



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA  
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE

**EFICACIA DEL APOYO MULTIDISCIPLINARIO PARA EL  
MANEJO DE PACIENTES CON PADECIMIENTOS HEMATO-  
ONCOLOGICOS, HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE  
HEMATOLOGIA DEL CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE  
NOVIEMBRE"**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE  
**ESPECIALISTA EN MEDICINA  
HEMATOLOGÍA**

PRESENTA:

DRA. LEIRE MONTOYA JIMÉNEZ

ASESOR DE TESIS:

DRA. MARTHA ALVARADO IBARRA

JEFA DEL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA DEL CMN "20 DE  
NOVIEMBRE"

CIUDAD DE MÉXICO, 2019.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

---

DR. MAURICIO DI SILVIO LÓPEZ  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

---

DRA. MARTHA ALVARADO IBARRA  
JEFA DEL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA DEL CMN “20  
DE NOVIEMBRE”

---

DRA. MARTHA ALVARADO IBARRA  
ASESOR DE TESIS

---

DRA. LEIRE MONTOYA JIMÉNEZ  
TESISTA



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.

## DEDICATORIA

A mis maestros por su conocimiento.

A mis abuelos y a mis padres por su apoyo, amor y cariño incondicional.

A mis dos hermanos por ser una inspiración.

A Carlos por completar mi vida.

## INDICE

1. Resumen.....	6
2. Introducción.....	6
3. Antecedentes.....	8
4. Planteamiento del problema.....	14
5. Justificación.....	14
6. Hipótesis.....	15
7. Objetivo General.....	15
8. Objetivos Específicos.....	15
9. Metodología de la investigación.....	16
10. Variables.....	17
11. Resultados.....	20
12. Discusión.....	23
13. Conclusión.....	25
14. Consideraciones éticas y de bioseguridad.....	27
15. Referencias bibliográficas.....	28

## **RESUMEN**

Cada uno de los casos de pacientes donde se observa una mala práctica médica por parte de las instituciones prestadoras de Servicios de salud, representa una oportunidad de corregir posibles o potenciales errores en esa institución o en otra con características similares. Este enfoque de una mala práctica, sin duda, se encuentra íntimamente ligado a los procesos de calidad de la atención y a la promoción de la seguridad del paciente. La queja médica se conceptualizó desde el 2007 como un “Instrumento indispensable para la mejora de la calidad de la atención de los servicios de salud”. Su valor radica en la información que se genera a partir de un análisis profundo, realizado por especialistas, lo que constituye un insumo potencial que crea conocimiento y contribuye a mejorar la calidad de atención a la salud. Las quejas médicas han servido como auténticos indicadores de la calidad de los servicios de salud que se otorgan, y como se dijo, son verdaderas pistas en la búsqueda de las causas-raíz que permiten reconocer los hechos, identificar eventos adversos e indicar acciones o recomendaciones concretas, para la mejora de los sistemas de salud. La atención médica que reciben los pacientes es responsabilidad de todo un equipo multidisciplinario, que incluye tanto el equipo tratante como los servicios interconsultados. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia proporcionada por los Servicios interconsultados para el manejo de los pacientes con padecimientos hemato-oncológicos hospitalizados en el servicio de Hematología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre. Es un estudio prospectivo, transversal, observacional y descriptivo. Los datos serán recolectados de los expedientes clínicos y electrónicos, así como hojas de concentración de datos existentes en el Servicio de Hematología.

## **INTRODUCCIÓN**

El apoyo multidisciplinario, en éste caso, las interconsultas; son una necesidad

frecuente en las instituciones hospitalarias, como recurso habitual entre especialidades médicas, respecto de las dudas que se van presentando en el manejo de un paciente y de su enfermedad. La diferencia entre lo que consideramos como característico de nuestro accionar y lo que sería una interconsulta a la especialidad solicitada, radica no tanto en el pedido que se nos dirige, sino en cómo nos ubicamos en relación con ese pedido y en el tipo de respuestas que ofertamos. Es decir la interconsulta es el procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud a fin de contribuir a la atención integral del paciente, a solicitud del médico tratante, por lo que se debe contar con un enfoque multidisciplinario que implique comunicación y cooperación entre varios profesionales de la salud, dentro de un marco de trabajo que permita centrar la atención sobre las necesidades totales de salud del paciente<sup>1</sup>.

Como tal, el equipo de salud es definido por la OMS, como una asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común que es el de proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias la atención más integral de salud posible.

La eficacia en el apoyo y en el tratamiento ofrecido por los profesionales de la salud depende no sólo de la experiencia del médico consultado sino también de la calidad de la interacción entre los trabajadores de la salud.

En el CMN 20 de Noviembre la política operacional con respecto a las interconsultas consiste en llenar una formato de "Interconsulta" con una breve descripción del padecimiento del paciente así como el motivo de la valoración. El médico especialista que reciba la interconsulta debe valorar al paciente en un plazo no mayor a 24 horas, establecer un diagnóstico presuntivo, emitir recomendaciones o tratamientos específicos, y por último validar la transferencia del paciente, a su Servicio, si así lo amerita. Además en el manual expedido de la Dirección General de nuestra

institución, las interconsultas deben ser valoradas por el médico adscrito del Servicio solicitado.

Durante un largo tiempo hemos observado que la eficacia y seguridad de los Servicios interconsultados en el manejo de los pacientes hospitalizados con enfermedades hemato-oncológicas atendidos en el CMN 20 de Noviembre debe ser valorada, por lo que proponemos este estudio para conocer de forma objetiva la efectividad y el impacto en el diagnóstico, evolución, pronóstico y tratamiento que aportan los Servicios en nuestros pacientes.

## **ANTECEDENTES**

Los pacientes con padecimientos hemato-oncológicos, requieren de un manejo multidisciplinario, en el proyecto de investigación de la Dra. Mena Zepeda Verónica, se demostró que la efectividad del manejo multidisciplinario en el CMN 20 de noviembre según la normativa establecida fue buena, sin embargo traspolado en días, se necesitó de al menos 2 a 3 días hábiles para poder concluir la interconsulta. A pesar de que en este estudio citado no se pudo demostrar el impacto de éste retraso, seguimos observando que aunque técnicamente el reglamento de nuestra institución se cumple, en la práctica diaria la resolución tardía del problema que amerita la interconsulta, tiene impacto pronóstico en éstos pacientes <sup>2</sup>.

Para poder entender el impacto que tiene una atención médica retrasada o no resolutive, es importante hablar primero del derecho a la salud, y de las características que éste debe tener.

El párrafo cuarto del artículo 4o. constitucional garantiza a todas las personas el derecho a la protección de la salud. En su segunda parte, dicho párrafo ordena al legislador definir las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, así como disponer la concurrencia entre los distintos niveles de gobierno sobre la materia. El derecho a la salud tiene un carácter prestacional en la medida en que

principalmente implica y conlleva una serie de obligaciones positivas por parte de los poderes públicos. Así por ejemplo, a partir del derecho a la salud, corresponde al Estado asegurar la asistencia médica una vez que la salud, por la causa que sea, ha sido afectada; esto es lo que se llama el “derecho a la atención o asistencia sanitaria”.

Además de que en México, el derecho a la salud encuentra su máxima garantía en el artículo 4 de la Constitución, ya comentado, el Programa de Reforma del Sector Salud plasma de igual forma la mejoría de la calidad de la atención en la prestación de los servicios de salud, como uno de los principales objetivos que en materia de salud se definieron en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. Alcanzar tal objetivo implica fortalecer y complementar los servicios y sus componentes.

En la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, se destaca la sistematización, homogenización y actualización del manejo del expediente clínico, que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitadoras y que se constituye como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud. Es importante señalar que para la correcta interpretación de la presente Norma Oficial Mexicana se toman en cuenta los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, especialmente el de la libertad prescriptiva en favor del personal médico a través de la cual los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud, habrán de prestar sus servicios a su leal saber y entender, en beneficio del usuario, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que presten sus servicios .

El concepto de atención ha sido definido por Avedis Donabedian como: “el tipo de atención que maximiza el bienestar del paciente, después de tener en cuenta el balance de pérdidas y ganancias esperadas, contemplando el proceso de atención en todas sus partes”.

El concepto de calidad de la atención médica con base en las expectativas de los pacientes, propuesto por Aguirre Gas, prescribe: “otorgar atención médica al paciente, con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos de la práctica médica, que le permita satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas” <sup>5</sup>. En este concepto, incluye cuatro elementos del proceso y dos de los resultados; la estructura es responsabilidad primaria de la institución, teniendo en cuenta que una estructura adecuada permite una atención de calidad, pero no la garantiza <sup>6</sup>. Por su parte, la OMS señala que: “una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades, de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite” <sup>7</sup>. La Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud de los Estados Unidos de América (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations [JCAHO]) sugiere simplemente “Hacer las cosas correctas y hacerlas bien” <sup>8</sup>. De manera adicional, el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos (IOM, por sus siglas en inglés) define la calidad de la atención como: “grado en que los servicios sanitarios para los individuos y las poblaciones aumentan la probabilidad de obtener resultados de salud deseados y son consistente con el estado actual de los conocimientos científicos”

Como tal hay múltiples definiciones de lo que se entiende por eficacia de los servicios de salud, todas responden a diversas interpretaciones sobre que significa atender las necesidades sanitarias de la población a la que se le ofrecen los servicios. En el Programa Ibérico de 1990, la atención se definió como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

La eficacia se liga a la seguridad del paciente y ésta a su vez se constituye en un componente de la calidad de la atención médica. Por otra parte, si se toma en cuenta

que en diversos estudios se subraya que una gran proporción de daños o incapacidades causados a los pacientes se debe a errores y/o retraso en la atención médica, entonces la seguridad del paciente se define como: evitar, prevenir y mejorar los resultados adversos o lesiones derivados de procesos de atención sanitaria. Esos eventos comprenden «errores», «retrasos», «desvíos» y «accidentes». La seguridad surge de la interacción entre los componentes del sistema; no reside en una persona, un dispositivo o un solo departamento. Mejorar la seguridad depende de que se aprenda cómo emerge ésta de las interacciones entre los componentes. Desde 2004 la OMS formuló el programa conocido como la *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente*, de esta forma, las organizaciones que promueven la calidad de los servicios de salud en el mundo han propuesto iniciativas para incrementar la seguridad de los pacientes, con el propósito de aminorar la ocurrencia de eventos adversos en las instituciones de salud.

En México, mediante una instrucción emitida por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), en 1998 se incorpora al Sistema Nacional de Salud la figura del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP), orientado a vincular la calidad de la atención y la seguridad del paciente, así como conducir la calidad en todas las organizaciones de salud. De entre las funciones de los COCASEP destacan: fomentar el registro de los eventos adversos y generar una cultura de seguridad del paciente. La calidad en salud y la seguridad del paciente es una prioridad nacional, tanto en el marco de la Constitución Política de México, como del Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud, un objetivo común y una responsabilidad compartida por varios sectores sociales y de gobierno. Las instituciones aseguradoras y los responsables de dirigir sistemas de salud, recomiendan a las instituciones prestadoras de servicios de salud, poner la máxima atención a las quejas de los pacientes, con sustento en el derecho ciudadano a la

protección de la salud consagrado en la Carta Magna, por obligación institucional o por las consecuencias y alcances legales que ello conlleva.

Por otra parte, la efectividad es la medida en que una determinada práctica o atención sanitaria, ya sea del servicio tratante o de su apoyo multidisciplinario, mejora el estado de salud de la población concreta que la recibe. Por algún tiempo ha venido utilizándose de forma confusa con el término eficacia, sin embargo, hoy en día, por eficacia se entiende la probabilidad de beneficio de una determinada tecnología en condiciones ideales de uso. Una vez hablado de calidad, podemos decir que lo más frecuente al definir calidad es la referencia a la efectividad de la atención.

La literatura ha reportado que la forma en la que se gestionan las quejas y la insatisfacción de las personas ante los servicios que reciben, puede incrementar la lealtad hacia una institución determinada y mejorar la calidad de la atención médica, con énfasis en la reducción de las fallas y de la mala práctica de todo el apoyo multidisciplinario. Cuando la calidad de la atención médica se ve deteriorada, por el cúmulo de errores que suceden durante su prestación o su retraso, y el usuario lo percibe, generalmente al no tolerarlo, éste experimenta la sensación de insatisfacción; y si acaso decide romper con ello, la consecuencia lógica es la expresión verbal de la queja, sobre todo si los resultados son malos. De ahí la relación conocida entre queja médica y calidad de la atención a la salud. El análisis de la queja médica se puede abordar a partir de tres modelos: el modelo de arbitraje médico (análisis individual), el modelo de atención a la salud (análisis organizacional) y el modelo epidemiológico (problema y análisis de salud pública). Los tres modelos son aceptables y han contribuido a reflexionar sobre el papel del marco conceptual y metodológico, y la función que desempeña la queja médica en la mejora continua de los servicios de salud. El marco conceptual establecido en las Comisiones de Arbitraje Médico y el protocolo de atención inicial que se utiliza para documentar las quejas, permite identificar la etapa crítica de la atención médica que detona la inconformidad, misma

que se encuentra estrechamente relacionada con el motivo de la queja y las características de los usuarios.

De acuerdo con las diferentes etapas que abarca la atención médica, se ha definido una clasificación de motivos de queja, con el propósito de brindar información que contribuya a fortalecer las acciones orientadas. La estructura de esta clasificación es la siguiente:

1. Diagnóstico

2. Tratamiento médico

3. Tratamiento quirúrgico

4. Relación médico-paciente

5. Auxiliares de diagnóstico y tratamiento

- Servicios de atención médica que contribuyen al estudio, la resolución y/o tratamiento

de los problemas clínicos.

6. Atención de embarazo, parto y puerperio

7. Deficiencias administrativas.

Determinadas por la carencia o imperfección de un acto asociado a la administración o prestación de un servicio, que beneficie a quien pertenezca. Las circunstancias derivadas de estados administrativos, tales como: desatención a una solicitud de cambio de médico tratante o de unidad médica; negación o aplazamiento de la atención; falta de insumos o medicamentos, falta de personal o equipo médico, entre otros.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Las enfermedades hematológicas tienen una elevada prevalencia y mortalidad. La atención médica que imparten los servicios interconsultados tiene impacto en el pronóstico de éstas enfermedades, su intervención debe caracterizarse por una pronta atención, una evaluación del problema, seguida de una acción y por último una revaloración. Si no contamos con un apoyo multidisciplinario con éstas características la tasa de complicaciones, así como de morbilidad aumenta.

¿La atención multidisciplinaria en los pacientes hemato-oncológicos del CMN 20 de Noviembre es eficaz?

## **JUSTIFICACIÓN**

Desde la subdivisión de las especialidades y subespecialidades médicas, se hace imprescindible el apoyo multidisciplinario para poder brindar una atención médica que ofrezca eficacia y seguridad a los pacientes.

Los pacientes hemato-oncológicos requieren de un equipo de trabajo coordinado, que incluye distintos especialistas. Aunque la incidencia de estas patologías no es alta, su tratamiento a largo plazo con frecuentes complicaciones, por la enfermedad de base y el tratamiento, ocasionan alta prevalencia.

Sin embargo, la mejora de la calidad de los Servicios de salud precisa una atención específica y continúa, que pocos profesionales de salud otorgan, motivo por el cual se propone este estudio, para valorar de forma objetiva el tipo de atención médica que reciben los pacientes hemato-oncológicos de Servicios interconsultados, y como ésta impacta en su diagnóstico, evolución, tratamiento y pronóstico.

Este proyecto de investigación está justificado ya que no requiere de apoyo económico, contamos con los elementos que nos permiten resolver la hipótesis planteada, y sus resultados beneficiarán de manera importante la atención médica que

reciben los pacientes, además ayudará a otros médicos a mejorar y hacer efectivas sus valoraciones.

## **HIPÓTESIS**

**Hipótesis de trabajo (H1):** La atención de los Servicios interconsultados para el manejo multidisciplinario de los pacientes hospitalizados con enfermedades hematológicas atendidos en el Servicio de Hematología del CMN “20 de Noviembre” es eficiente.

**Hipótesis nula (H0):** La atención de los Servicios interconsultados para el manejo multidisciplinario de los pacientes hospitalizados con enfermedades hematológicas atendidos en el Servicio de Hematología del CMN “20 de Noviembre” es deficiente.

## **OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la efectividad y eficacia de la atención proporcionada, mediante interconsultas, que reciben los pacientes con enfermedades hemato-oncológicas hospitalizados en el Servicio de Hematología en el CMN 20 de Noviembre, mediante la cuantificación del tiempo de respuesta, número de interconsultas realizadas para la resolución del problema, y el seguimiento de los resultados diagnósticos y terapéuticos que las acciones propuestas, por el médico interconsultado, generen.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Valorar en pacientes con enfermedades hemato-oncológicas, la atención médica que reciben por parte de Servicios interconsultados según:

1. Reconocer la proporción de pacientes que requieren de apoyo multidisciplinario mediante una interconsulta.
2. Averiguar el número de interconsultas que se requieren para resolver el problema.

3. Valorar si la interconsulta realizada fue resolutive.
4. Valorar si la interconsulta realizada fue oportuna.
5. Valorar si la interconsulta ocasiono algún atraso en cuanto al tratamiento del paciente.
6. Cuantificar el número de interconsultas atendidas sólo por médicos residentes.

## **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

**Diseño y tipo de estudio:** Estudio prospectivo, transversal, observacional, descriptivo.

**Población de estudio:** Pacientes con enfermedades hemato-oncológicas hospitalizadas en el Servicio de Hematología del CMN 20 de Noviembre que recibieron atención médica de otros Servicios, mediante una interconsulta de Junio 2017 a Junio 2018.

**Universo de trabajo:** Pacientes con enfermedades hemato-oncológicas hospitalizadas en el Servicio de Hematología y que necesitaron el apoyo de otros Servicios, a través de una interconsulta de Junio 2017 a Junio 2018.

**Tiempo de ejecución:** Junio 2017 a Junio 2018.

**Definición de grupo control:** Por las características del estudio no se considera necesario un grupo control.

**Definición del grupo a intervenir:** Paciente con enfermedades hemato-oncológicas hospitalizados en el Servicio de Hematología del CMN 20 de Noviembre, que requirieron apoyo multidisciplinario.

### **Criterios de inclusión:**

1. Pacientes mayores de 15 años de edad.

2. Hospitalizados en el Servicio de Hematología del CMN 20 de Noviembre de Junio 2017 a Junio 2018.
3. Pacientes que requirieron apoyo multidisciplinario mediante interconsultas a otros Servicios.

**Criterios de exclusión:** Pacientes fallecidos en las primeras 24 horas de hospitalización.

**Criterios de eliminación:** Pacientes con expediente clínico incompleto.

**Muestreo no probabilístico:** De acuerdo a la estadística del Servicio de Hematología se mantiene una productividad superior al 80% con 26 camas en promedio se reciben 4 pacientes por día cada paciente en hospitalización requiere en promedio dos interconsultas por especialidades diferentes para la atención integral de complicaciones ajenas a o secundarias a la patología hematológica.

Por lo anterior en el período de estudio planeado se esperan recolectar 150 interconsultas.

El criterio científico está directamente relacionado a las complicaciones clínicas de cada enfermo, es decir, infecciones graves (INFECTOLOGIA), hiperglucemia (ENDOCRIOLOGIA), hemorragia a sistema nervioso central (NEUROCIROLOGIA) etc.

**Metodología para el cálculo del tamaño de la muestra y tamaño de la muestra:**

Como el proyecto de investigación no es comparativo, no se requiere cálculo del tamaño de la muestra, ya que no hay grupo con el cual comparar.

**VARIABLES**

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	CLASIFICACIÓN	MEDICIÓN
Edad	Tiempo que ha vivido una	Cuantitativ	Unidimensional	Relación (0,1,2,3, ....)

	persona	a	Independiente	Unidad: años
		Discreta	Politómica	
Sexo	Variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades: hombre o mujer	Cualitativa Nominal	Dicotómica, Independiente, Unidimensional	Escala: Femenino o Masculino
Ingreso al hospital	Inició de su hospitalización	Escala	Unidimensional	Fecha
Egreso del hospital	Finalización de su hospitalización	Escala	Unidimensional	Fecha
Diagnóstico	Procedimiento por el cual se identifica una enfermedad.	Cualitativa Ordinal	Politómica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Leucemia Aguda</li> <li>2. Linfomas</li> <li>3. PTI/PTT</li> <li>4. A. Hemolítica</li> <li>5. MM</li> <li>6. Diversos</li> </ol>
Tipo de quimioterapia	Etapas: inducción a la remisión, intensificación, consolidación y mantenimiento	Cualitativa Ordinal	Politómica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Intensiva</li> <li>2. No intensiva</li> <li>3. Inmunosupresión</li> <li>4. Paliativa</li> <li>5. Ninguna</li> </ol>
Urgencia en la interconsulta	Aquellas situaciones en las que se precisa atención inmediata	Cuantitativa Nominal	Dicotómica	<p>0: No urgente</p> <p>1: Urgente</p>
Servicio interconsultado	Especialidades y subespecialidades solicitadas	Cualitativa Ordinal	Politómica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ang, 2. Anes, 3. Car, 4. Cir, 5. C Ped,</li> <li>6. Car Q, 7. C Dolor, 8. Der, 9. End, 10. Endos, 11 Gas, 12. Inha, 13. BDM, 14. Nefro, 15. Neumo, 16. Neuro, 17. Nut, 18. Oft, 19. Ong, 20. Orto,</li> </ol>

				21. O Med, 22. O Qui, 23. Psig, 24. Rx, 25. Rt, 26. M Fís, 27. UCI, 28. Uro
Motivo de la interconsulta	Razón por la cual solicitamos la valoración de otro especialista	Cualitativa Ordinal	Politómica	1. Apoyo 2. Dx 3. Dx/Tx 4. Tx
Médico que realiza la interconsulta	Residente o médico adscrito que acudio a valorar al paciente	Cualitativa Ordinal	Politómica	1. Residente 1 2. Residente 2 3. Residente > 2 4. Adscrito
Interconsulta aceptada de 8-16horas	Intervalo de tiempo desde que se inicia y finaliza la recepción de interconsultas	Ordinal	Dicotómica	0. No 1. Si
Tiempo para respuesta	Período determinado para la valoración del paciente	Escala	Politómica	0. Menos de 06:00 hrs 1. Hasta 12:00 hrs 2. Hasta 18:00 hrs 3. Hasta 24:00 hrs 4. Hasta dos días 5. Más de dos días
Oportunidad de la atención	Realización en un buen momento para producir el efecto deseado	Ordinal	Politómica	0. Nula 1. Inoportuna 2. Oportuna
Resolutiva	Resolución del problema planteado	Ordinal	Dicotómica	0. No 1. Si
Violación al tratamiento	Interrupción del tratamiento secundaria a alguna causa	Ordinal	Dicotómica	0. No 1. Si

## RESULTADOS

Se incluyeron 120 pacientes con enfermedades hematológicas que requirieron apoyo multidisciplinario de otro servicio a través del proceso de interconsulta, por medio del expediente electrónico SIAH.

Con respecto a la edad, tenemos que el promedio fue de 48 años, 53% fueron mujeres.

Los diagnósticos de base más frecuentes fueron leucemias agudas con 50% y gamopatias monoclonales 24%.

El total de pacientes incluidos, el 61% eran tratados con quimioterapia intensiva, como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1

MUESTRA	120 EVENTOS
EDAD	48 AÑOS (15-88)
SEXO (F/M)	64/56
PATOLOGIAS	
1. LEUCEMIA AGUDAS	60 (50)
2. LINFOMAS	4 (3.3)
3. PTI/PTT	2 (1.7)
4. GAMAPATIAS MONOCLONALES	29 (24)
5. DIVERSOS	25 (21)
TIPO DE QUIMIOTERAPIA	
1. INTENSIVA	73 (61)
2. NO INTENSIVA	15 (12.5)
3. INMUNOSUPRESIÓN	12 (10)
4. SOPORTE	11(9)

5. NINGUNA	9 (7)
------------	-------

De las 120 interconsultas solicitadas, según el motivo de envío, se agruparon en 4 grupos, siendo el de mayor número las de diagnóstico y tratamiento con 41.

MOTIVO DE INTERCONSULTA	N:
1. APOYO	33
2. DIAGNOSTICO	11
3. DX Y TRATAMIENTO	41
4. TRATAMIENTO	35

Se interconsultó un total de 27 servicios. Teniendo con más de 5 eventos o interconsultas solicitadas a 10 servicios, siendo Angiología, el más solicitado, con un total de 15, el resto se describe en la tabla número 2.

SERVICIO	TOTAL
ANGIOLOGIA	15
ANESTESIOLOGIA	1
CARDIOLOGIA	2
CIRUGIA	2
CARDIOTORAX	2
CLINICA DEL DOLOR	3
DERMATOLOGIA	10

ENDOCRIOLOGIA	6
ENDOSOCPIA	3
GASTROENTEROLOGIA	4
MAXILOFACIAL	3
NEFROLOGIA	6
NEUMOLOGIA	10
NEUTROLOGIA	3
OFTALMOLOGIA	4
ORL	7
ORTOPEDIA	1
ONCOLOGIA MEDICA	1
ONCOLOGIA QX	9
PSIQUIATRIA	8

De los 10 servicios con más de 5 interconsultas solicitadas, el motivo con mayor número de eventos generados para sólo apoyo fue Angiología y Neumología-Inhaloterapia, mientras que para diagnóstico Ofatlmologia, diagnóstico y tratamiento Angiología, Dermatología y Gastroenterología; y sólo tratamiento Otorrinolaringología, Nefrología y Endocrinología.

Del total de servicios interconsultados, respecto al número de eventos necesarios para acudir a valorar al paciente, el 78% requirió tan solo 1 interconsulta, mientras que el

21% necesitó de 2 a 3 interconsultas.

Se necesitó sólo 1 interconsulta para acudir a la valoración del paciente en el 78% de los casos, con un tiempo de respuesta de forma oportuna igualmente en el 78%. Mientras que para la solución del motivo solicitado, se necesitaron 2 interconsultas en 108 ocasiones. Para la solución del problema considerándose en un tiempo oportuno fue solo en el 69% de los casos, resolutivos en 103 eventos y sin violación al tratamiento quimioterapico en 107 ocasiones.

El tiempo de respuesta a la solicitud de interconsulta, interpretada en días hábiles, en 32 eventos fue de 2 días (26.6%), con una media de 1.28 con máximo de 3 días.

## **DISCUSIÓN**

La interconsulta se refiere al proceso mediante el cual un profesional pide asesoramiento a otro con mayor experiencia ante un problema específico.

La calidad en el apoyo y en el tratamiento ofrecido por los profesionales de la salud depende no sólo de la experiencia del médico consultado sino también de la calidad de la interacción entre los trabajadores de la salud.

Según en el manual expedido de la dirección general de nuestra institución para las interconsultas, estas deben ser valoradas por el médico adscrito del servicio solicitado para establecer un diagnóstico presuntivo y validar la transferencia del paciente y el médico residente una vez establecido dicho diagnóstico deberá establecer estudios de laboratorio y o gabinete necesarios y medicamentos o cuidados pertinentes que se necesiten. La primera valoración se deberá de realizar en las 1ras 24 hrs de solicitada la interconsulta.

De las 120 interconsultas solicitadas, 27 servicios fueron solicitados y los más frecuentes con más de 5 interconsultas fueron: Angiología, dermatología, Endocrinología, Nefrología, Neumología, Otorrinolaringología, Oncología Quirúrgica,

Psiquiatría/Psicología, Radiología y Urología.

De estos servicios se tuvo que el tiempo de respuesta para la atención fue oportuna en su mayoría, en 65 eventos. Considerándose que se valoraron los pacientes en menos de 12 horas, esto con significancia estadística, sin embargo se debe tener en cuenta que el servicio con más número de interconsultas solicitadas fue Angiología de las cuales el motivo de su valoración fue para apoyo en 10 ocasiones y diagnóstico y tratamiento en 5 ocasiones, considerando que estas se basan en colocación de catéteres para acceso venoso así como para descartar eventos trombóticos agudos, además de que según la normatividad, la valoración de dichos pacientes debe realizarse inicialmente por un médico adscrito siendo que en este caso, las 15 interconsultas fueron vistas por los médicos residentes, no siendo este el caso exclusivo, debido a que se obtuvo que un total de 55 interconsultas realizadas fueron vistas y valoradas por residentes y tan solo 27 por médicos adscritos, llamando la atención que en el caso de Endocrinología y Neumología fueron los únicos servicios los cuales fueron valoradas propiamente por el especialista, a discrepancia del servicio antes mencionado, Nefrología Otorrinolaringología y Urología que sólo fue visto el paciente por un médico residente.

El tiempo transcurrido medido en horas y no de manera oportuna o inoportuna se obtuvo una media de 8 hrs para la obtención de la valoración, esto es de relevancia debido a que nuestro tipo de pacientes en ocasiones no dispone de 8 hrs para una valoración, ya sea por las condiciones clínicas en las que se encuentra y la decisión del manejo oportuno para mejorar la atención del paciente. Si bien se puede considerar de forma oportuna tal como marca la normatividad, por el tiempo que se marca de 12 hrs, no se ve reflejado la realidad de la cual a veces es necesario dicha atención, si bien estadísticamente no fue significativo, es de importancia mencionarse.

Con respecto a la solución del problema solicitado, en su mayoría fueron resolutivas,

con al menos 2 interconsultas solicitadas, sólo en 12 casos, se necesitaron de 2 a 3 interconsultas para la solución del problema, sin embargo esto nuevamente no refleja el tiempo en horas que tardan los servicios interconsultados para la conclusión del problema, si bien la mayoría necesitó de 2 interconsultas, considerándose de forma oportuna el lapso de 12 hrs, se suma esto casi 1 día aproximadamente considerando que se envían 2 solicitudes para determinar la conclusión final. Ahora bien, tenemos que la mayoría de interconsultas fueron valoradas por médicos residentes, fueron así mismo resolutivas en un 66%, con una efectividad entre el 83-100%, siendo por puntaje establecido para medir la efectividad en su mayoría en muy buena la atención y resolución del problema solicitado.

En la violación del tratamiento de quimioterapia no hubo significancia estadística, solo en 4 interconsultas hubo modificaciones al protocolo de tratamiento, valorado por los servicios de Nefrología, Dermatología, Otorrinolaringología y Psiquiatría, debido a falla renal, farmacodermia, infección de senos paranasales y autismo, respectivamente, que condicionaron modificaciones a nuestros esquemas de quimioterapia.

## **CONCLUSIÓN**

En pacientes con padecimientos hematooncológicos (Leucemias Agudas, Leucemias Crónicas, Mieloma Múltiple y Síndromes Mielodisplásicos) sometidos a un programa de quimioterapia, el manejo suele ser multidisciplinario.

Debido a que sin una expresión o identificación clara del problema puede proponerse en ocasiones, la realización de acciones inapropiadas. Una perspectiva más específica de los problemas planteados puede llevar a su mejor entendimiento, a aquellos que deben ser resueltos y de las prioridades que deben tomarse en cuenta a la hora de resolverlos.

En el enfoque multidisciplinario cada disciplina individual se dedica a su área de especialidad, por lo que el trabajo requiere de una coordinación entre estos para lograr

la formación de un equipo de atención, cuyos miembros proporcionen cada uno, una perspectiva diferente de conocimientos, actitudes y habilidades para la integración de resultados y dentro de este contexto satisfacer las necesidades y mejora en la salud y calidad de vida del paciente

Motivo por el cual, se realizó este estudio para determinar la efectividad del apoyo multidisciplinario en los pacientes con padecimientos hematooncológicos en nuestro servicio.

Encontrándose que dicha efectividad es muy buena en la mayoría de las interconsultas solicitadas por el puntaje establecido.

Sin embargo este método de puntuación utilizando los parámetros de oportuno e inoportuno, puede mostrar ciertas desventajas debido a que al tener un parámetro de 12 hrs para considerar la valoración y al menos 2 interconsultas para la conclusión del problema suele ser muy ambiguo en algunos casos, sin embargo ante la dificultad de poder considerarse esto en horas, se estableció este tipo de medición para tratar de dar objetividad al estudio.

La mayoría de las valoraciones a pesar de que la normatividad establece que debe realizarse por un medico especialista, en el entedido que debe ser un médico adscrito, tan sólo la tercera parte cumplió este requisito, que no tuvo impacto en la resolución del problema puesto que la solución de los mismos se encontró entre el 83 al 100%. Evidenciando que tanto medico residente como medico adscrito son resolutivos.

Sin embargo se necesitó de al menos 2 interconsultas para la conclusión del motivo solicitado y tan solo en 8 casos se necesitó de 1 a 3 interconsultas y que sin embargo no fueron resolutivas o concluyentes.

En promedio para concluir una valoración fue de 1.28 días, máximo de 3 días. Sin embargo la mayoría se encontró en 2 días hábiles, pudiendo esto reflejar que

realmente las 12 hrs establecidas como optimo y oportuno en una interconsulta solicitada al especialista según la normatividad sale del contexto.

Los motivos de interconsulta mayormente solicitados fueron para diagnostico y tratamiento.

Sólo hubo 4 violaciones al tratamiento de quimioterapia sin valor estadisitico.

Finalmente la efectividad del manejo multidisciplinario en los pacientes con padecimientos hematooncológicos en nuestro CMN 20 de Noviembre según la normatividad establecida, fue muy buena, independientemente de si la valoración se realizaba por un médico adscrito o un médico residente, sin embargo, traspolado en días, se necesitó al menos 2 a 3 días hábiles para poder concluir el problema, demostrando que técnicamente el reglamento de Interconsultas se lleva a cabo, pero que en la práctica diaria, sabemos que la resolución en 2 días puede afectar el pronóstico del paciente por el impacto del retraso de la quimioterapia en la sobrevida de este tipo de pacientes pero que en el presente trabajo no se pudo demostrar.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DE BIOSEGURIDAD**

La información y datos obtenidos de los pacientes a través de los expedientes clínicos serán manejados con confidencialidad de acuerdo a los lineamientos marcados por el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (IFAI).

Se realizará este estudio de acuerdo a los principios éticos que se originan de la Declaración de Helsinki de 1964 enmendada por la Asamblea Médica Mundial 52<sup>a</sup>. Edimburgo/Escocia en el año 2000, que guía a los médicos o al personal de salud en la investigación a seres humanos garantizándose el respeto a los siguientes principios: beneficencia, respeto a la persona, respeto a la veracidad, respeto a la individualidad.

El estudio se ajustará al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud. Título segundo, Capítulo 1, Art. 17, referente a una “investigación sin riesgo”.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Reglamento de servicios médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado.

2. Mena Zepeda V. *Efectividad del apoyo multidisciplinario en el manejo de pacientes con padecimiento hematoncológicos, hospitalizados en el servicio de Hematología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre*, Trabajo de investigación, 2012.

3. *Norma Oficial Mexicana sobre el Expediente Clínico*. NOM -168-SSA1-1988.

4. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. *Clasificación estadística internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud*. Décima revisión, 1995, Vol. 1; pp 204-209.

5. Aguirre-Gas H, *Calidad de la atención médica. Bases para su evaluación y mejoramiento continuo*, México, Conferencia Interamericana de Seguridad Social-Noriega Editores, 3a. edición, 2002.

6. Suñol R, Bañeros J, *Calidad asistencial*, en J. Rodés y J. Guardia, *Medicina Interna*, 2004 tomo II; 8(26):3404-10, Barcelona, Edit. Masson.

7. Organización Mundial de la Salud (OMS), *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente*. Versión 1.1 Informe técnico definitivo, enero de 2009. [Acceso: 27-06-2012.]

8. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), *2000 Accreditation Standards; Standards Intents*, Oakbrook Terrace, 2000.

9. Gitlow H, Gitlow S, Oppenheim A, Oppenheim R. *Diagnosing a process. In : Tools and methods for the improvement of quality.* Boston: Irwin, 1989. Cap 12.
10. Leebow W, Ersoz CJ. *Tools for targeting improvements. In: The health care managers guide to continuous quality improvement.* Chicago: AHA, 1991. Cap 11.
11. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, editors. Institute of medicine, Committee on Quality of Health Care In America. *To Err is Human: Building a Safer Health System.* Washington, DC: National Academies Press, 2000.
12. Battles JB, Shea CE. *A system of analyzing medical errors to improve GME curricula and programs.* Acad Med 2001; 76: 125-133.
13. Castells Manuel, *La transición en la sociedad red*, Editorail Ariel, España, 2007.
14. Munch Galindo Lourdes, Evaluación y control de gestión: *La garantía de la productividad organizacional*, Editorial Trillas, México. 2005.