

11226
29.89

Universidad Nacional Autónoma de México



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

"EL MEDICO FAMILIAR Y EL PACIENTE
HOSPITALIZADO"

T E S I S

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Dr. Eloy López Ruiz

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, Febrero de 1987.

FALLA DE ORIGEN



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.

INDICE

	<u>PAGINA</u>
RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
MATERIAL Y METODO	6
RESULTADOS	8
DISCUSION	12
BIBLIOGRAFIA	15

RESUMEN

En el Hospital General de Zona II con Medicina Familiar del I.M. S.S. de Tuxtla Gutiérrez Chiapas, del 25 de Octubre al 15 de Diciembre de 1986, se realizó un estudio para determinar si la participación del Médico Familiar durante la hospitalización del paciente influye en la presentación o no de Sintomatología de Ansiedad.

Se observó que el 4.68% de los pacientes del grupo Experimental desarrollaron Sintomatología de Ansiedad; mientras que en el grupo Control lo desarrollaron el 6.25% de los mismos. Aunque en el grupo Control se encontró un mayor porcentaje de Sintomatología de Ansiedad, estos valores no fueron significativos estadísticamente.

INTRODUCCION

La familia es la unidad de la sociedad y dentro de ella se desarrollan entre sus miembros funciones de comunicación, división de roles y transacciones múltiples. La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro haciendo que ésta funcione bien o mal como unidad. La familia es siempre algo más que el resultado de la suma de las personalidades de sus integrantes, quienes al relacionarse producen una organización en constante cambio y crecimiento; constituye un sistema abierto formado por varios subsistemas organizados por generación, sexo, intereses y funciones. Así tenemos el subsistema de los esposos como matrimonio, los esposos como padres, binomio madre-hijo, etc. (1,2).

En su carácter de unidad social básica, la constelación familiar es una fuente primordial de problemas de salud. Así la muerte o enfermedad de cualquier miembro de la familia origina ansiedad que afecta a todos sus miembros. Cualquier interrupción del funcionamiento familiar repercute sobre todos los miembros de la familia. (3).

Una enfermedad en la familia tiene consecuencias emocionales lo cual con mayor frecuencia crea ansiedad, y causa depresión o precipita problemas de conducta. (3).

La familia tendrá alteraciones en su dinámica y tomará una actitud determinada cuando exista un miembro enfermo tomando en cuenta el

nivel socioeconómico-cultural, así como la integración familiar que -- exista. (4).

Cuando una enfermedad seria requiere hospitalización para su tratamiento, esto es un evento que ocasiona angustia a ambos, paciente y familia. El paciente puede mirar la hospitalización con considerable aprehensión. (5).

Esta situación de angustia y ansiedad es a la que se enfrenta el paciente que acude a una Institución de Salud, además del problema de soledad al no conocer a nadie en particular, al ser cortado bruscamente de los vínculos que mantenía en un sitio y un lugar en ese exterior, como es su familia, trabajo, etc. (6,7).

Lo percibe como la llegada a un nuevo ámbito extraño, hostil, diferente, que le despierta sus miedos básicos como son miedo a la pérdida de su individualidad y a sus vínculos, formándose una situación de mantener o iniciar una liga o conexión oral o física y, una búsqueda de información que le posibilitara ver en sí mismo la problemática de la enfermedad. (5,6,8).

Los síntomas de ansiedad incluyen una sensación continua de tirantez o tensión, preocupación persistente, irritabilidad, inquietud, incapacidad para concentrarse, episodios de pánico, confusión, desaliento, aturdimiento y una fuerte urgencia de actuar, palpitaciones, disfagía, dispepsia, diarrea, calambres, estreñimiento e hiperventilación. (8).

Los signos comprenden sudoración, taquicardia, hipertensión sistólica, temblor de manos, llanto, suspiros, exageración de los reflejos de los tendones profundos y una facies ansiosa. (8).

El proporcionar atención médica de primer contacto significa estar muy cerca del paciente. Inicialmente, significa que uno es el primer médico a quién el paciente consulta cuando enferma. Pero a partir de ello, implica la responsabilidad de ser el consejero, protector, intérprete e integrador de la atención al servicio personal del paciente, sin importar dónde pueda éste encontrarse; en el hogar, en un hospital, o en una Institución de convalecientes. (9).

La visita hospitalaria lleva como fin que el Médico Familiar no se sienta relegado profesionalmente al perder su caso clínico por derivar su paciente al servicio médico de segundo o tercer nivel. Así mantendrá su comunicación con el núcleo familiar y el equipo médico que se ha hecho cargo de su paciente, cooperando con esto, el equipo médico y recogiendo información acerca del diagnóstico, manejo y tratamiento, logrando con su actitud hacer sentir apoyo al núcleo familiar. (10).

En último caso, alertar a los pacientes acerca de los hechos que se sabe tienen cierta posibilidad de ocurrir haciéndolos concientes. (11).

Conociendo que recursos pueden aportar los pacientes y sus familias para enfrentarse a la angustia, el Médico dispone de otro elemento de información que puede integrarse en la continuidad de la atención. (12).

Por lo anterior realizamos el presente estudio, para determinar si la participación del Médico Familiar durante la hospitalización -- del paciente disminuye o no la presencia de Sintomatología de Ansiedad en éste. Se trata de un estudio prospectivo y para-clínico.

MATERIAL Y METODO

Se estudió a los pacientes internados en el Hospital General de Zona II con Medicina Familiar del I.M.S.S. de Tuxtla Gutiérrez Chiapas, que fueron canalizados por el Médico Familiar a otras especialidades o al servicio de Urgencias y que ameritaron hospitalización para cualquier tratamiento médico o quirúrgico. El estudio se realizó del 25 de Octubre al 15 de Diciembre de 1986.

Se incluyeron 64 pacientes en el estudio, 20 pertenecieron al Grupo A o Grupo Experimental y 44 al Grupo B o Grupo Control. Se estudiaron pacientes de ambos sexos cuya edad fuera mayor de 20 años. Se excluyeron los pacientes canalizados a un III nivel, los pacientes con alta voluntaria y alta por defunción.

No se incluyó a los pacientes que no fueron canalizados por el Médico Familiar, aquellos que nunca asistieron al consultorio de Medicina Familiar, los pacientes que fueron hospitalizados durante el fin de semana a los cuales no visitó su Médico Familiar.

El Grupo A lo formaron los pacientes canalizados por el Médico Familiar y a los cuales visitó éste. El Grupo B lo formaron los pacientes canalizados por el Médico Familiar y que no fueron visitados por el mismo.

Se llevó un registro de dichos pacientes tomando en cuenta los siguientes datos: Nombre, edad, afiliación, sexo, consultorio de adscripción

ción, horario, fecha de envío con el especialista o al Servicio de Urgencias, Diagnóstico y procedencia.

Durante el estudio se valoró si la participación del Médico Familiar visitando a sus pacientes hospitalizados, disminuía en éstos las manifestaciones de ansiedad.

En los dos grupos, Experimental y Control, se buscó en forma intensificada la presencia de signos y síntomas de ansiedad, los cuales fueron registrados por medio de un cuestionario (se anexa). Dicho cuestionario fue aplicado por la misma persona.

A los resultados obtenidos se dió tratamiento estadístico aplicando la prueba de χ^2 (Chi Cuadrada) corregida de Yates.

CUESTIONARIO DE ENCUESTA

"EL MEDICO FAMILIAR Y EL PACIENTE HOSPITALIZADO"

- 1.- ¿DURANTE SU ESTANCIA HA PRESENTADO ALGUNA DIFICULTAD PARA DORMIR? Si () No ()
- 2.- ¿HA PRESENTADO PALPITACIONES? Si () No ()
- 3.- ¿HA PRESENTADO AGITACION? (Hiperventilación) Si () No ()
- 4.- ¿HA PRESENTADO DIFICULTAD PARA COMER? (Disfagia) Si () No ()
- 5.- ¿HA PRESENTADO DIARREA? Si () No ()
- 6.- ¿HA PRESENTADO ESTREÑIMIENTO? Si () No ()
- 7.- ¿HA PRESENTADO SUDORACION? Si () No ()
- 8.- ¿HA PRESENTADO TEMBLOR DE MANOS? Si () No ()
- 9.- ¿HA SENTIDO GANAS DE LLORAR? Si () No ()
- 10.- ¿SE HA SENTIDO MUY PREOCUPADO POR ESTAR HOSPITALIZADO? Si () No ()
- 11.- ¿SE HA SENTIDO MUY INQUIETO? Si () No ()
- 12.- ¿SE HA SENTIDO MUY IRRITABLE O ENOJADO? Si () No ()
- 13.- ¿HA PRESENTADO CALAMBRES? Si () No ()
- 14.- ¿SE HA SENTIDO MUY CONFUNDIDO O ATURDIDO? Si () No ()
- 15.- T.A. _____
- 16.- F.C. _____
- 17.- FACIES _____

RESULTADOS

De los 64 pacientes estudiados 20 pertenecieron al Grupo A o Grupo Experimental y 44 del Grupo B o Grupo Control. Se encontró que únicamente el 31.25% de los pacientes canalizados por el Médico Familiar tuvo seguimiento por parte del mismo, manteniéndose una continuidad en la atención, mientras que el 68.75% de los mismos no lo tuvo. La edad promedio de los pacientes fué de 40.6 años, siendo los límites de 20 y 73 años. El 64% de los mismos fué del sexo femenino y el 36% del sexo masculino.

Todos los pacientes fueron canalizados por el Médico Familiar. Entre los principales servicios de envío tenemos: El 29.68% del servicio de Urgencias, el 26.6% de la consulta externa de Cirugía y el 25% de la consulta externa de Ginecoobstetricia.

Los tres principales diagnósticos de envío fueron: Cistocele, Hernia Inguinal y Catarata Senil.

Dentro de los principales signos y/o síntomas de ansiedad manifestados en los cuestionarios por los pacientes de ambos grupos tenemos:- El 68.75% de los mismos manifestó gran preocupación por estar hospitalizado, el 46.87% refirió dificultad para dormir y un 32.8% gran inquietud. Se calculó una media de signos y/o síntomas de ansiedad en base a lo manifestado en el cuestionario de 4 para ambos grupos.

Se encontró que en 3 de los pacientes del grupo experimental ---

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

(4.68%) manifestaron Sintomatología de Ansiedad. En el Grupo Control 4 pacientes (6.25%) manifestaron misma sintomatología. Aunque en el Grupo Control se observó un mayor porcentaje de signos y/o síntomas de ansiedad, estos valores no son estadísticamente significativos, ya que al aplicar la prueba de χ^2 (Chi Cuadrada) corregida de Yates, a una P de 0.05, se obtuvo un valor calculado de 0.08 que es menor o inferior al valor tabulado de la misma prueba que fué de 3.84.

Por lo anterior no se puede corroborar la hipótesis alternativa - en este estudio.

CUADRO No. 1
RELACION DE PACIENTES CON ANSIEDAD EN AMBOS GRUPOS

	GRUPO A		GRUPO B	
	No. PACIENTES	%	No. PACIENTES	%
SI ANSIOSOS	3	4.68%	7	6.26%
NO ANSIOSOS	17	26.56%	40	62.50%
T O T A L:	20	31.24%	44	68.75%

FUENTE: Cuestionario aplicado a pacientes hospitalizados I.M.S.S.
Tuxtla Gutiérrez, Chis., 1986.

CUADRO No. 2
CUADRO DE VALORES OBSERVADOS Y ESPERADOS PARA TRATAMIENTO ESTADISTICO

	SEGUIM. DEL M.F.		NO SEGUIM. DEL M.F.		TOTAL
	O.	+ E.	O.	+ E.	
SI ANSIEDAD	3	2.18	4	4.18	7
NO ANSIEDAD	17	17.31	40	39.18	57
T O T A L:	20		44		

+ Valor calculado por prueba estadísticamente.

FUENTE: Cuestionario aplicado a pacientes hospitalizados I.M.S.S.
Tuxtla Gutz., Chis., 1986.

CUADRO No. 3
CLASIFICACION DE PACIENTES ESTUDIADOS POR SEXO

	No. PACIENTES	%
MUJERES	41	64%
HOMBRES	23	36%
T O T A L:	64	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado a pacientes hospitalizados I.M.S.S.
Tuxtla Gutiérrez, Chis., 1986.

CUADRO No. 4
PRINCIPALES MANIFESTACIONES DE ANSIEDAD EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS

SIGNOS Y SINTOMAS	No.DE CASOS	%
1.- PREOCUPACION POR ESTAR HOSPITALIZADO.	44	68.75 %
2.- DIFICULTAD PARA DORMIR	30	46.87 %
3.- INQUIETUD	28	43.75 %
4.- SUDORACION	21	32.81 %
5.- GANAS DE LLORAR	15	23.43 %

FUENTE: Cuestionario aplicado a pacientes hospitalizados I.M.S.S. Tuxtla Gutz., Chis. 1986.

CUADRO No. 5
RELACION DE LOS SERVICIOS DE PROCEDENCIA A HOSPITALIZACION

SERVICIO	No.PACIENTES	%
URGENCIAS	19	29.68 %
CIRUGIA CE	17	26.56 %
GINECOOBSTETRICIA CE	16	25.00 %
OFTALMOLOGIA CE	6	9.30 %
TRAUMATOLOGIA CE	3	4.60 %
OTROS	3	4.86 %
T O T A L:	64	100.00 %

FUENTE: Cuestionario aplicado a pacientes hospitalizados I.M.S.S. Tuxtla Gutiérrez, Chis., 1986.

CUADRO No. 6
PRINCIPALES DIAGNOSTICOS DE ENVIO

DIAGNOSTICO	No.DE CASOS
1.- CISTOCELE	9
2.- HERNIA INGUINAL	6
3.- CATARATAS	5
4.- SINDROME DOLOROSO LUMBAR	3
5.- INSUFICIENCIA VENOSA	3
6.- QUISTE DE OVARIO	3
7.- SINDROME FEBRIL	2
8.- PREECLAMPSIA	2
9.- AMENAZA DE ABORTO	2
10.- OTROS	29

FUENTE: Cuestionario aplicado a pacientes hospitalizados I.M.S.S. Tuxtla Gutz., Chis. 1986.

DISCUSION

El valorar la importancia de la continuidad de la atención del Médico Familiar con el paciente hospitalizado, constituye todo un panorama de aspectos por analizar, ya que no puede enfocarse sólo desde un punto de vista. En este estudio se valoró la presencia de signos y/o síntomas de ansiedad en el paciente hospitalizado, determinando si la participación del Médico Familiar influye para disminuirlos. Sin embargo, éstos son muy subjetivos y están sujetos a una serie de variaciones que van desde las condiciones generales del paciente, la edad del mismo, el diagnóstico, el momento de hacer la entrevista, el tipo de familia de origen y lo más importante, el tipo de relación Médico - Paciente que exista.

Así pues, encontramos manifestaciones de ansiedad en un número -- muy bajo de pacientes estudiados, sin encontrar una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo a quienes visitó su Médico Familiar y a quienes no los visitó. En el presente estudio se consideró -- un número de signos y/o síntomas como mínimo para considerar a un paciente con ansiedad, sin embargo éste puede ser considerado como muy -- elevado, ya que de los cuestionarios aplicados se encontró que los pacientes presentan un promedio de 4 signos y/o síntomas manifiestos, lo cual podría ser tomado como valor base para otro estudio.

Otro aspecto que resultaría importante investigar es si existe -- continuidad de la atención por parte del Médico Familiar, ya que ésta es una de las características más importantes del mismo, siendo él el

primer contacto del paciente y el integrador de la atención del mismo, lo que por otro lado le permitiría no ser relegado profesionalmente al perder un caso clínico al canalizarlo a un segundo o tercer nivel.

En este estudio observamos que de los pacientes referidos por su Médico Familiar a un II nivel, sólo en un 31.25% de los mismos se mantuvo un seguimiento por parte de su Médico durante su estancia hospitalaria. Cabe aquí recordar que la Medicina Familiar es la disciplina - que capacita al Médico para brindar atención Médica Primaria, continua e integral de su familia.

Que el Médico Familiar es la vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención a la salud. Que proporciona atención médica independientemente de la edad, sexo y padecimiento de sus pacientes. Que ejerce el juicio clínico necesario para solicitar interconsulta o derivar a sus pacientes a otros profesionales de la salud.

la Medicina Familiar implica que el Médico debe poseer conocimientos acerca de los procesos patológicos, su taxonomía, las causas que la desencadenan, las manifestaciones clínicas de la misma, el esquema terapéutico más adecuado y el pronóstico que la acompaña. Pero sobre todo implica que el Médico conozca a los individuos que sufren las enfermedades, que interraccione adecuadamente con los mismos, que se interese por sus expectativas e interpretaciones de los orígenes y posible evolución del evento, por las posibilidades de apego del paciente al esquema terapéutico seleccionado, y por la forma de vida del mismo.

El verdadero valor del Médico se sustenta en el mínimo interés -- que tenga por todo aquello que directa o indirectamente influye en su estado de salud.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Saucedo, J.M., Focerrada, M.: La Exploración de la Familia. Aspectos Médicos, Psicológicos y Sociales. Rev. Med. I.M.S.S. 19: 155;- 1985.
- 2.- Saucedo, J.M.: Los Problemas Familiares y sus Repercusiones en el Niño. Rev. Med. I.M.S.S. 23: 159; 1985.
- 3.- Hennen, B. K., La Familia como Unidad de atención. En: Medicina -- Familiar, Shires, D. E., Hennen, B. K. (Eds.) Mc Graw Hill, México, 1983, Pág. 9.
- 4.- Escotto, E., Wau, C., Domínguez, J.: Etapas críticas de la Familia. En: Fundamentos de Medicina Familiar. Jaime, H., Irigoyen, A. --- (Eds.) Francisco Méndez Cervantes, México, 1985, Pág. 32.
- 5.- Rake1, R.: Principles Of Family Medicine. W. B. Sanders Company Philadelphia L., 1977, Pág. 346, 362-365.
- 6.- Sánchez, J.: La Relación Médico-Paciente en situaciones quirúrgicas. Módulo de Cirugía. U.N.A.M., México 1985, Pág. 18-20.
- 7.- Rake1, R.: Principles Of Family Medicine. W. B. Sanders Company - Philadelphia L., 1977, Pág. 331.
- 8.- Hennen, B.K., Shires, D. B.: Problemas Comunes de Salud. En: Medi-

cina Familiar. Shires, D. B., Hennen, B. K., (Eds.) Mc Graw Hill, México, 1983, Pág. 106-107, 111.

9.- Hennen, B. K.: Continuidad de la Atención. En Medicina Familiar. Shires, D. B., Hennen, B.K., (Eds.) Mc Graw Hill, México, 1983, - Pág. 4-5.

10.- Pérez, M., Johnson, C.: La Consulta del Médico Familiar en el -- I.M.S.S. En: Fundamentos de Medicina Familiar. Jaime, H. Irigoyen, A., (Eds.) Francisco Méndez Cervantes, México, 1985, Pág. 186.

11.- Hennen, B. K.: El Ciclo Vital de la Familia y la Orientación An-- ticipada. En: Medicina Familiar, Shires, D. B., Hennen, B. K., -- (Eds.) Mc Graw Hill, México, 1983, Pág. 30-32.

12.- Hennen, B. K.; La Familia y el Stress. En: Medicina Familiar. --- Shires, D. B., Hennen, B. K., (Eds.) Mc Graw Hill, México, 1983, - Pág. 23, 27.