

11226

72



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/U.M.F. No. 8
SAN ANGEL**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

FRECUENCIA QUE EXISTE EN LA SOLICITUD DE ATENCION POR INTERCONSULTAS DE LA U.M.F. AL SERVICIO DE OBSERVACION ADULTOS.

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
MEDICO ESPECIALISTA EN:
MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :
DR. JESUS OCAMPO EVADISTA**



IMSS



**HOSPITAL GENERAL DE ZONA
SAN ANGEL**

MEXICO, D. F.,

FEBRERO 2000

276529



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ASESORES



DR. JOSE MARIA IRIS AGUILAR
Médico Cardiólogo Adscrito al H.R.
No. 1 Gabriel Mancera

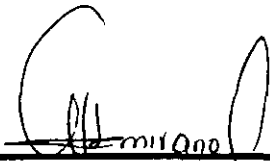


DR. EDUARDO GONZALEZ MONTOYA
Médico Familiar Adscrito a la Unidad de
Medicina Familiar No. 8

DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA



DRA. ROSA MARIA VAZQUEZ ENRIQUEZ
Jefe de Enseñanza e Investigación
de H.G.Z. No. 8 San Angel



DRA. MARTHA BEATRIZ ALTAMIRANO GARCIA
Coordinadora de la Especialidad de Medicina Familiar del
H.G.Z. No. 8 San Angel

AGRADECIMIENTOS

*A Dios por permitirme vivir
para ayudar a mi prójimo...*

*A mis padres, porque sin ellos,
no sería quien soy ahora...*

*A ti Adriana, porque me haz apoyado
siempre incondicionalmente...*

*A mis compañeros de profesión,
siempre aprendí algo nuevo de ustedes...*

*A mis amigos de toda la vida...
Ustedes ya saben quienes son...*

*...A Ti, mi Adriana Alejandra,
que aunque no estás conmigo ahora,
se que estás orgullosa de nosotros.
Mi Gran Ausencia...*

INDICE

I. TITULO	1
II. RESUMEN	2
III. ANTECEDENTES	3
IV. OBJETIVOS	9
V. MATERIAL Y MÉTODO	8
VI. RESULTADOS	10
VII. DISCUSIÓN	20
VIII. CONCLUSIONES	23
IX. BIBLIOGRAFÍA	24

Frecuencia que existe en la solicitud de atención por interconsultas de la U.M.F al servicio de Observación Adultos.

*Frecuencia que existe en la solicitud de
atención por interconsultas de la U.M.F.
al servicio de observación adultos.*

II. RESUMEN

- Título:** Frecuencia que existe en la solicitud de atención por interconsultas de la U.M.F. al servicio de observación adultos.
- Objetivo:** Conocer la frecuencia y motivo de envío por interconsultas de urgencia por la U.M.F. y la frecuencia de los pacientes hospitalizados en el servicio de observación adultos del H.G.Z. No. 8, San Angel .
- Material y Método:** Se captaron los datos de los pacientes que se encontraban en observación adultos con interconsulta a especialidad. derivados de la UMF. Incluyendo solo a aquellos pacientes que contaban con hoja 4-30-8. Se analizo el motivo de envió así como la frecuencia de ingreso en el periodo de una semana .
- Diseño:** Observacional, transversal, descriptivo
- Resultados:** Fueron 89 interconsultas revisadas en el lapso de una semana encontrándose: 38 mujeres y 51 hombres con una edad entre 17 y 84 años con una mediana de 44 años. El tiempo de permanencia fue de 1 a 192 horas, 22 de estos pacientes tuvieron una estancia prolongada. El 71% de los pacientes ameritó la hospitalización, como principales diagnóstico presentaron intento suicida, complicaciones diabéticas y pulmonares. El 29% no ameritaba estancia prolongada y solo había ingresado al servicio para ser valorado por especialista o realización de algún estudio. Se analizó el motivo de la permanencia en el servicio de observación en los 22 pacientes que estuvieron más de 24 horas: Naturaleza de la urgencia o complicaciones 70%, falta de capacidad resolutive 14% y tardanza de la interconsulta 16%.
- Conclusión:** La valoración de las interconsultas debe estar a cargo del servicio de especialidades. La educación sobre la utilización de los servicios médicos debe ser proporcionada por el médico familiar.

III. ANTECEDENTES

El Instituto Mexicano del Seguro Social es un organismo público descentralizado que sustenta su existencia en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en la Ley Federal del Trabajo y en la Ley del Seguro Social.

Desde el surgimiento del sistema médico familiar en el IMSS, se generaron las primeras bases de la organización y funcionamiento del sistema de Atención Médica, siendo ésta una respuesta social organizada a los procesos de enfermedad, invalidez o muerte; así como de los servicios de urgencias.

A través del tiempo, la organización y ubicación de estos servicios sufrieron constantes modificaciones de acuerdo con su apertura o no, de las unidades de Medicina Familiar (1). La infraestructura inmobiliaria del IMSS hasta 1995, estaba constituida por 1748 unidades Médicas, incluidas Unidades de Medicina Familiar, Hospitales Generales de Zona y Hospitales de Especialidades, además de 3303 unidades de IMSS – Solidaridad.

Dentro del programa de simplificación administrativa en 1989, se contempló la implementación progresiva de los servicios de urgencias en las unidades de primer nivel de atención. (1) El Hospital General de Zona en Unidad de Medicina Familiar No. 8 San Angel, Delegación 3 Sudoeste en México, D.F.;

el cual fue inaugurado en el año de 1976, actualmente su población es un poco mayor a 500,000 derechohabientes, dependiendo de esta unidad, las U.M.F. 8, 12, 18, 19, 22 y 140, así como de asegurados de la Compañía de Luz y Fuerza. Las cuales cuentan con un servicio de urgencias en su mayoría, siendo los servicios de estas unidades con la mínima infraestructura y material indispensable que en su mayoría de veces terminan por ser referidos al servicio de urgencias del H.G.Z. No. 8.

La misión del servicio de urgencias es proporcionar atención los 365 días del año, en sus 24 horas una atención médica oportuna ¹, con eficiencia profesional, en una urgencia médica (3); entendiéndose ésta última como todo padecimiento de naturaleza aguda cuya característica fundamental es que produce alteración o descompensación súbita en el funcionamiento de un órgano, aparato o sistema, lo cual puede generar discapacidad permanente o muerte, si no se resuelve con prontitud en el daño. (2).

Se ha observado que en los diferentes hospitales, con frecuencia se ven saturados por la gran cantidad de pacientes que demandan atención Médica ², sin embargo en diferentes estudios se observa que dichos servicios se han sobreutilizado. Dado que una baja proporción de demanda médica porta problemas de salud catalogados como urgencia real.(4).

1. Proceso de interacción entre el individuo o su familia y el prestador de servicios que implica la realización de acciones de prevención secundaria y terciaria, encaminadas a restablecer el equilibrio dinámico del individuo de los daños a la salud (9).
2. Solicitud del individuo o su familia para que se lleve a cabo una interacción profesional entre el médico y el paciente, tendente a restablecer la salud del enfermo (9).

Hoy en día la población derechohabiente y no derechohabiente que acude a los servicios de urgencias a solicitar atención médica, se ha visto incrementada de forma evidente en los últimos años, siendo condicionado en algunas ocasiones por escasez de recursos tanto humanos como económicos, repercutiendo de forma directa sobre la calidad de la atención médica que brinda el paciente. (6). Entendiéndose como calidad de la atención al Atributo tanto de los elementos y su organización que constituyen el servicio de atención médica como de las acciones de prevención secundaria y terciaria que realizan y de los resultados obtenidos al manejar los daños a la salud y que se logra cuando se han alcanzado los estándares previstos para el logro de los objetivos.

La utilización de los servicios de salud es esencialmente un campo de conducta muy dinámico en el cual la capacidad interpretativa de los individuos juega un papel muy importante y fundamental. En consecuencia, es preciso cuestionar el carácter parcial de los servicios de salud, no solo como un hecho social, es decir, como una forma de conducta que se explica a partir de los significados que los individuos construyen a través de la interacción social; lo que obliga a explicar la conducta de la utilización de los servicios como un fenómeno susceptible de ser comprendido mediante una interpretación sociológica a partir del sentido que los actores atribuyen a sus propios actos relacionados con la salud y la utilización de estos servicios (5).

El conocimiento de las modalidades bajo las cuales los individuos utilizan los servicios de salud, tanto para prevenir como para resolver un problema de salud, constituyen una pieza clave para el diseño de políticas y estrategias tendientes a mejorar la entrega de servicios a la población. Al definir los mecanismos que favorecen el uso oportuno y adecuado de los servicios, es importante saber por que circunstancias se acude al servicio de urgencias y que factores influyen en estos patrones (5).

Evaluar la calidad de atención desde la perspectiva del usuario es de total importancia, es posible obtener de éste un conjunto de aptitudes y conceptos asociados en relación con la atención recibida, con lo cual se obtiene información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas (7).

El médico que se encuentra dentro de un servicio de urgencias debe decidir si las personas que solicitan exámenes o tratamientos si de hecho o no requieren la atención del servicio de urgencias. (13). Una vez establecido el diagnóstico, debe seleccionar los datos relevantes, así como analizar y estimar su probabilidad. Debiendo solicitar estudios de laboratorio o gabinete como auxiliares de diagnóstico; éstos, se usan con la intención fundamental de disminuir en el margen de error al implementar la terapéutica (10).

En un estudio de tesis se observó que en el H.G.Z. No.8, el 12% de los envíos de primero a segundo nivel, no eran procedentes, existe un bajo nivel de resolución en los procesos auxiliares de diagnóstico e interconsultas (3).

En 1993 se efectuó el diagnóstico situacional de los servicios de urgencias, el cual se reportó: 1) sólo el 4.5.% cumplía con el modelo arquitectónico normado, los recursos tecnológicos no llegaban al 50% y la demanda por urgencia no real era 2.4 veces mayor que por urgencia real (1).

JUSTIFICACIÓN

Al ser enviado por su Médico familiar un paciente con hoja de interconsulta a especialidad 4-30-8, al solicitar cita de primera vez la asistente médica otorga una cita de acuerdo a la libreta de cada especialidad con un tiempo promedio de una semana. Si la gravedad de la enfermedad no permite la espera o bien la programación del estudio solicitado se hace más prolongado, se recomienda al paciente que acuda al servicio de urgencias con el fin de que la valoración o el estudio solicitado se agilice.

IV. OBJETIVO

Conocer el motivo de envío por interconsulta urgente de medicina familiar en el servicio de observación adultos del H.G.Z. No. 8 San Angel.

V. MATERIAL Y METODO

Diseños de estudio: Transversal, descriptivo, observacional.

Se colectaron los datos de los pacientes que se encontraban hospitalizados en el servicio de observación adultos del H.G.Z. No.8, habiendo sido ingresados con hoja 4-30-8 para valoración por especialidad médica o realización de estudio de laboratorio o gabinete.

Para la realización del estudio se consideraron los siguientes criterios :

Inclusión:

- Pacientes hospitalizados en el servicio de observación adultos con hoja 4-30-8 que solicitan interconsulta de medicina familiar a especialidad médica.
- Pacientes hospitalizados en observación adultos con hoja 4-30-8 en espera de un estudio de gabinete de medicina familiar.
- Pacientes que acuden al servicio de observación adultos solicitando atención del mismo servicio con hoja 4-30-8 de medicina familiar.

Criterios de exclusión :

- Pacientes hospitalizados en observación adultos que ameriten estudios de gabinete o laboratorio pero que no cuenten en su expediente hoja 4-30-8.
- Pacientes hospitalizados en el servicio de urgencias no derechohabientes al IMSS.
- Pacientes hospitalizados con hoja 4-30-8 que solicitan valoración por especialidad médica, pero que no pertenecen al universo del H.G.Z. No.8.
- Pacientes que ameritan valoración por especialidad médica durante su estancia hospitalaria sin previo formato 4-30-8.

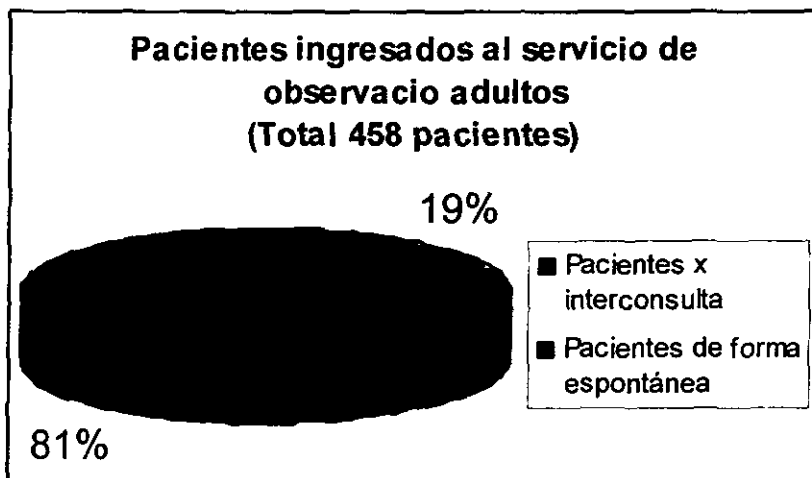
Se consideró la edad del paciente, el sexo, el diagnóstico de envío así como la especialidad consultada, el motivo de la interconsulta (Estudio de laboratorio, diagnósticos complementarios, manejo especializado). Además se tomó en cuenta el tiempo de estancia en el servicio valoración por la especialidad o elaboración el estudio solicitando y el motivo por el que aún permanecía en el servicio.

Se consideraron todos los pacientes que contaban con los criterios de inclusión para el estudio.

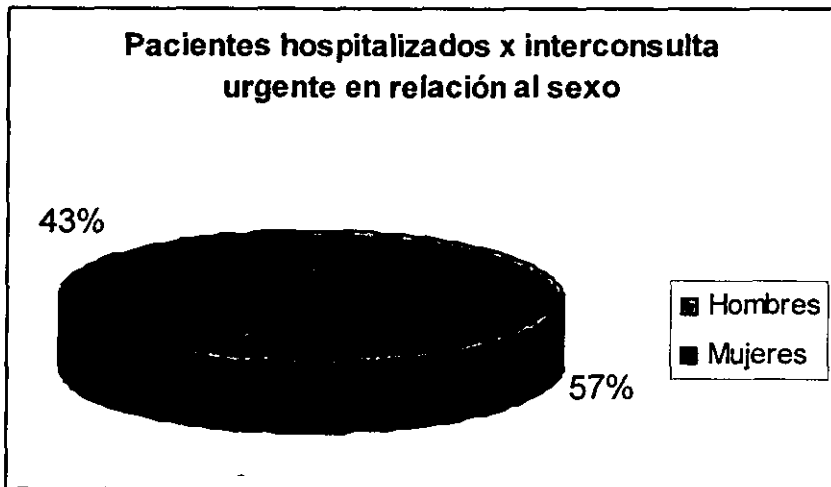
Análisis estadístico: Se utilizó estadística descriptiva con el cálculo de la χ^2 , así como la media, moda y mediana.

VI. RESULTADOS

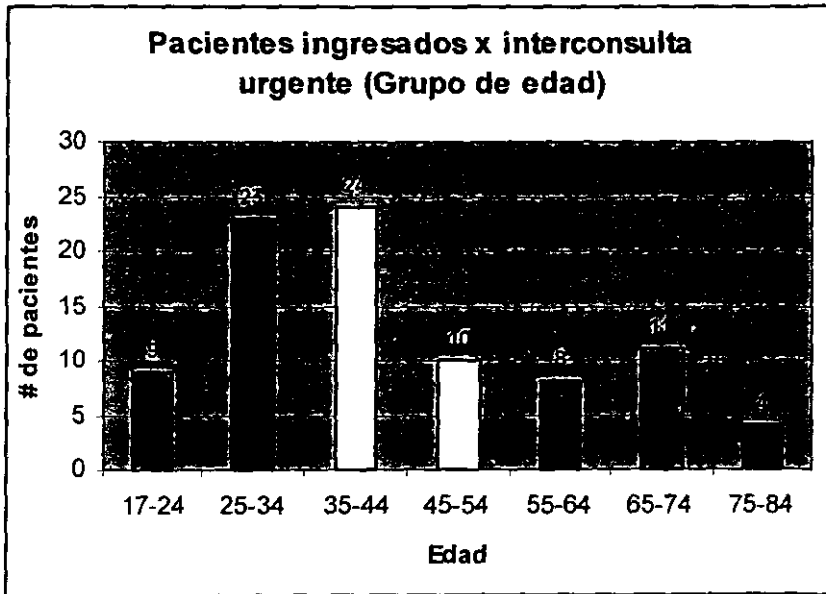
Se revisaron un total de 89 interconsultas urgentes de 758 pacientes que se ingresaron a la sala de observación adultos en el lapso de una semana. Correspondiendo estas interconsultas al 19.43% del total de los pacientes hospitalizados. El resto de pacientes, (369) que correspondió al 80.57%, acudió de manera espontánea al servicio.



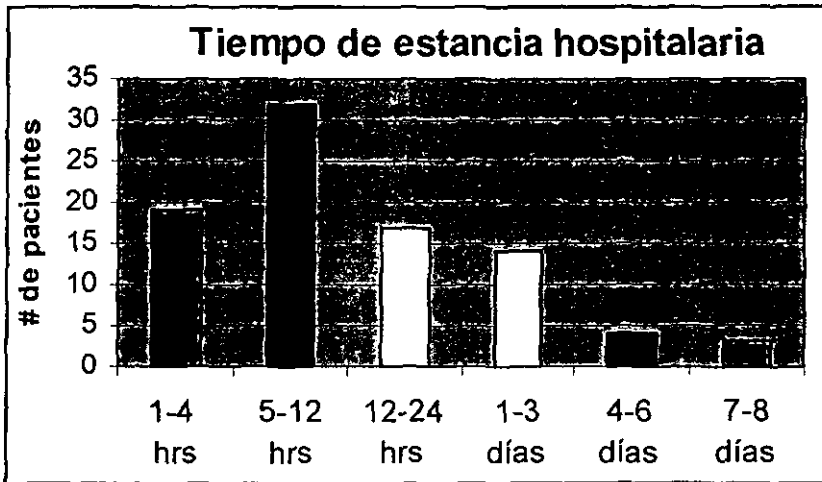
De los 89 ingresados por interconsulta urgente, fueron 51 hombres (57.30%) y 38 mujeres (42.70%).



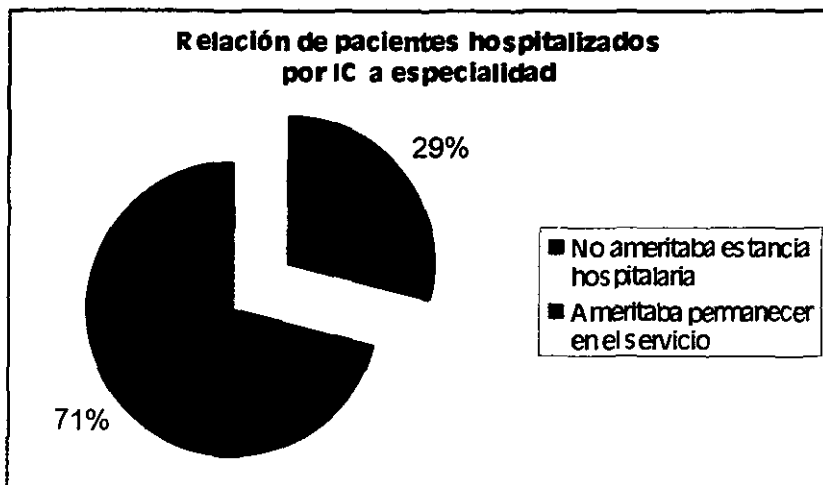
La edad promedio de los pacientes osciló entre los 17 y 84 años de edad con una mediana de 44 años.



El tiempo de estancia en el servicio de observación adultos de los pacientes ingresados, fue de 1 a 192 horas con una mediana de 10 horas, de los cuales 22 del total de los 89 pacientes, tuvieron una estancia mayor a 24 horas (24.72%).



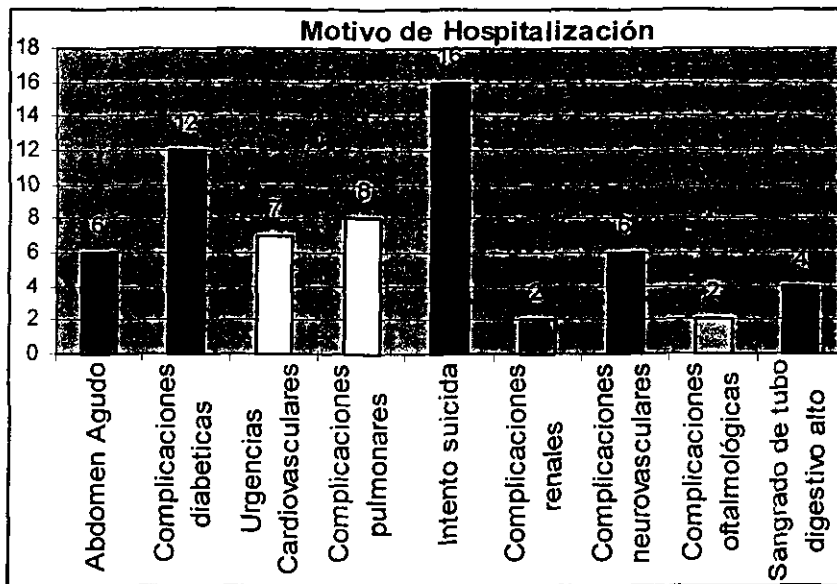
El 71% de los pacientes ameritaba hospitalización, mientras que el 29% restante, no ameritaba estancia hospitalaria y solo había sido ingresado al servicio para ser vistos por el especialista o para la realización de estudios complementarios que bien pudieron ser realizados por consulta externa.



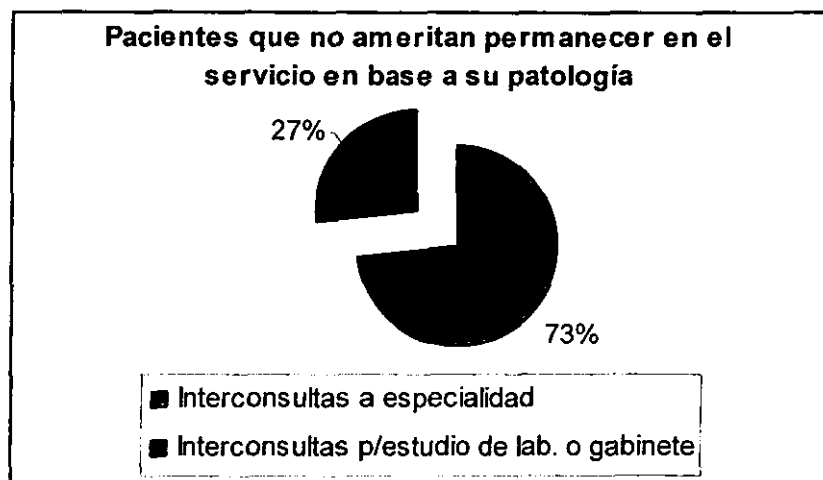
Se analizó el motivo de permanencia de los 22 pacientes que permanecieron en observación adultos, de los cuales el 70% debió mantenerse por complicaciones de la enfermedad o de la naturaleza misma de ésta. El 14% permanecía por falta de capacidad resolutive y el 16% restante no contaba aún con la valoración de la especialidad solicitada.

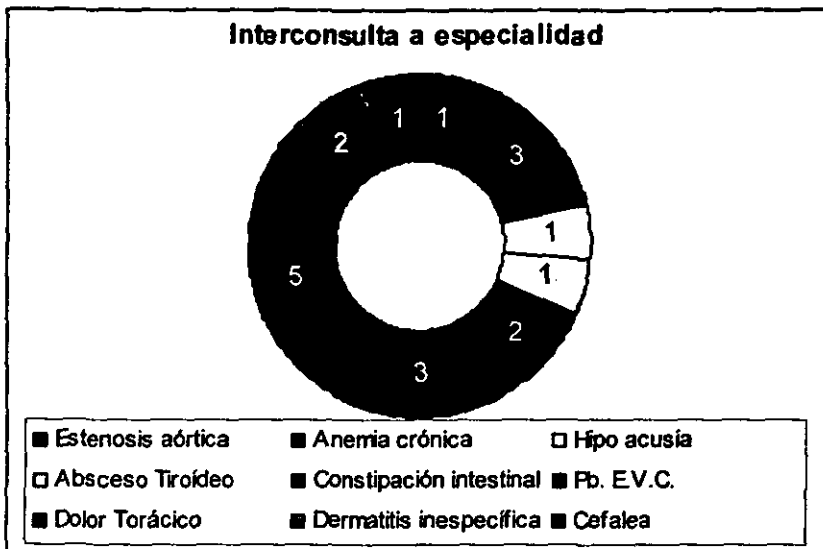
El resto de los pacientes que egresaron durante las primeras 24 horas, se realizó para continuar control y seguimiento ambulatorio en su Unidad de Medicina Familiar o por alta por mejoría. Correspondiendo al 75.28%.

El motivo de hospitalización que si ameritó justificación fue por: abdomen agudo, complicaciones diabéticas, urgencias cardiovasculares, complicaciones pulmonares, intento suicida (que fue el más común), complicaciones renales, complicaciones neurovasculares, patologías oftalmológicas y sangrado de tubo digestivo alto.

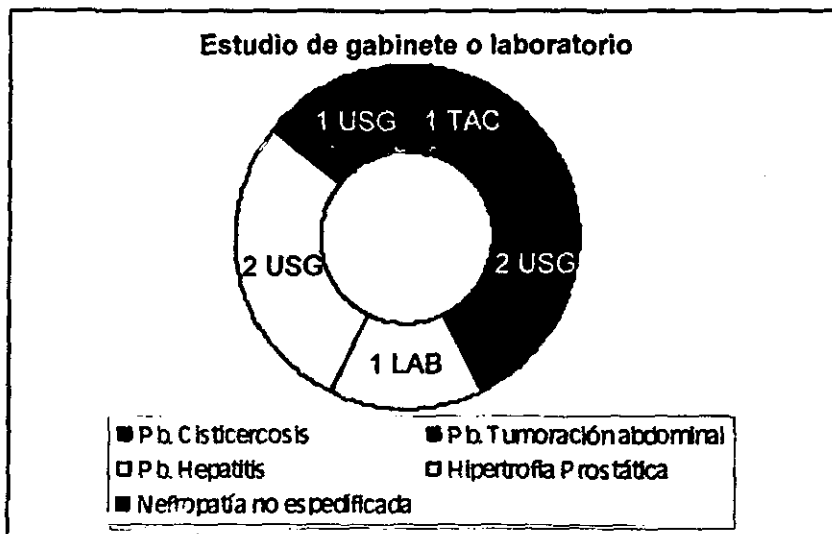


De los 26 pacientes que solicitaron interconsulta urgente y no ameritó estancia hospitalaria, 19 (73.07%) solicitó valoración por especialidad y 7 (26.93%) estudio de gabinete o laboratorio.





Causa de Solicitud a Interconsulta que no Ameritaba Estancia en Observación Adultos



ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

VII. DISCUSIÓN

Conocer en que circunstancia el derechohabiente acude a los servicios médicos y selecciona la utilización de estos, ha constituido la clave para el diseño de estrategias tendientes a mejorar dicha prestación (5). La utilización excesiva de los servicios, es un problema que poco se ha estudiado en nuestro país a pesar de ser parte sustancial del otorgamiento de la atención médica (15).

Los resultados obtenidos en el presente estudio, muestran que una quinta parte de los ingresos a hospitalización en el servicio de observación adultos, fueron por interconsultas urgentes. De éstas el 29% no ameritaban su estancia, ya que por la naturaleza de su patología, debió ser resuelta de forma externa por cita programada, además de que algunos pacientes acudieron al servicio sugerido por el personal asistente médico para agilizar el tiempo de espera.

Por otra parte el servicio de urgencias por sus propias características debe ofrecer atención máxima hasta por un máximo de 12 horas, después de este tiempo, debe determinarse su egreso o en su caso, la hospitalización (14).

Aunque en este estudio se consideró la estancia prolongada a partir de las 24 horas, se presentó el caso de 3 pacientes que permanecieron entre 7 y 8 días, siendo dos de éstos por espera de poder ser ingresado a piso de hospitalización, el resto por aparato de gabinete descompuesto, sin efectuar hasta entonces el estudio solicitado. En base a esto, los auxiliares de diagnóstico se usan con la intención fundamental de complementar la probabilidad de un diagnóstico (10). En muchas ocasiones, los exámenes injustificados ocasionan molestias y riesgo para el enfermo y un derroche de recursos que redundan en la mala calidad de atención médica (10). En este punto, la conceptualización de la calidad de atención médica se mencionan varias definiciones de diferentes autores (Lee y Jones, Donabedian, Doll, Krauss), más sin embargo para el Instituto Mexicano del Seguro Social el concepto de calidad comienza y termina en la satisfacción del usuario, que comprende a su vez la interrelación de elementos previos para lograr en ello: mejoría continua, liderazgo y desarrollo de programas de capacitación, teniendo la calidad como una dimensión dirigida al cambio con una estructura que parte de una orientación al usuario.

La población derechohabiente no tiene aún el concepto adecuado de lo que es una urgencia real, motivo por lo que comúnmente encontramos el servicio de urgencias con alta demanda, la cual en muchas de las ocasiones es solicitada con padecimientos en que el paciente esperó de 3 a 6 días de iniciado el cuadro para solicitar atención médica. Teniendo como ejemplo en nuestros resultados: constipación intestinal, dolor torácico, migraña, entre otras.

Actualmente se reconoce que si los servicios de salud deben mejorar su calidad de atención médica, no basta solo con evaluarlos, ya que solo esto permite obtener un juicio sobre el desempeño de las organizaciones que proporcionan los servicios, y si acaso, ofrecer sugerencias para superar deficiencias, pero de ninguna manera, la simple evaluación asegura su corrección; por lo que es indispensable establecer los mecanismos organizacionales para mejorar las condiciones mediante las cuales se proporcione una atención con una mejor calidad (8). Para los usuarios, la calidad está representada por el proceso de atención (relación interpersonal, contenido de la consulta otorgada, diagnóstico), las características de la estructura física, humana y organizacional y la accesibilidad. Los motivos para definir una mala calidad para el usuario, que más que todo se refiere a la insatisfacción, son los largos tiempos de espera de la atención y las deficiencias en las acciones de revisión y diagnóstico.

Es indudable la importancia que la atención médica tiene ante las necesidades y demandas, que la población derechohabiente presenta actualmente, por lo que hace necesario que los sistemas de atención sean planeados y organizados con el propósito de lograr eficiencia y efectividad pero sobre todo calidad.

El mejor uso de los recursos con que cuenta una unidad médica, así como el apropiado uso de procedimientos diagnóstico-terapéuticos, disminuirá los costos y el tiempo de la atención dentro de los servicios de urgencias (17).

VIII. CONCLUSIONES

La valoración de interconsultas debe estar a cargo del servicio de especialidades. Un consultorio específico en especialidades llenaría un hueco institucional y combatiría la saturación que sufre el servicio de observación adultos.

La educación sobre el uso de servicios médicos debe estar a cargo del médico familiar, quien debe de otorgar una orientación específica al derechohabiente así como el uso racional de los recursos que otorga la institución médica.

IX. BIBLIOGRAFÍA:

1. Hernández LG. Motivos de asistencia, expectativas y conceptos del derechohabiente en los servicios de urgencias de las unidades de medicina familiar. Rev. Med. IMSS (Mex) 1996;34 (6); 467-471.
2. Urgencias médico-quirúrgicas. Camilo César Guzmán. Ed. McGraw Hill. México, 1998. pp 3-7.
3. Avances y mejorías de la atención médica, en el servicio de urgencias del H.G.Z. No. 8, San Angel. Tesis de postgrado. Garduño RA. México 1999.
4. Gil AI, Pérez HC. Factores que inciden en la utilización del servicio de urgencias en el primer nivel de atención. Rev. Med. IMSS (Méx), 1994; 32: 539-541.
5. Bronfman M y cols. Del "cuanto" al "porque": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. Salud Pública de México, 1997: 39 (5); 442-450.
6. Rodríguez GA. Diez primeras causas de ingreso a la sala de urgencias adultos del H.G.Z. No. 8, San Angel. Tesis de Postgrado. México, 1997.
7. Ramírez ST y cols. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. Salud pública de México, 1998: 40 (1); 3-12.
8. Ruelas BE. Transiciones indispensables: de la cantidad a la calidad y de la evaluación a la garantía, Salud pública de México, 1990:32(2); 108-109.
9. Modelo de atención a la salud. Rev. Med. IMSS (México), 1994:32 supl. 1; 37-51.

10. Rodríguez PL, y cols. utilidad de los exámenes de laboratorio y gabinete en un servicio de urgencias. Rev. Med. IMSS 1991;30 (2); 93-97
11. Morales GF, García PC. Satisfacción de los usuarios en unidades de primer nivel de atención médica. Rev. Med. IMSS (Méx) 1997; 35 (2): 139-143.
12. Ruelas BE. Los paradigmas de la calidad en la atención médica. Gac. Med. Méx. 133 (2), 141-146.
13. Etchegaray RR. Uso y abuso del servicio de urgencias adultos del H.G.Z. No. 8, San Angel. Tesis postgrado. 1995.
14. Ley General de Salud. México 1996. Cap. III. Sección quinta. De los servicios de hospitalización y urgencias. Artículo 65. Párrafo segundo. Internet.
15. Maldona IG, Orrico TE. La consulta subsecuente. Condicionante de sobredemanda en una unidad de medicina familiar. Rev. Med. IMSS 1998; 36(6); 377-382.
16. García GA y cols. Calidad de la atención médica en medicina familiar. Rev. Med. IMSS (Méx) 1995;33, (4); 405-408.
17. Reporte escrito: Elaboración y difusión de síntesis ejecutivas. IMSS. pp 1-22.
18. Diseño de la investigación clínica. Un enfoque epidemiológico. Hulley SB y cols. Ed. Doyma. Barcelona, España. 1993.
19. Martínez RA. Enfoque metodológico de la atención médica en un hospital de segundo nivel, en base al modelo de atención a la salud. Rev. Med. IMSS (Méx) 1994; 32 (6); 533-537.