

11 22 6
201.91



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**LA NO OPTIMIZACION DEL SERVICIO DE
URGENCIAS.**

Tesis Recepcional

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE:

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

Dra. Ma. Cristina López Villavicencio

MEXICO, D. F.

FALLA DE ORIGEN

1007



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.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
MARGO TEORICO	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
OBJETIVO GENERAL	12
LIMITES DE LA INVESTIGACION	13
CRITERIOS	14
CALENDARIO DE ACTIVIDADES	15
DISEÑO DE LA INVESTIGACION	16
METODOLOGIA	17
REPRESENTACION GRAFICA	18
CONTRASTACION DE HIPOTESIS	24
RESUMEN DE PREGUNTAS	29
ANALISIS DE RESULTADOS	31
INTERPRETACION DE RESULTADOS	32
CONCLUSIONES	34
SUGERENCIAS	35
BIBLIOGRAFIA	36

INTRODUCCION

Durante un año continuo en que roté por el Hospital General de Zona No. 57, de acuerdo al calendario de actividades establecido para residentes de medicina familiar (2o. semestres de primer año y 1er. semestre de 2o. año), observé con interés lo que sucede en el servicio de urgencias.

El servicio de urgencias, se ve frecuentemente saturado por derechohabientes que exigen consulta "urgente", la mayoría - de las veces por padecimientos que no son urgentes, ocasionando con esto una sobrecarga de trabajo en el servicio y - provocando una duplicidad de consulta médica, ya que son en viados con su médico familiar para que sean controlados en su padecimiento no urgente, motivo de consulta.

Me llamó la atención esta búsqueda de atención médica urgen te por parte de los pacientes que al parecer es por falta - de orientación adecuada acerca de como hacer use de los ser vicios del Instituto Mexicano del Seguro Social en sus dife rentes niveles así como del desconocimiento de lo que es - una urgencia médica.

Con este trabajo pretendo llamar la atención sobre el esti- lo de la información que se proporciona a los derechohábien tes en las U.M.F., que debe ser clara, completa y acorde a la realidad de la población atendida.

La naturaleza de la práctica médica de urgencias, consiste en la capacidad de dar solución a la amplia variedad de problemas que los pacientes puedan presentar. Los trastornos clínicos varían desde traumatismos que ponen en peligro la vida del paciente, y paro cardíaco, hasta heridas superficiales y enfermedades que sanan por sí mismas. El médico puede pasar directamente de una reanimación cardiopulmonar, a la valoración de una faringitis o de un tobillo torcido; la valoración de una cefalea crónica del paciente se puede interrumpir por la llegada de otro que ha sido herido por arma de fuego en el torax; y el paciente con "ansiedad" puede llegar poco antes del paciente que "no puede respirar".

La segunda característica de la práctica de urgencias es la afluencia de pacientes que se presenta al azar e impredeciblemente. Hay momentos que llegan al mismo tiempo un número elevado de problemas creando una afluencia de pacientes que temporalmente saturan la unidad y causan un verdadero caos.

Estos dos elementos de la práctica en el servicio de urgencias - la diversidad y la impredecibilidad- exigen que el médico de urgencias sea capaz de valorar a los pacientes en forma rápida para distinguir a la brevedad los índices graduales de gravedad en cada uno de los casos y poder así, asignar prioridades de tratamiento para la atención inmediata de los pacientes muy graves o con lesiones múltiples. En otras palabras el médico de urgencias debe ser un experto en selección, (triage).(2)

En la práctica actual de urgencias, el principio de selección se emplea en forma constante, como proceso formal e informal, para determinar cuál de los pacientes requiere los cuidados más urgentes. El médico valora rápidamente los expedientes de todos los pacientes que esperan atención, para escoger al que requiera los cuidados más urgentes. Si la afluencia de pacientes es extrema, los problemas que van a requerir cuidados especializados, se pueden apartar del grupo en forma inmediata e iniciar los procedimientos.

En muchos de los servicios de urgencias, ya opera un sistema formal de enfermería para la selección. La valoración de enfermería se inicia en el momento en que el paciente llega al servicio de urgencias. Estos sistemas de selección incrementan la posibilidad de que los pacientes realmente enfermos reciban atención inmediata. Las posibilidades fundamentales de selección incluyen: valoración rápida de los pacientes, determinación de la urgencia y disposición.

El médico de urgencias debe intentar ver a los pacientes lo más rápido que sea posible y en cooperación con el personal de urgencias, determinar las molestias generales del paciente, obtener una historia clínica breve, así como apreciar el aspecto general, permeabilidad de la vía aérea, condiciones adecuadas de respiración, signos vitales y cualquier lesión local evidente.

La explicación del problema hecha por el paciente es por lo general la primera pieza de información que el médico obtiene del interrogatorio. La información puede ser de gran ayuda en la determinación de la urgencia y en el manejo inicial (por ejemplo "herida por arma de fuego en el tórax" o "dolor torácico y dificultad para respirar") o puede ser también de ayuda limitada, necesitando elaboración adicional (por ejemplo, "debilidad y mareos" o "me siento muy mal").

La historia clínica breve incluye únicamente las preguntas más pertinentes acerca del problema, incluyendo la agudeza del inicio, la presencia de dolor, hemorragia anormal o pérdida de las propiedades físicas de funcionamiento de algún órgano o sistema.

El aspecto general del paciente se determina en pocos segundos y a veces es la única información que se requiere para determinar la urgencia. Por ejemplo, la urgencia de una situación se determina rápidamente si el paciente está inconsciente, cianótico y con dificultad para respirar. Una situación menos urgente se percibe si el paciente está sentado y

platicando tranquilamente.

La capacidad de determinar rápidamente la condición del paciente por su aspecto general mejora con la experiencia. Lo que el médico debe tener en cuenta son características tales como el grado de conciencia, la posición del cuerpo, la coloración de la piel y el dolor aparente. Naturalmente que el aspecto general a veces puede ser confuso, por ejemplo, un accidentado de motocicleta que se encuentra cubierto de sangre y que presenta sólo heridas superficiales múltiples, puede parecer "peor" que el paciente que se encuentra con un choque inicial y que puede estar extremadamente activo, agitado e combativo.

Seguidamente se debe prestar atención a la respiración y a las vías aéreas. Si el paciente inhala el aire con facilidad, es evidente que no hay obstrucción de la vía aérea, y la observación del tórax revela movimientos bilaterales iguales, se puede concluir que la vía aérea es permeable y probablemente adecuada. La auscultación de los pulmones se lleva a efecto si aún existe duda acerca de la ventilación adecuada.

Los signos vitales se encuentran entre los mejores indicadores de la gravedad inmediata de la enfermedad o lesión. Cuanto más se deterioran los signos vitales, será mayor la probabilidad de gravedad en el paciente. En términos generales a mayor deterioro mayor gravedad de la enfermedad.

La determinación de una enfermedad o lesión localizada es importante en la valoración inicial del paciente. La inspección externa completa localiza los puntos de hemorragia que requieren presión directa; heridas por armas punzocortantes, heridas por armas de fuego; fracturas aparentes que requieren la fijación con férulas; e luxaciones articulares que requieren una reducción pronta.

Determinación de la Urgencia :

Basándose en la información limitada que se obtiene en una valoración breve, el médico puede no tener suficiente información para un diagnóstico exacto pero debe ya saber si el paciente - está:

- 1) en peligro inminente de muerte y requiere la atención inmediata.
- 2) moderadamente grave, con una afección que si no se trata puede causar un trastorno para toda la vida e dolo intenso.
- 3) en una situación relativamente leve en la que un retardo en el tratamiento no tendría efectos nocivos posteriores.

Los efectos de estas situaciones que representan prioridades - inmediatas se anotan en el cuadro siguiente:

(heja siguiente).

Situaciones clínicas que indican prioridades de tratamiento
después de la selección.

Clasificación
de la prioridad

A f e c c i ó n

Inmediata	Paro cardiopulmonar Obstrucción de la vía aérea Insuficiencia respiratoria grave Choque Quemaduras importantes Traumatismos importantes Hemorragia masiva e incontrolable Ingestión de un tóxico de acción rápida Anafilaxis Dolor torácico intenso
Urgente	Insuficiencia respiratoria leve Disminución del nivel de conciencia Fracturas múltiples Fracturas con déficit neurológico o vascular. Quemaduras moderadas Retención urinaria aguda Hemorragia vaginal durante la gestación Afección o lesión ocular que produzca - ceguera total o parcial Epistaxis Trastornos emocionales graves
No urgencias	Erupción cutánea Cefalea crónica Esquince Estreñimiento Ardor de garganta Síntomas de "resfriado" Cistitis Secresión vaginal

Se presta atención máxima en primer lugar a los pacientes que requieren cuidados inmediatos. Una valoración rápida de todos los pacientes también permite al médico iniciar las órdenes de estudios radiológicos e de pruebas de laboratorio en los pacientes - que requieran de éstos. Una de las mayores dificultades para - valorar a todos los pacientes en forma rápida es que el médico - puede verse intensamente involucrado en el tratamiento de un paciente que requiera cuidados inmediatos para salvar su vida y - por lo tanto la atención total del médico. El médico debe estar siempre alerta de las necesidades del paciente para continuar - los cuidados con un especialista y debe obtener dicha consulta - especializada lo más pronto posible. Después que llega el espe-

cialista, el médico debe hacer una valoración general rápida para ver por lo menos a todos los pacientes, antes de comenzar una valoración más prolongada de un paciente en particular.

En muchos hospitales opera un sistema de selección (triage) en forma continua. Por lo tanto, la urgencia de la mayoría de los pacientes se predefine en gran parte y el médico puede ser orientado primeramente a los pacientes que juzga se encuentran más graves que otros. (2).

NIVELES DE ATENCION EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Las prestaciones médicas del Instituto se imparten a través de un sistema constituido por una red de servicios preventivos, curativos y rehabilitatorios, distribuidos estratégicamente para garantizar una atención oportuna y eficiente. Para responder a las necesidades de la población y promover la salud, prevenir riesgos y atender daños, se reorganizó el sistema en tres niveles de atención que permiten una mejor coordinación y optimización de los recursos humanos, físicos y técnicos.

De todo el sistema, destaca por su importancia como coordinador del equipo de salud, el especialista en Medicina Familiar, a quien se responsabiliza de la atención integral de un grupo de familias, que el Instituto pone bajo su cuidado y el cual se apoyado en su labor, por todos los recursos de que dispone la institución.

Primer nivel de atención.

El 85% de la demanda total requiere atención a este nivel, atiende a familias que se adscriben a una unidad médica, cercana a sus domicilios y que cuenta con un territorio de influencia bien delimitado. La atención la otorgan médicos familiares que son apoyados por personal paramédico y auxiliar. Se realizan actividades de promoción de la salud, protección específica diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, en pacientes ambulatorios, tanto en consultorios como en sus domicilios y en la propia comunidad. Representa el acceso de los derechohabientes al sistema, por lo que es el nivel responsable de la coordinación y continuidad de la atención. Deriva pacientes al segundo nivel de atención y excepcionalmente al tercero. Realiza programas de enseñanza continua y de adiestramiento en servicio de pregrado y se efectúa investigación epidemiológica y social.

Segundo nivel de atención

Las unidades de segundo nivel están divididas en tres grupos: Hospitales generales de subzona.-Funciona como eje de subzona entendiendo por subzona a un hospital que se encuentra anexo a una unidad de medicina familiar que proporciona servicio a la población de su circunscripción y a un número determinado de

unidades de medicina familiar. Están ubicados en áreas fundamentalmente rurales y tienen un radio de influencia promedio de 25 km.

Hospitales generales de zona.- corresponde a la unidad básica - prototipo de segundo nivel de atención funciona como eje de la zona, presta atención a la población de su circunscripción y a un número determinado de hospitales generales de subzona. Están ubicados en áreas suburbanas y urbanas y tienen un radio de influencia de 150 km. Proporciona atención médica en Urgencias en las cuatro especialidades básicas y en las subespecialidades con mayor demanda como son: Traumatología y Ortopedia, Otorrinolaringología y oftalmología. Cuenta con laboratorio clínico, radio diagnóstico, patología y banco de sangre tipo B, cuentan con área de medicina de trabajo y medicina física y rehabilitación, deriva pacientes a hospitales regionales o de alta especialidad.

Tercer nivel de atención

El 3% de la demanda total requiere atención a este nivel. Concentra pacientes de toda una región, integrada generalmente por varias zonas que son derivados por el segundo nivel y excepcionalmente por el primero. La atención la otorgan médicos y personal paramédico y auxiliar altamente especializado; tanto en consulta externa de una o varias especialidades y las subespecialidades que se derivan de ellas, como en hospitalización. Se atienden las urgencias médicoquirúrgicas de pacientes derivados del segundo nivel o de los que se encuentran bajo propio control. Atiende problemas de Medicina física, rehabilitación y reeducación para el trabajo. El campo de acción es muy reducido ocupándose de problemas poco frecuentes que requieren de atención muy especializada. La atención que se proporciona es de tipo episódico y por tanto discontinua. Una vez tratados los pacientes, los regresa directamente al primer nivel para que los médicos familiares continúen el control. Se realizan programas de enseñanza continua y de postgrado, y la investigación que se efectúa es epidemiológica, clínica y básica (3).

Orientación al derechohabiente

En el año de 1978, por decreto público, se informó que en todas las oficinas gubernamentales y de Servicios, debería de existir módulos de orientación e información para los usuarios. A partir de ese año, en el Instituto empezaron a funcionar los módulos de Orientación, Información y Quejas.

Estos servicios son atendidos por Técnicas Orientadoras, quienes son las que proporcionan información a los derechohabientes y público en general, sobre los diferentes servicios que otorga el Instituto. Cuentan para esto con folletos y cuadernillos de información que distribuyen entre los derechohabientes que lo soliciten.

Asimismo se imparten pláticas informativas sobre cincuenta y un temas relativos a los servicios (ejemplo: registro del asegurado y sus beneficiarios, asignación de U.M.F., deportivos etc.) - dentro de estos temas se encuentra el de "Urgencias", folleto que menciona los domicilios de las diferentes unidades con servicio de urgencias las 24 hrs y anexan un mapa. Estas pláticas se imparten cuando existe un mínimo determinado de derechohabientes que pasesen escucharlas. (5)

En el boletín de estadística, editado anualmente por el I.M.S.S. se observa que de 17,000,000 de consultas otorgadas por especialistas en 1978, 8,000,000 corresponden al Servicio de Urgencias. (5).

Perfil del Médico Familiar

Dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social se le define: "Es aquel profesional que cuenta con un cuerpo de conocimientos que le permiten realizar con eficiencia funciones técnico médicas, funciones técnico administrativas y funciones de enseñanza e investigación específicas, y que a través de su práctica diaria en el primer nivel de atención médica, contribuye al logro de los objetivos institucionales". (6)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los servicios de urgencias se ven frecuentemente saturados por derechohabientes que exigen consulta "urgente", para padecimientos que no le ameritan, ya que por falta de orientación adecuada ignoran, - que es una urgencia y hasta que punto deben ser - atendidos en el primer nivel de atención originando con este el que reciban doble consulta por el mismo padecimiento ya que son enviados a su U.M.F.

OBJETIVO GENERAL

Demostrar que al servicio de urgencias, acuden pacientes por padecimientos no urgentes, lo que origina saturación del servicio, así como duplicidad de consulta médica y determinar que éste se debe principalmente a que el derechohabiente no está bien orientado acerca de como hacer uso de los servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social en sus diferentes niveles.

LIMITES DE LA INVESTIGACION

Universe de trabajo: Derechohabientes asistentes a urgencias del H.G.Z. 57 La - Quebrada, I.M.S.S. adultos.

Ambito geográfico: Area de influencia correspondiente al H.G.Z. 57.

Tiempo: Del 1o. de noviembre de 1985 al 31 de Enero de 1987.

C R I T E R I O S .

De inclusión:

- Todos los pacientes adultos (de 16 años en adelante), que reciban atención médica por padecimientos no urgentes.
- Que sean atendidos en consultorios 5 y 6 del servicio de urgencias.
- Que sean derechohabientes del I.M.S.S.

De exclusión:

- Los pacientes pediátricos
- Que su padecimiento sea grave
- Que asistan a otros consultorios
- Que no sean derechohabientes

No inclusión:

- Curaciones
- Cambios de vendas, aplicación de medicamentos
- Post quirúrgicos mediatos
- Partes

CALENDARIO DE ACTIVIDADES

CONCEPTO	Nov. Dic. 1985	Ene. Feb.	Mar. Abr.	M y J	Jun. Jul.	Ago. Sept.	O ctubre	N ov. .	D ic. .	E ne. 1986	F eb. .	M ar. .	A br. .	M ay .	J un. .	J ul. .	A g o. .	S e p. .	O c t. .	N o v. .	D ic. .	1987			
OBSERVACION DEL PROBLEMA	■																								
REALIZACION DE PROTOCOLO		■																							
AUTORIZACION DE PROTOCOLO			■																						
IMPRESION DE CUESTIONARIOS				■																					
RECOPIACION DE INFORMACION					■																				
ANALISIS ESTADISTICO						■																			
PRESENTACION DEL TRABAJO							■																		
CORRECCIONES								■																	
REDACCION Y PRESENTACION									■																
IMPRESION Y ENTREGA										■															
REUNIONES CON EL ASESOR			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
PIANEADO																									
AVANCE																									

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

La investigación se realizó en las instalaciones del servicio de urgencias del Hospital General de zona 57 I.M.S.S. con apoyo de los médicos en turno de las consultorios 5 y 6, a pacientes que recibieron consulta y se determinó que no eran padecimientos urgentes y que fueron enviados a su Unidad de Medicina Familiar, así como afines a los criterios de inclusión mencionados en el protocolo.

Se hizo por medio de cuestionarios cerrados, sin nombre, que contienen edad, sexo clínica de adscripción más quince preguntas dicotómicas (unicamente dos alternativas), con el fin de obtener respuestas concretas, dirigidas a conocer el grado de orientación recibida acerca de lo que es una urgencia médica, un servicio de urgencias y los servicios del I.M.S.S. en sus diferentes niveles.

El número de preguntas se redujó al mínimo, ya que durante la prueba piloto, se detectó que el derechohabiente generalmente espera mucho tiempo para ser atendido y al salir de consulta se encuentra fatigado y de mal humor. Asimismo este tipo de preguntas facilita la captura de datos al realizar el análisis estadístico.

El número total de cuestionarios fue de 384 según muestra planteada en el protocolo.

Se complementó con una revisión en el departamento de archivo del H.G.Z. 57, de diez días escogidos al azar de la glosa de urgencias para conocer el número de consultas en 24 horas, excluyendo los de pediatría y determinando el número de consultas urgentes y no urgentes en un lapso de 24 hrs.

M E T O D O L O G I A

Una vez terminadas las encuestas, se hizo un concentrado de las mismas para facilitar su manejo.

En las investigaciones de tipo descriptivo, uno de los métodos estadísticos más frecuente es: Descripción de variables individuales per separte, que en este estudio fueron categóricas (nominales) que dieron frecuencias, proporciones y porcentajes que se representaron mediante gráficas de barras y de pastel según el caso (1).

Se contrastó la hipótesis a través de la prueba de chi cuadrada.

Se efectuó un análisis de los resultados para establecer conclusiones, se hacen sugerencias, se realizó una revisión conjunta con el médico asesor y se efectuarán las correcciones que se juzguen pertinentes, posteriormente se pondrá a disposición de las autoridades de la U.M.F. 33 a través de la Jefatura de Enseñanza e Investigación, para que se determinen los ajustes necesarios, una vez aprobada, se imprimirá y se entregarán los números necesarios.

REPRESENTACION GRAFICA

DE RESULTADOS

PADECIMIENTOS CAUSA DE ASISTENCIA

A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

H.G.Z. 57

JUNIO - SEPTIEMBRE 1986.

PADECIMIENTO	fx	%	fxa	%a
A. E. GASTROINTESTINALES	122	31.8	384	100
B. E. VIAS RESPIRATORIAS	72	18.8	262	68.3
G. INFECCION VIAS URINARIAS	51	13.3	190	49.5
D. LUMBALGIA	19	4.9	139	36.2
E. HIPERTENSION CONTROLADA	18	4.7	120	31.3
F. REUMATISMO	18	4.7	102	26.6
G. DERMATITIS	13	3.4	84	21.9
H. HEMORRAGIA DISFUNCIONAL	12	3.1	71	18.5
I. NEUROSIS CONVERSIVA	11	2.9	59	15.4
J. COLECISTITIS CRONICA	8	2.1	48	12.5
K. OTROS (otitis, conjuntivitis anexitis)	40	10.4	40	10.4

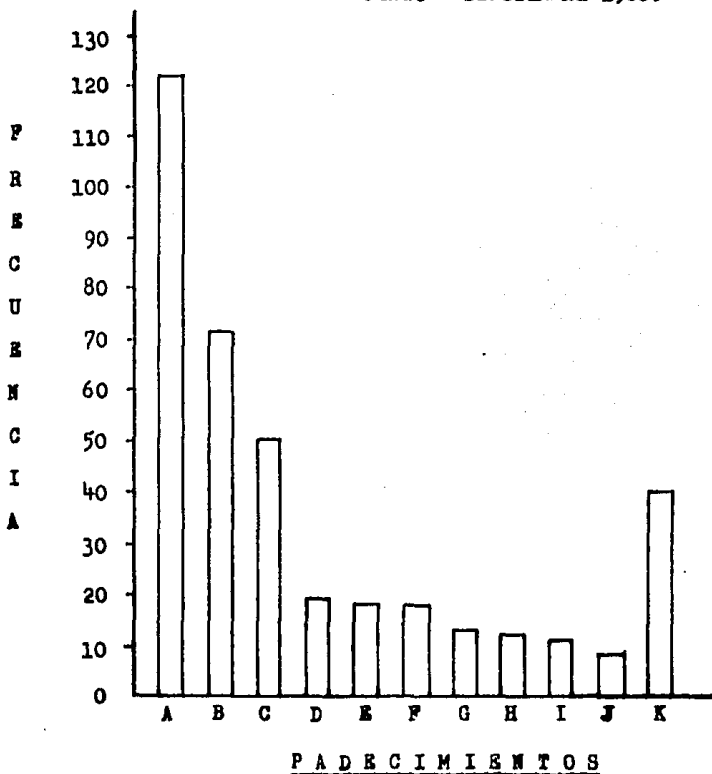
Tabla 1

Fuente de Información: Personal

PADECIMIENTOS CAUSA DE ASISTENCIA DE
LOS SERVICIOS DE URGENCIAS .

H.G.Z. 57

JUNIO - SEPTIEMBRE 1986.



Gráfica 1

Fuente de Información : Personal

DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD DE LOS PACIENTES

QUE ASISTIERON AL SERVICIO DE URGENCIAS

H.G.Z. 57

JUNIO - SEPTIEMBRE 1986

Intervale	P.M.	fz	%fx	fa	% fa
85 - 76	80.5	4	1.04	384	100
75 - 66	70.5	6	1.55	380	98.96
65 - 56	60.5	18	4.69	374	97.40
55 - 46	50.5	44	11.46	356	92.71
45 - 36	40.5	66	17.19	312	81.25
35 - 26	30.5	130	33.85	246	64.06
25 - 16	20.5	116	30.21	116	30.21

\bar{x} = 34.04 Me = 30.5 Mán = 32.05 R = 69

S = 13.18 S² = 173.71 α_4 = 3.91 α_3 = 1.08

Tabla 2

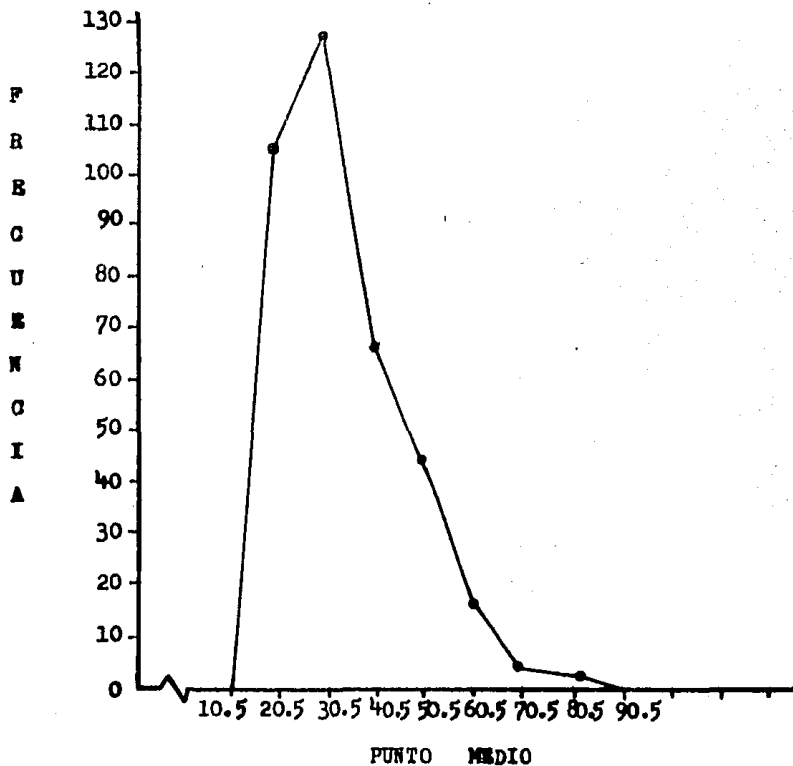
Fuente de Información: Personal

DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD DE LOS PACIENTES

QUE ASISTIERON AL SERVICIO DE URGENCIAS

H.G.Z. 57

JUNIO - SEPTIEMBRE 1986.



Gráfica 2

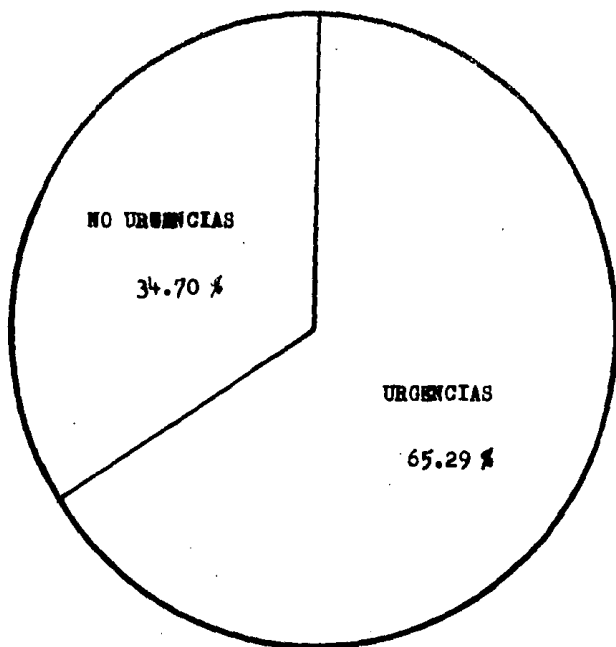
Fuente de Información : Personal

TOTAL DE CONSULTAS URGENTES Y NO URGENTES

DURANTE DIEZ DIAS LAS 24 HORAS

H.G.Z. 57

JUNIO - SEPTIEMBRE 1986.



Gráfica 3

Fuente de información : Glosa de urgencias del Departamento de Archivo del Hospital General de Zona 57.

C O N T R A S T A C I O N

D E

H I P O T E S I S

H I P O T E S I S

H0. La mayoría de los derechohabientes, están orientados e informados sobre lo que deben de hacer en caso de urgencia, que es una urgencia médica y para que es un servicio de urgencias.

H1. La mayoría de los derechohabientes, no están orientados e informados sobre lo que deben de hacer en caso de urgencia, que es una urgencia médica y para que es un servicio de urgencias.

COMPARACION DE HIPOTESIS

Hipotesis 1

INFORMACION SOBRE ATENCION EN CASO DE URGENCIAS

JUNIO A SEPTIEMBRE/86

E.C.B. 57

Preguntas 1 y 5 del Cuestionario

Asistió primero con su médico familiar?

Le orientaron en su U.M.F. sobre como puede ser atendida en caso de urgencia?

SI	NO	
52	88	140
61	183	244
113	271	384

GL 1

$X^2_t = 2.71$

$X^2_r = 6.32$

$p < 0.05$

X^2_r es mayor que X^2_t
 por lo tanto se rechaza H_0 y se acepta H_1 .

Fuente de información: Personal

CONTRASTACION DE HIPOTESIS

Hipotesis 1

INFORMACION SOBRE LO QUE ES UNA URGENCIA MEDICA

JUNIO-SEPTIEMBRE/86

H.G.Z. 57

Preguntas 1 y 6 del Cuestionario

Asistió primero con su médico familiar?

Le informaron alguna vez lo que es una urgencia médica?

SI	NO	
17	30	47
97	240	337
114	270	384

χ^2 es menor que χ^2_t por lo tanto se rechaza H_1 y se acepta H_0 .

GL 1

$$\chi^2_t = 2.71$$

$$\chi^2_r = 1.47$$

$$p > 0.05$$

Fuente de información: Personal

CONTRASTACION DE HIPOTESIS

Hipotesis 1

INFORMACION SOBRE EL SERVICIO DE URGENCIAS

JUNIO A SEPTIEMBRE/86

H.G.Z. 57

Preguntas 1 y 7 del Cuestionario

Asistió primero con su médico familiar?

Ha recibido información sobre lo que es un servicio de urgencias?

SI	NO	
40	96	136
70	178	248
110	274	384

GL 1

$\chi^2_t = 2.71$

$\chi^2_r = 6.53$

$p < 0.05$

χ^2_r es mayor que χ^2_t
per lo tanto se rechaza H_0 y se acepta H_1 .

Fuente de información: Personal

RESUMEN DE PREGUNTAS ELABORADAS A LOS PACIENTES Y PORCENTAJE DE
RESPUESTAS.

Pregunta 1

¿Asistió primero con su médico familiar?

NO - 275 = 71.8%

SI - 108 = 28.2%

Pregunta 2

¿Tiene más de ocho horas de sentirse enfermo?

NO - 0 = 0%

SI - 384 = 100%

Pregunta 3

¿El médico que lo atendió, le solicitó que asistiera al día siguiente con su médico familiar?

NO - 0 = 0%

SI - 384 = 100%

Pregunta 4

¿Le dieron aquí (urgencias) medicamentos para su tratamiento completo?

NO - 384 = 100%

SI - 0 = 0%

Pregunta 5

¿Le orientaron en su U.M.F. sobre como puede ser atendido en caso de urgencia?

NO - 246 = 64.1%

SI - 138 = 35.9%

Pregunta 6

¿Le informaron alguna vez lo que es una urgencia médica?

NO - 339 = 88.3%

SI - 45 = 11.7%

Pregunta 7

¿Ha recibido información sobre lo que es un servicio de Urgencias?

NO - 243 = 63.4%

SI - 140 = 36.6%

Pregunta 8

¿Sabe a quien solicitar consulta para un especialista?

NO - 253 = 66.1%

SI - 130 = 33.9%

Pregunta 9

¿Ha oído hablar sobre lo que significa primer nivel de atención médica en el I.M.S.S?

NO - 305 = 79.6

SI - 78 = 20.4

Pregunta 10

¿Podría ubicar su U.M.F. en algún nivel de atención - dentro del I.M.S.S.?

NO - 384 = 100%

ANALISIS DE RESULTADOS

De los padecimientos no urgentes detectados, encontramos que el porcentaje mayor 31.8% fué de enfermedades gastrointestinales - no severas, el 2o. lugar 18.8% de enfermedades de las vías respiratorias, 3er lugar infección de vías urinarias 13.% lumbalgia 4.9%, dermatitis 3.4%, hemorragia disfuncional 3.1% neurosis conversiva 2.9%, colecistitis crónica 2.1%, otros 10.4%, incluidos en éste, otitis, conjuntivitis, anexitis, absesos. Gráfica y tabla 1.

Referente a la edad predominante de los pacientes que asisten al servicio de urgencias observamos que el intervalo de edad de 26 a 35 años resultó con el porcentaje más alto 33.85%, así como el intervalo de edad de 16 a 25 años que arrojó un porcentaje de -- 30.25% descendiendo considerablemente en los siguientes. Tabla y Gráfica 2.

De la revisión de glosa del Servicio de Urgencias en el departamento de archivo, resultaron en diez días un total de 1507 consultas, de las cuales 984 fueron realmente urgencias y 523 no -- urgentes. Gráfica 3.

En la contrastación de hipótesis observamos que la χ^2 fué mayor en dos de las contrastaciones y en una menor, por lo que se rechaza la H_0 propuesta.

En cuanto a las preguntas, se observa que la 2,3,4, y 10 tienen 100% de respuestas hacia una de las alternativas, la pregunta - 1, 5, 6, 7, 8 y 9 tienen un elevado porcentaje de respuestas negativas, aún cuando no descartan la respuesta positiva.

INTERPRETACION DE RESULTADOS

En este tipo de estudio, através de encuesta descriptiva, se estudia una población y únicamente se pretende describir la situación de la población en estudio en un momento determinado en base a varias variables. No se tiene una hipótesis central contrastable, aunque el estudio puede servir para sugerir hipótesis contrastables posteriormente.

La glosa del Servicio de Urgencias durante 10 días escogidos al azar y por las 24 hrs., dió un total de 1507 consultas excluyendo las de pediatría, resultando de estas 984 verdaderas urgencias - lo que significa un 65.29% y consultas no urgentes 523 (34.70%), lo que revela el elevado número de consultas por padecimientos - leves que reciben atención y que son regresados a sus unidades - de medicina familiar para ser controlados por su médico familiar.

Los padecimientos por lo que acuden los pacientes al servicio - de urgencias y que no son urgentes, quedan revelados en la tabla 1, en donde se aprecia que las enfermedades gastrointestinales - leves ocupan el primer sitio, seguidas muy de cerca por las enfermedades de las vías respiratorias, también notamos alta incidencia en las infecciones de las vías urinarias. De todos lo que siguen, van perdiendo el sentido de haber asistido a un servicio de urgencias para ser atendidos, como son: reumatismo, colecistitis crónica diagnósticada, dermatitis etc.

En cuanto a la edad de los pacientes que asisten a los servicios de urgencias, llama la atención que se localiza entre los 21 y - 40 años el índice más alto de porcentaje que asiste por padecimientos no urgentes.

El alto porcentaje de pacientes que contestó a la pregunta número uno positivamente, nos indica la falta de información hacia - lo que representa una urgencia médica y cualquier otro padecimien

to que puede ser atendido por su médico familiar en el primer nivel de atención, lo mismo que los resultados de la pregunta número cinco.

En la respuesta global del 100% de la pregunta número dos se puede observar que los pacientes, no se encuentran dentro de una categoría de gravedad y que tal vez pudieron haber asistido primero con su médico familiar.

La pregunta número 3 nos confirma la hipótesis de que los pacientes que asisten al Servicio de urgencias por padecimientos no urgentes reciben doble consulta, así como la 4, nos apoya para determinar que nunca a un padecimiento no urgente le dan tratamiento farmacológico completo, ya que éste debe ser recetado y controlado por el médico familiar correspondiente.

Respecto a las preguntas 6 y 7 nos apoyan para confirmar que los derechohabientes no reciben orientación adecuada en lo que respecta al servicio de urgencias y al desconocimiento total que tienen de lo que es una urgencia médica.

Las respuestas de la pregunta 8, refleja que el paciente ignora las más de las veces que la puerta de entrada al servicio especializado es su médico familiar si éste lo considera necesario.

En las preguntas 9 y 10, notamos la necesidad de darle mayor difusión a lo que son los niveles de atención dentro del I.M.-S.S., o por lo menos ubicar al derechohabiente en cuanto al nivel en que se encuentra su unidad de medicina familiar, para que pueda hacer uso adecuado de los servicios médicos.

Es necesario mencionar que los cuestionarios fueron contestados por los pacientes sin exigirles previamente algún documento que demostrara que efectivamente habían asistido a su U.M.F. y confiando únicamente en su honestidad de respuesta.

CONCLUSIONES

Después de realizada la investigación, se concluye que efectivamente en el servicio de urgencias del H.G.Z. 57, se atiende a un gran número de pacientes con padecimientos no urgentes y que pudieron ser atendidos en sus unidades de medicina familiar.

Que esto origina una sobresaturación del servicio y que la atención que se requiere para casos verdaderamente urgentes es distraída por la asistencia de derechohabientes que no se encuentran en condiciones de urgencia.

La mayoría de estos pacientes recibe doble consulta médica con las repercusiones de tiempo y economía que esto acarrea, ya que son enviados de regreso a sus unidades de medicina familiar.

Que la mayoría de los pacientes que acuden, lo hacen porque ignoran lo que es un servicio de urgencias y desconocen básicamente lo que significa urgencia médica.

Que hay necesidad de orientarlos en cuanto a recibir consulta especializada ya que ignoran que la puerta de entrada es precisamente su médico familiar y no el servicio de urgencias.

Por último se podría implementar una información sencilla acerca del significado de los niveles de atención dentro del I.M.S.S. para que el derechohabiente se sienta ubicado en los diferentes servicios.

SUGERENCIAS

De esta investigación, se infiere que la población derechohabiente no recibe información adecuada sobre los servicios en los diferentes niveles del I.M.S.S., por lo que sería conveniente, revisar los folletos de información que existen a este respecto, así como actualizar a las personas encargadas de dar estos informes - también sería conveniente que en las unidades de medicina familiar se encargara un médico residente, o el que se asigne para dar -- orientación médica (educación), a los derechohabientes que estén en espera de consulta, con temas como pudiera ser ¿que es una urgencia médica real? ¿qué significa primer nivel de atención? etc. lo que beneficiaría tanto a la población que iniciaría en el lugar adecuado una educación básica de tipo médico, así como a los servicios de urgencias que podrían a su vez reestructurarse y adoptar definitivamente y en todos los turnos el sistema de selección - (filtro), que actualmente se lleva a cabo aisladamente por unas horas en unos cuantos días.

B I B L I O G R A F I A

1. Méndez, R.I. (1983) El protocolo de Investigación, Lineamientos para su elaboración y análisis. Tesis Recepcional.
2. Rund, D.A. (1985) Lo esencial de las Urgencias Médicas, Editorial El Manual Moderno.
3. Los niveles de atención, Subdirección General Médica, Jefatura de los Servicios de Enseñanza I.M.S.S. mecanograma sin fecha.
4. Orientación, Información y Quejas, Servicios de, folletos I.M.S.S.
5. 1978, Boletín estadístico Anual, I.M.S.S.
6. I.M.S.S. (1984) Programa del Curso de Especialización en Medicina Familiar.
7. I.M.S.S. (1974) Evolución de los Servicios Médicos en el I.M.S.S. de 1944 a 1974.
8. I.M.S.S. (1983) Manual para elaboración y aprobación de proyectos de investigación científica.