20	2.83
Gastroenterología	17	2.41
Reumatología	15	2.12
Psiquiatría	14	1.98
Fisiatría	11	1.56
Angiología	9	1.27

Fuente: Libreta de control de envíos, expedientes clínicos. Unidad de Medicina Familiar No. 6 Ixhuatlancillo Ver.

BIBLIOGRAFIA

El expediente clínico en la atención médica.
Editorial IMSS. 1973. pp. 61-64

Quintero H., Uribe G., Un modelo de control
de calidad en la Consulta Externa (Proyecto
piloto realizado en la Clínica Hospital T-1
No. 11 de Piedras Negras Coah. Edit. IMSS.
1981. Revista Médica. pp. 592-599.