



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA POSGRADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION COLIMA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No1

COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
ESPECIALIDAD EN MEDICINA DE URGENCIAS
TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD MEDICINA DE
URGENCIAS

**“Asistencia a la consulta de medicina familiar, posterior haber
acudido al servicio de urgencias”**

PRESENTA

HECTOR MARTIN AGUILAR VELAZQUEZ

Asesores:

Asesor metodológico

PORFIRIO DIAZ DUEÑAS

Maestro en Ciencias Medicas

Asesor clínico

ARGELIA ALCAZAR VELASCO

Especialista en Medicina Familiar

Maestría en Terapia Familiar Sistemática

FRANCISCO JAVIER ORTEGA LEON

Especialista en Urgencias Medico Quirúrgicas

Colima Col. a 1 de Febrero 2012

INDICE

RESUMEN	3
SUMMARY	4
MARCO TEORICO	5
JUSTIFICACION	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
OBJETIVOS	15
HIPOTESIS	16
MATERIAL Y METODOS	17
METODO PARA RECABAR INFORMACION	20
CONSIDERACIONES ETICAS	21
RECURSOS	22
RESULTADOS	23
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	26
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	27
ANEXOS	28
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	30

1. RESUMEN

TITULO

Asistencia a la consulta de medicina familiar, posterior haber acudido al servicio de urgencias

OBJETIVO:

Conocer el porcentaje de pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar, para continuación del plan diagnóstico terapéutico iniciado en el servicio de urgencias

MATERIAL Y METODOS.

Diseño del estudio. Observacional, descriptivo, serie de casos, transversal prospectivo. Se analiza los casos que acudieron a consulta al servicio de urgencias de la unidad de medicina familiar No2 del IMSS, delegación Colima, durante el periodo de tiempo de julio a octubre del 2011. Se obtienen los datos tanto de la hoja raís como del expediente clínico electrónico. El presente estudio no cuenta con financiamiento externo, siendo solventados los recursos materiales por el grupo de investigadores de este proyecto.

RESULTADOS

Se incluyeron 554 pacientes, de los cuales 118(21.3%) fueron catalogadas como urgencias reales, y 436 (78.7%) como urgencias sentidas

PALABRAS CLAVES

Urgencia real, urgencia sentida

2. SUMMARY

TITLE

Assistance to family practice, after having gone to the emergency

OBJECTIVE:

To determine the percentage of patients attending the outpatient clinic for diagnostic therapeutic plan then initiated in the emergency department

MATERIALS AND METHODS.

Observational study design, descriptive, case series, cross-sectional, prospective.

It analyzes the cases that came for the emergency department of family medicine unit No2 IMSS delegation Colima, during the period July to October 2011. Se data obtained from both the sheet and the clinical record rais electronic

The present study has no external funding, material resources being borne by the investigators of this project.

RESULTS

We included 554 patients, of whom 118 (21.3%) were classified as true emergencies, and 436 (78.7%) felt as emergency

KEYWORDS

Real urgency, urgency felt

3. MARCO TEORICO

3.1 Introducción

La Medicina Familiar es la especialidad clínica que se ocupa del mantenimiento y la resolución de los problemas de salud frecuentes en los individuos, familias o comunidades, independientemente de la edad, sexo o el órgano o sistema afectado. Es también la especialidad que integra en profundidad las ciencias biológicas, clínicas y de la conducta¹. El médico de familia es el médico primariamente responsable de proveer atención integral y continua a cualquier individuo que busca atención médica. Lo hace a través de sus servicios o coordinando el uso apropiado de ellos en otros niveles de atención, teniendo en cuenta tanto las necesidades de su población como los recursos disponibles en la comunidad que sirve.¹

Dos de las principales funciones clínicas que debe cumplir todo médico ante su paciente son el diagnóstico y el tratamiento, para cumplirlas de manera satisfactoria, el médico familiar debe incursionar no sólo en el aspecto biológico del individuo, sino también en las dimensiones psicológica y social, lo cual le obliga a internarse en aspectos de elevado contenido afectivo para el paciente por lo que requiere tener un espíritu humanista, gran apertura a las necesidades del paciente, disposición para trabajar en equipo , así como transmitir experiencias y conocimientos tanto al paciente como a la familia y al equipo de salud.²

A medida que aumenta el conocimiento, los médicos se han volcado a la especialización creciente en el supuesto de que es imposible conocer todo acerca de todos y cada uno de los problemas de salud. Esta tendencia a la superespecialización ha fragmentado la atención a través del desarrollo de médicos con interés y competencia solo en enfermedades o áreas específicas. A pesar de que este modelo puede proveer cuidados muy eficaces en el caso de enfermedades individuales, es improbable que provea cuidados muy efectivos para la población general, en especial, para los pacientes ancianos o con enfermedades crónicas, en los cuales la comorbilidad es un hallazgo habitual que demanda un enfoque más integrador de los cuidados que se necesitan¹. La especialización orientada al tratamiento de enfermedades no puede maximizar la salud porque la promoción de un funcionamiento óptimo del individuo y de su familia o la prevención de problemas de salud requieren de una perspectiva más amplia que la que puede lograr un especialista.

La organización de los sistemas de salud en niveles definidos por los servicios incluidos en cada uno (primario, atención primaria y emergencias; secundario, atención de las especialidades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos e internación; y terciario, alta complejidad) es una premisa básica para el funcionamiento eficiente del sistema. Como puertas de entrada del sistema, los médicos familiares deben coordinar la atención, no solo en el primero sino en todos los niveles, de manera tal de asegurar eficiencia y equidad en el acceso a los servicios necesarios, basado en el uso apropiado

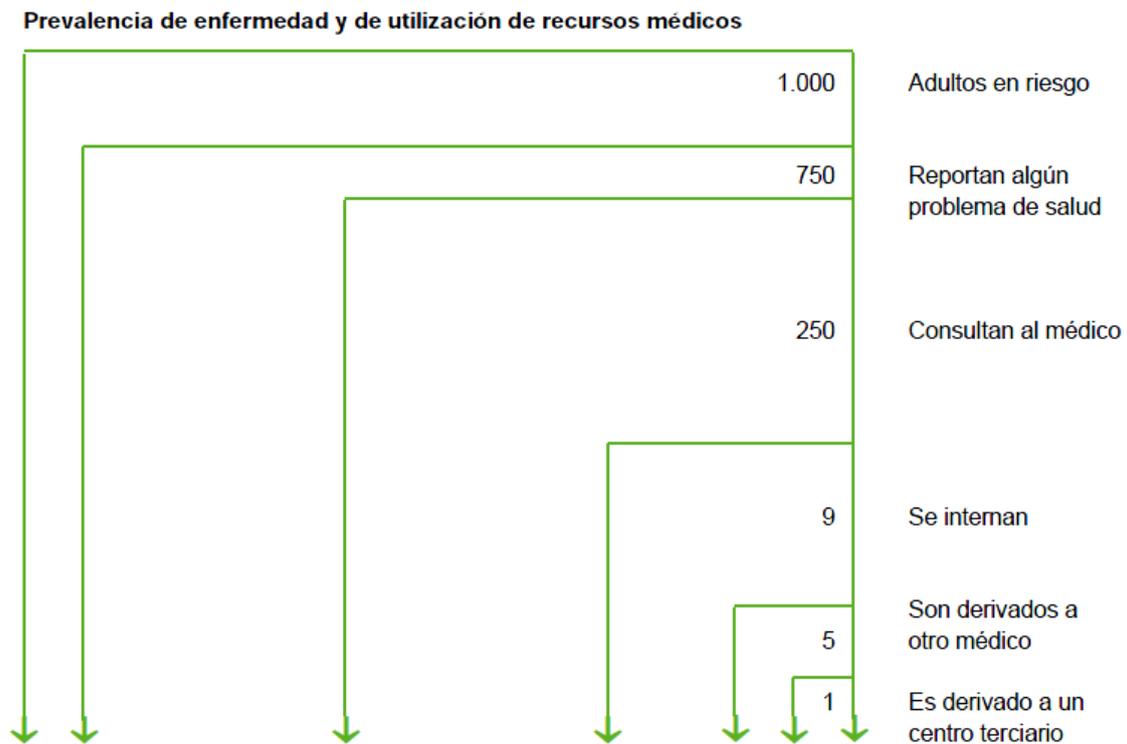


Figura 1. De cada 1000 personas en riesgo de enfermarse, 750 referirían algún padecimiento por mes, pero solo 250 (uno de cada tres) consultaba con alguna queja al médico. La mayoría de los problemas de salud se resuelve en el nivel de autocuidados y nunca llega a conocimiento del médico.

Muchas veces nos preguntamos por qué recibimos la consulta de un joven sano que solo tiene un resfrío común y, a la vez, la de una madre que trae a su niño severamente deshidratado por una diarrea aguda que comenzó varios días antes. Por qué una mujer viene a la consulta preocupada porque ha tenido un episodio de dolor punzante inframamario, que ella misma cree que no es coronario y otro paciente llega a la guardia con un infarto de miocardio confesando que padecía dolores de pecho desde bastante tiempo atrás.

Estas diferencias en el umbral de consulta a los proveedores de salud entre las personas están dadas por la llamada conducta ante la enfermedad. Según la definición de Mechanic (1962), estas conductas “son las maneras por las cuales diferentes síntomas pueden ser diferentemente percibidos, evaluados y actuados por distintos tipos de personas”. Que el paciente consulte o no al médico depende de varios factores. De acuerdo con el modelo conductual de Andersen (1973)³, existen tres tipos de factores que hacen que un individuo tome contacto con los servicios de salud: factores predisponentes, factores facilitadores y factores que expresan necesidad de cuidados médicos. Los factores predisponentes tienen que ver con características sociodemográficas tales como la edad, el sexo, la educación, el origen étnico o el nivel económico; los factores facilitadores tienen que ver con la presencia de seguro de salud y extensión de la cobertura, con la accesibilidad o con la relación con los médicos y el sistema de salud; mientras que los factores médicos tienen que ver con los problemas de salud propiamente dichos, ya sea por la evaluación por parte de un proveedor de salud como por la percepción del paciente.^{3,4}

La función primaria de un Departamento de Urgencias es tratar pacientes con enfermedades o lesiones agudas; sin embargo, muchas visitas son por problemas no urgentes⁵. Muchos padres recurren al Departamento de Urgencias como fuente habitual para el cuidado de la salud de sus hijos. La decisión de consultar al Departamento de Urgencias es compleja y su explicación involucra la consideración de muchas variables relacionadas al paciente, los cuidadores y el medio socio-económico-cultural.

Algunos factores incluyen la falta de acceso al pediatra de cabecera fuera de los horarios de atención de su consultorio y la propia experiencia del adulto a cargo para identificar la urgencia. Se ha comunicado que entre un tercio y la mitad de las visitas a la guardia constituyen episodios no urgentes, que podrían ser resueltos por un pediatra en su consultorio.⁵

Algunas condiciones que han resaltado como causa de este incremento en la demanda y que se manifiesta específicamente en la consulta son el crecimiento y envejecimiento de la población, el aumento de la prevalencia de patologías crónicas y, en gran medida, la utilización del servicio de urgencias como fuente alternativa de cuidados ambulatorios para problemas no urgentes. El uso creciente de los servicios de urgencias por problemas no urgentes supone una preocupación generalizada por dos razones fundamentales:^{4,6,7}

1. El uso del servicio de urgencias por condiciones que pueden resolverse desde los primeros niveles de atención frecuentemente revela problemas de acceso a estos servicios. Este aspecto que, en los estudios estadounidenses se atribuye a problemas de accesibilidad económica, se repite en otros países con sistemas sanitarios muy diferentes que garantizan la cobertura universal, donde la falta de accesibilidad cultural o administrativa tiende a suplirse con la utilización de los servicios de urgencias.^{4, 6,7}

2. El exceso de gastos para el sistema de salud asociado con el tratamiento de problemas no urgentes en los servicios de urgencias, con la consecuente utilización de recursos humanos y tecnológicos altamente especializados y consumo de oportunidad, ligados a fenómenos de aglomeración y prolongación de tiempos de espera. Aunque el costo inicial de la atención en el servicio de urgencias de un problema no urgente podría considerarse mínimo, el resultado final supera el gasto que se derivaría de una atención en el primer nivel de atención.^{4, 6,7}

Por definición se consideran inadecuadas las consultas que podrían haberse atendido y resuelto con los recursos al alcance del médico del primer nivel de atención. Existe amplia variabilidad en la frecuencia de consultas no adecuadas a urgencias, que fluctúa entre 15 y 80% aunque en la mayoría de los informes al respecto se informa 20 a 25%, en los cuales se han encontrado varios factores asociados con el uso inadecuado de la consulta de urgencias: edad menor de 15 años, sexo femenino, estado civil soltero o divorciado, nivel escolar alto, multipatologías, mala relación con los médicos de cabecera y la cercanía geográfica con el servicio de urgencias.^{4,6,7}

La valoración de la inadecuación se realiza fundamentalmente a través de tres alternativas:

Criterios subjetivos, implícitos, basados en el juicio clínico de uno o varios expertos, en función del motivo de consulta y la impresión de gravedad. Habitualmente se consideran inadecuadas aquellas asistencias que podrían haberse atendido en la atención primaria con su médico familiar, con los recursos al alcance del médico de cabecera.

Los estudios basados en este tipo de criterios, generalmente estudios retrospectivos, son los que proporcionan cifras de inadecuación más elevadas, entre el 35,5%⁴⁷ y el 87%⁷

Protocolos de "triage". Se utilizan como filtros que clasifican a los pacientes asignando prioridades, de manera que permitan redistribuir las consultas, rechazando la atención a los pacientes que no plantean ninguna situación de urgencias. En estos casos, dada la repercusión potencial de negar la asistencia a un paciente que pueda presentar algún tipo de complicación, el protocolo está obligado a ser muy sensible para detectar

adecuación, lo que a su vez le convierte en un instrumento poco específico, que deja muchos pacientes que no son verdaderas urgencias. Los estudios que se basan en este tipo de instrumentos encuentran los porcentajes de inadecuación más bajos, entre el 15 y el 20%. Cuando la función del protocolo de triage es la distribución de los pacientes dentro del propio servicio éste puede ser más específico; un posible error podrá detectarse y corregirse durante el proceso de asistencia y su repercusión será mucho menor. Los porcentajes de inadecuación referidos pasan a ser del 40-49%.

Criterios explícitos. Señalan una serie de premisas que identifican la existencia potencial de un riesgo vital o la necesidad de pruebas diagnósticas o intervenciones terapéuticas complejas, que no pueden administrarse en otros dispositivos asistenciales. Destacamos el estudio de Sempere et al⁸ que valida y propone un protocolo de adecuación basado en criterios de gravedad, diagnósticos, terapéuticos y otros. Dicho protocolo se ha utilizado en varios hospitales españoles, encontrándose porcentajes de inadecuación que oscilan entre un 26,8% y un 38%. Presentan la ventaja de ser objetivos, pero también algunas limitaciones: son ajenos a la disponibilidad de recursos extrahospitalarios y dependientes del proceso asistencial.

El avance en el tratamiento de las enfermedades se ha basado en la formación continuada de los facultativos, la mejora de las técnicas de diagnóstico y el desarrollo de nuevas terapias. Los ensayos clínicos controlados representan los instrumentos que prueban la eficiencia de un fármaco en una cohorte seleccionada, controlada y monitorizada de forma estricta. Sin embargo, el paso del fármaco a la población general hace que se pierda efectividad debido a la falta de cumplimiento por el paciente, tanto en lo que se refiere a la dosificación como a la duración⁹. Medir la adherencia al tratamiento es necesario si se quiere optimizar el manejo terapéutico de las enfermedades.

3.2 Epidemiología

Existen escasos trabajos en México que nos reporten un perfil epidemiológico de las atenciones de los servicios de urgencias.

Loria Castellanos y et al⁶. Encontraron en su estudio realizado en en 2008 en un hospital de segundo nivel de atención con servicio de urgencias, que la población adulta, los sistemas afectados que motivaron la consulta fueron el cardiovascular (22.76%) y el digestivo (20.46%); en los niños, el respiratorio (46.28%) y el digestivo (38.01%).

Respecto a los indicadores de percepción, 46.36% de los entrevistados consideró que la atención en su unidad de primer nivel era regular y 27.99% la consideró mala.

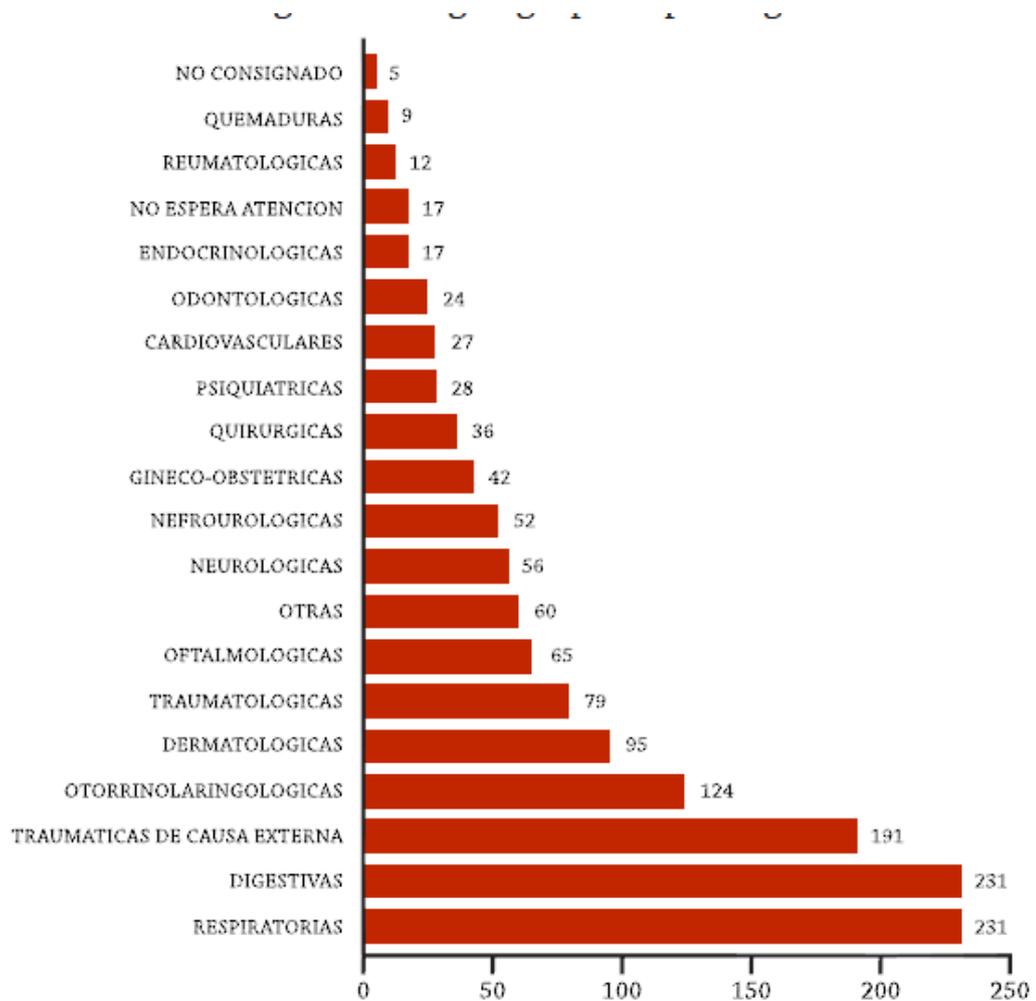
Al comparar la atención en el servicio de urgencias con la de la unidad de primer nivel, 64.95% la consideró mejor y solo 10.25% la creyó peor.

Al preguntar la causa para preferir acudir al servicio de urgencias, las respuestas que prevalecieron fueron que la atención era más rápida (25.85%), el haberles negado la atención en su unidad correspondiente (22.22%) y que en urgencias la atención la proporcionaban especialistas (21.15%).

En cuanto a la elaboración de un autodiagnóstico, en los adultos predominó la agudización de una enfermedad previa (89.62%) y en los niños, una nueva afección (81.81%).

Andrés Alvo V.¹⁰ realizó un estudio para definir el perfil epidemiológico en la república de Chile en el 2010, sus resultados de las causas de atención se ven en la Figura No2.

Figura No2 Diagnostico de acuerdo a la patología, atendido en el servicio de urgencias



La falta de adherencia terapéutica es otro de los principales argumentos para investigar la influencia de la comunicación. Al respecto, Britten², encontró que la falta de intercambio de información entre el médico y paciente, la falta de comprensión en el diagnóstico y la incompreensión del tratamiento indicado, ocasionan la falta de adherencia terapéutica por parte del paciente. Otros hallazgos de estos autores, mostraron que las expectativas de los pacientes no se exploraban y que los errores que culminan en una falta de adherencia al tratamiento parecen estar vinculados a supuestos y conjeturas tanto del médico como del paciente.

El promedio de adherencia a los tratamientos a largo plazo de enfermedades crónicas en los países desarrollados se ha señalado que solo alcanza el 50 %, y en los países en vías de desarrollo se supone que sea aun menor, por las desigualdades en el acceso a las unidades asistenciales. Mientras que el 40 % de los casos de infarto del miocardio o de derrame cerebral se le atribuyen a la hipertensión y, sin embargo, los estudios han demostrado que a pesar de la disponibilidad de medicamentos efectivos, menos del 25 % de los pacientes con tratamiento antihipertensivo alcanzan una presión arterial óptima.¹¹

Ortiz PM y et al en su estudio elaborado en pacientes adolescentes diabéticos demuestran que 50% de adolescentes diabéticos, al momento de ser estudiados, adhieren pobremente a su tratamiento. Estas estudios que revelan la pobre adherencia de los pacientes a los tratamientos, se desconoce que porcentaje de pacientes que acuden al servicios de urgencias, se apegan al tratamiento proporcionado de forma inicial y que deberían de continuar su consulta con su medico familiar.

4. JUSTIFICACIÓN

El instituto mexicano del seguro social ofrece servicio de urgencias y atención médica continua, ofreciendo este servicio en una misma área física en la mayoría de las unidades médicas, distinguiéndose en unidades pequeñas como Atención médica continua y en unidades con una mayor infraestructura de personal como Urgencias, pero independientemente como estén catalogadas estos servicios atienden gran número de pacientes, los cuales al parecer no diferencian entre una urgencia real y urgencia sentida, de tal forma que se ve rebasado por la demanda, considerando que la mayoría de la consulta pudo acudir con su médico familiar.

En manzanillo municipio de colima existe un hospital general de zona en donde se atiende urgencias y 2 unidades de medicina familiar (la UMFNo2 y la UMF No17) con atención médica continua las 24 horas.

El servicio de urgencias de la UMFNo.2 del IMSS amplió su cobertura en sábados y domingos, además del turno nocturno. Debido a las necesidades de atención médica, sin embargo el número de pacientes que se atienden diariamente nos hace pensar que nuestros pacientes prefieren acudir al servicio de urgencias (o atención médica continua) que acudir con su médico familiar.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el porcentaje de pacientes que acuden a consulta de medicina familiar para continuación del plan diagnóstico terapéutica iniciada en el servicio de urgencias?

6.-OBJETIVOS

6.1 Objetivo General

Conocer el porcentaje de pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar, para continuación del plan diagnóstico terapéutico iniciado en el servicio de urgencias

6.2 Objetivos Específicos

1. Conocer el porcentaje de pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar posterior haber acudido al servicio de urgencias.
2. Conocer los motivos de consulta al servicio de urgencias
3. Conocer la distribución por género de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias
4. Conocer el porcentaje de los motivos de consulta al servicio de urgencias, clasificados como urgencias reales y sentidas.

7 HIPOTESIS

Por el tipo de diseño del estudio, este trabajo no tiene hipótesis, ya que los estudios de serie de casos, descriptivos no sirven para comprobar hipótesis.

8.- MATERIAL Y METODOS

Diseño del estudio. Observacional, descriptivo, serie de casos, transversal,

Universo de estudio. Todos los pacientes que acudan al servicio de urgencias de la unidad de medicina familiar No2 IMSS, delegación Colima

TAMAÑO DE MUESTRA:

Calcular el tamaño de muestra está indicado siempre que se quiere probar una hipótesis causal, la relación entre un factor de riesgo y una enfermedad o comparar si un tratamiento es mejor que otro. En aquellos estudios donde sólo se desea identificar la frecuencia de ciertos fenómenos y se conoce el total de la población a estudiar no es necesario calcular un tamaño de muestra. Sin embargo, si se conoce el total de la población a estudiar pero el tiempo de reclutamiento es largo o el número de sujetos muy elevado sí es necesario hacerlo. La mayoría de los autores concuerdan en que las series de casos no necesitan un tamaño de muestra. En nuestro estudio incluiremos a conveniencia el total de casos observados durante el periodo de tiempo comprendido de 1 de julio al 31 de octubre del 2011

Tipo de muestreo. No Probabilístico, conformado por el número de pacientes que acudan al servicio de urgencias

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Inclusión.-

1. Pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social
2. Estar adscrito a la unidad de medicina familiar Número 2

Criterios de exclusión.-

1. Que por el motivo de consulta al servicio de urgencias requiera referencia a un segundo nivel o internamiento
2. Estar adscrito a otra unidad de medicina familiar diferente a la UMFNo2

Criterios de eliminación.-

1. No estar vigente su derechohabencia al IMSS, al momento del estudio
2. No ser derechohabiente al IMSS

Operación de variables

De acuerdo al del estudio no existe la variable dependiente, ya que es solo una descripción de las variables. Solo por ejercicio de realiza el cuadro siguiente

Variab les	Por su Interrelación	Por su naturaleza	Por nivel medición	Indicador
Motivo de consulta	independiente	Cualitativa	nominal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Urgencia real ▪ Urgencia sentida
Edad	Independiente	Cuantitativa	Razón	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Años
Sexo	Independiente	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Femenino ▪ Masculino
Escolaridad	confusión	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analfabeta ▪ Primaria ▪ Secundaria ▪ Bachillerato ▪ Licenciatura
Estado civil	confusión	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soltero(a) ▪ Casado (a) ▪ Unión libre ▪ Viudo (a)
Régimen farmacológico	confusión	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monoterapia ▪ Terapia combinada

9.-Métodos para recabar Información.

Procedimientos

Una vez registrado y autorizado el trabajo por el comité de ética del Hospital General de Zona número 1, del Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación Colima, además de la obtención su autorización para ingresar a sus bases de datos y obtener la información necesaria, se procederá de la siguiente forma:

1. Se tomaran de la hojas raíz del servicio de urgencias de la unidad de medicina familiar No2 los datos de los pacientes derechohabientes al IMSS delegación Colima, que acudieron a consulta durante el periodo de tiempo comprendido del 1 de julio al 31 de octubre del 2011, en el turno nocturno los días martes, jueves y domingo
2. De la hoja diaria del médico de urgencias denominada como hoja Rais, se tomaran los siguientes datos nombre, numero de afiliación al IMSS, motivo de consulta, y si es urgencia real o sentida, y referencia a su médico familiar u otro servicio
3. Se realizara posterior a las 48 horas de haber acudido al servicio de urgencias, se realizara búsqueda en el expediente electrónico de medicina familiar, para confirmar la asistencia con su médico familiar, motivado de su referencia del servicio de urgencias.
4. Se realizara base de datos en el programa estadístico Epi6.
5. Se analizara la información con estadística descriptiva, frecuencia relativa, frecuencia absoluta, media, moda,
6. Se escribirá articulo con la información obtenida para su publicación

Análisis Estadístico.

Estadística descriptiva (frecuencias absolutas y relativas, media, moda, rangos)

10.- CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Este estudio se ajusta a las normas éticas institucionales y a la Ley General de Salud en materia de experimentación en seres humanos, así como a la Declaración de Helsinki, modificada en el Congreso de Tokio, Japón, en 1983. Por su carácter no experimental, no representa riesgos para los participantes.

De acuerdo al Art. 17 del Reglamento de la Ley General de Salud, ésta investigación es considerada sin riesgo.

Acorde con la Ley General de Salud de México y el reglamento del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se presentará ante el Comité Local de Investigación del Hospital General de Zona No1 del IMSS, para su autorización correspondiente

11.- Recursos materiales

1. Equipo de computación
2. Conexión a Internet de alta velocidad
3. Papel bond (100 hojas).
4. Lápices (10).
5. Plumas (10).
6. Borradores 2

11.- Recursos financieros

Este proyecto no cuenta con financiamiento de instituciones públicas o privadas, por lo que los gastos serán solventados por el grupo de investigadores.

12.- Recursos humanos

Grupo de investigadores compuesto por:

Héctor Martín Aguilar Velázquez (Autor)
Médico Residente de Medicina Familiar.

Porfirio Díaz Dueñas
Maestro en Ciencias Médicas.
Argelia Alcázar Velasco
Médico familiar
Maestría en terapia familiar sistémica

13.- Resultados

Se capturaron durante el periodo de tiempo que duro la recolección de la información 685 pacientes, de los cuales se eliminaron 131 (19.1%) por no cumplir con los criterios de inclusión del estudio. Por ser derechohabientes a otras clínicas del IMSS se eliminaron 111(16.2%) pacientes, y por no ser derechohabientes al IMSS 20 (2.9%) pacientes. Analizándose solo la información de 554 pacientes. La distribución por genero fue Mujeres 285 (51.4%), Hombres 269 (48.5%)

En el cuadro 1 se muestran la clasificación del motivo de consulta y quienes acudieron con su médico familiar para darle continuidad al diagnostico o tratamiento.

Cuadro 1. Calificación de la urgencias y asistencia con su medico familiar

	Acudió a consulta con su MF	No acudió con su MF	Total
Urgencias reales	95(17.1%)	23(4.2%)	118(21.3%)
Urgencias sentidas	92(16.6%)	344(62.1%)	436(78.7%)
Total	187(33.7%)	367(66.3%)	554 (100%)

Cuadro 2. Diagnósticos de las urgencias sentidas atendidas en la UMFNo2

Diagnostico	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia relativa (%)
Infecciones respiratorias agudas	141	32.3
Gastroenteritis infecciosas	51	11.7
Colon irritable	49	11.2
Cefalea	18	4.1
Otalgia, otitis	16	3.7
Sanos	15	3.4
Crisis psicósomáticas	14	3.2
Varicela	13	2.9
Enfermedad acido péptica	11	2.5
Infecciones de vías urinarias	10	2.3
Vértigo	8	1.8
Gingivitis periodontalgias	8	1.8
Esguinces	7	1.6
Lumbalgias crónicas	7	1.6

Abscesos, celulitis	6	1.4
Urticarias alérgicas	6	1.4
Osteocondritis	6	1.4
Hipertensión arterial	6	1.4
Conjuntivitis	5	1.1
Contusiones	5	1.1
Diabetes mellitus	3	0.6
Colecistitis crónica	3	0.6
Cólico del lactante	2	0.4
Heridas no agudas	2	0.4
Intoxicación etílica	2	0.4
Dismenorrea	2	0.4
Enfermedad articular Degenerativa	1	0.2
Enfermedad hemorroidal	1	0.2
Quemaduras leves	1	0.2
Otras	17	3.9
Total	436	100

Cuadro 3. Diagnósticos de las urgencias reales atendidas en la UMFNo2

Diagnostico	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia relativa (%)
Crisis asmática	23	19.5
Heridas agudas	16	13.6
Urticaria alérgica aguda	12	10.1
Intoxicación picadura de alacrán o mordedura araña	8	6.8
Crisis hipertensivas	8	6.8
Esguinces y fracturas	7	5.9
Policontundido, traumatismo craneoencefálico	6	5.0
Lesiones por mordedura de perro	4	3.4
Cardiopatía	4	3.4

descompensada		
Contusiones agudas	3	2.5
Dengue	3	2.5
Lumbalgia aguda	2	1.7
Neumonía	2	1.7
Parálisis facial	2	1.7
Fotoqueratoconjuntivitis	2	1.7
Bronquitis aguda infecciosa	2	1.7
Amenaza de aborto	1	0.8
Anasarca	1	0.8
Apendicitis aguda	1	0.8
Desnutrición severa	1	0.8
Cefalea intensa	1	0.8
Colecistitis aguda	1	0.8
Conjuntivitis por contacto con productos químicos	1	0.8
Cuerpo extraño en ojo	1	0.8
Crisis convulsivas febriles	1	0.8
Otros	5	4.2
Total	118	100

13.- Discusión y Conclusiones

La atención de consultas no urgentes en los Departamentos de Urgencias puede producir demoras en la asistencia a pacientes que presenten situaciones de real urgencia, afectándose la calidad de la atención. La realización de una categorización de pacientes según su grado de urgencia permite identificar sin demoras a los pacientes que presentan una enfermedad que pone en peligro su vida, mediante un sistema de clasificación válido, útil y reproducible, con el objetivo de priorizar su asistencia.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio son similares a lo reportado en la literatura^{5,6,7,10}, en la cual podemos observar como el servicio urgencias del a UMFNo2 no es utilizado de manera adecuada por los derechohabientes.

Se acepta que la existencia de una buena interacción médico-paciente disminuye el uso inadecuado del servicio de urgencias, y se ha demostrado que la ausencia de provisión de cuidados con el médico regular aumenta el uso del servicio de urgencias por problemas no urgentes mientras que la continuidad de la asistencia primaria lo reduce. Lo anterior resalta en este estudio si consideramos que gran parte el 66.3% de las personas que acudieron a urgencias no acudieron con su médico familiar para continuidad de complementación diagnóstica o terapéutica.

Conclusiones

El uso inadecuado de estos servicios motiva una falta de continuidad asistencial, la falta de recepción de prácticas preventivas, un incremento de los costes asistenciales medicalización y dificultad en la atención a las enfermedades realmente graves.

Se requiere más estudios en la delegación Colima, relevantes al uso del servicio de urgencias y apegos a tratamientos para dictar directrices que hagan una mejora en la utilización d estos servicios.

14.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

(DIAGRAMA DE GANTT)

Fecha de: Inicio: 1 de julio de 2011

Fecha de corte: 31 de octubre de 2011

E					XXXXXXXXXXXX
D					XXXXXXXXXXXX
C			XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	
B		XXXXXXX			
A	XXXXXX				
Tiempo En meses	1	2	3	4	5

PROGRAMADO:

REALIZADO: X

- A REALIZACIÓN DE ANTEPROYECTO
- B APROBACIÓN DEL PROTOCOLO
- C RECOLECCIÓN DE INFORMACION
- D ANÁLISIS DE RESULTADOS
- E REDACCION DEL INFORME FINAL
- F ENTREGA DE INFORME FINAL

15. ANEXOS

Anexo 1: Formato de captura de información.

Por la fuente para obtener la información, que es documental, no requiere carta de consentimiento por escrito.

15.1. DEFINICION DE TERMINOS

14.1 Definiciones

Urgencia real: Es todo aquel padecimiento, trastorno o evento agudo que por su mecanismo fisiopatológico, pone en riesgo la vida del paciente o la función de un órgano, o alguna parte de su organismo.

Urgencia sentida. Es todo aquel padecimiento, trastorno o evento agudo o crónico, que por su mecanismo fisiopatológico no pone en riesgo la vida del paciente o la función, pero en el sentir del paciente, lo considera urgente recibir atención médica.

Referencia : Es el procedimiento de enviar al paciente a una segunda consulta subsecuente por el motivo primario de consulta, a otro servicio médico diferente, ya sea en la misma unidad médica u otra unidad médica donde exista el servicio médico solicitado, a valoración y criterio del médico que refiere.

Consulta subsecuente. Es toda aquella consulta en la que ya existe una consulta inicial previa, pero por el tipo de padecimiento inicial se requiere dar continuidad a la evolución, complementación diagnóstica o terapéutica en consultas posteriores.

16. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Introducción a practica de la medicina familiar disponible en:
<http://medfamcom.files.wordpress.com/2009/10/introduccion-a-la-mf-foroaps.pdf>
2. Hernández-Torres I, Fernández-Ortega MA, Irigoyen-Coria A, Hernández-Hernández MA. Importancia de la comunicación médico paciente en medicina familiar. Archivos en Medicina Familiar 2006; 8 (2): 138-143
3. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. Millbank Memorial Fund Q 1973;51:95-124.
4. Sánchez López J, Bueno Cavanillas A. Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario. Emergencias 2005;17:138-144
5. Nicolás F. Vinellia, Mannuccia C, I. Labaa N, et al. Consultas no urgentes al Departamento de Urgencias de un hospital pediátrico. Arch Argent Pediatr 2011;109(1):8-13
6. Loría-Castellanos J, Flores-Maciél L, Márquez-Ávila G, Valladares-Aranda MA. Frecuencia y factores asociados con el uso inadecuado de la consulta de urgencias de un hospital. Cir Cir 2010;78:508-514
7. Pérez-Ciordia I, Guillén Grima F. Urgencias hospitalarias y extrahospitalarias en Navarra. Razones que las motivan. An. Sist. Sanit. Navar. 2009; 32 (3): 371-384
8. Sempere-Selva T, Peiró S, Sendra-Pina P, Martínez-Espín C, López- Aguilera I. Inappropriate use of an accident and emergency department: Magnitud, associated factors, an reasons. An approach with explicit criteria. Ann Emerg Med 2001;37:568-79.
9. Nogués Solán X, Sorli Redó ML, Villar García J. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. An Med Interna (Madrid) 2007; 24(3): 138-141.
10. Alvo VA, Aguirre VS. Perfil Epidemiológico de la Atención de Urgencias en un hospital tipo 4 de la Región Metropolitana, Chile. REVISTA ANACEM. 2010, .4 : 18-21
11. Editorial .La atención farmacéutica y la adherencia a los tratamientos. Rev Cubana Farm 2007;41(1): 1-3
12. Ortiz PM, Ortiz PE. Adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1 chilenos: una aproximación psicológica Rev Méd Chile 2005; 133: 307-313

16. DATOS DE IDENTIFICACION

Responsable de la Investigación:

Hector Martin Aguilar Velazquez
Residente de Medicina de Urgencias
IMSS Delegación Colima

Cel.01 312 3121320538

e. mail: Hector_aguilareal@hotmail.com