

11226
201
177
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

DELEGACION REGIONAL EN BAJA CALIFORNIA



**ALGUNOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA OPORTUNIDAD
Y CALIDAD DE ATENCION MEDICA EN EL SERVICIO DE
URGENCIAS ADULTOS DEL HOSPITAL GENERAL Z. II
No. 1 C/MF MEXICALI, BAJA CALIFORNIA**

TESIS:

**PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTADA POR:

DRA. ROSA MARIA MARTINEZ GARCIA

MEXICALI, B. C.

**TESIS CON FEBRERO 1985
FALLA DE ORIGEN**





UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

CONTENIDO	PAGS.
PROLOGO	v
INTRODUCCION	x
MARCO TEORICO	
Antecedentes Históricos	1
Definición de Conceptos	2
Utilización de los servicios de urgencias	3
Organización de los servicios de urgencias	5
Personal del servicio de urgencias	6
PROGRAMA DE TRABAJO	
Material	9
Método	10
RESULTADOS	11
CONCLUSIONES	78
COMENTARIOS	83
SUGERENCIAS	83
QUESTIONARIOS	85
APENDICE	92
BIBLIOGRAFIA	93

PROLOGO

Los métodos para proporcionar a los seres humanos los servicios médicos adecuados nunca son estáticos. Deben continuamente adaptarse a los patrones cambiantes producidos por las características sociales de la comunidad.

El hombre constantemente se ajusta al ambiente en que vive, y se ve afectado por el estado de salud de su familia y su comunidad.

Los cambios exigen una evaluación continua de la metodología en la creación y funcionamiento de los organismos diseñados por la sociedad. El tipo de organismo que se requiere, cambiará con los nuevos problemas y necesidades de la sociedad, siendo indispensable contar con personal adecuado para cumplir con las funciones que le son atribuibles. La eficacia y eficiencia de estos organismos, deben ser siempre vigilados para mantener una armonía entre los que los individuos requieren, y lo que la sociedad organizada puede brindarles.

Es conveniente emplear el conocimiento sobre las necesidades y las demandas del público hacia cada uno de los organismos creados por la sociedad.

Uno de los organismos creados dentro de nuestra sociedad, son los Hospitales de Seguridad Social, y dentro de ellos, los Hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Estos hospitales cuentan con muchas áreas de servicio, una de ellas la constituyen los servicios de urgencia. En estos servicios se atienden diferentes tipos de demanda. En general proporcionan una atención cuando el daño a la salud se ha generado, y este daño compromete o parece comprometer seriamente la vida del individuo.

Los servicios de urgencia también pueden ser analizados como un -
pequeño sistema, dentro del sistema mayor que es el hospital. Es decir
el servicio de urgencias tiene sus propias necesidades, recursos, método
dos de evaluación y sistemas de control.

Analizando el sistema de urgencias, se puede obtener una informa-
ción, que lo optimice con el resto del funcionamiento del hospital y -
logre así cumplir con la función para la cual ha sido creado.

INTRODUCCION

Como Residente de Segundo año de Medicina Familiar, a mi paso por el Servicio de Urgencias Adultos, del Hospital General Zona II, No. 1 c/Medicina Familiar de Mexicali, Baja California, he observado que la demanda de atención médica es elevada por parte de los pacientes, que sin ser su padecimiento una urgencia saturan el servicio, no permitiendo en determinado momento que se preste dicha atención en forma oportuna a pacientes que si lo ameritan. Además he visto que esto es fomentado por problemas en la organización de la consulta externa, repercutiendo en la atención de los pacientes, la funcionalidad del Servicio de Urgencias y la calidad de atención médica.

Con el presente estudio se pretende conocer algunos factores que influyen sobre la utilización de los servicios médicos, la calidad y oportunidad de la atención médica en el servicio de urgencias adultos.

En las últimas décadas se ha observado un aumento progresivo en los servicios de urgencias, siendo en algunos hospitales comunitarios de los Estados Unidos de Norteamérica un 8 % anual (1) y en el Departamento Nacional de Salud, se dieron 200 000 000 de consultas, de las que 60 000 000 se otorgaron en el Servicio de Urgencias, siendo solo el 20 % de estas últimas urgencias calificadas. (2)

Las hipótesis planteadas para este estudio, son las siguientes:

- 1.- De acuerdo a la incidencia de los motivos de consulta en el servicio de Urgencias Adultos, los pacientes atendidos en un mayor porcentaje no ameritan la atención de urgencia.
- 2.- En el Servicio de Urgencias, el porcentaje de atención de Urgencias calificadas es bajo.

- 3.- Factores como problemas en la organización de la consulta externa, influyen en forma directa para que el paciente sea visto en el Servicio de Urgencias Adultos.
- 4.- El mayor porcentaje de pacientes que acuden al Servicio de Urgencias proceden derivados de la consulta externa.
- 5.- La calidad de atención médica del Servicio de Urgencias Adultos es inadecuada, ya que los conocimientos de los médicos — que laboran en dicho servicio son pobres para la atención de urgencias calificadas o padecimientos que ameritan la aten—ción inmediata.
- 6.- En el Servicio de Urgencias Adultos, la oportunidad de aten—ción médica es inadecuada por la demanda de atención para los casos de urgencia.
- 7.- La demanda de atención médica del Servicio de Urgencias es mayor en el turno vespertino, en el horario que corresponde al inicio y fin de atención en la consulta externa, los sábados, domingos y días festivos.

Siendo los objetivos a investigar:

- 1.- Determinar la incidencia de los motivos de consulta en el Servicio de Urgencias Adultos.
- 2.- Determinar el porcentaje de Urgencias calificadas atendidas — en el servicio.
- 3.- Investigar los factores que influyen para que el paciente acuda al Servicio de Urgencias.

- 4.- Registrar el lugar de procedencia de los pacientes.
- 5.- Valorar la calidad de atención médica en el servicio de Urgencias.
- 6.- Valorar la oportunidad de atención médica en cuanto a la demanda de consulta y los casos de urgencia.
- 7.- Registrar la demanda de atención médica en cuanto al horario, turno, días hábiles y festivos.

Esta investigación tiene como finalidad conocer el funcionamiento actual del servicio de urgencias de adultos en el Hospital General de Zona II, No. 1 de Mexicali, B.C., y con ello detectar los factores que influyen en el cumplimiento ó no de su función.

MARCO TEORICO

ANTECEDENTES HISTORICOS

El nacimiento de los servicios de urgencias apareció en el siglo pasado, como una necesidad para la atención de pacientes, que por el género de su trabajo, se encontraban expuestos a un gran riesgo de sufrir accidentes.

El primer "Servicio de atención de accidentes" se fundó en 1888, en el puerto de Liverpool, creado por la gran demanda que se generó de los accidentes producidos en el proyecto del "Manchester Ship Canal".

(3)

No es, sino hasta 1966 que en Estados Unidos de Norteamérica, se observó la necesidad de crear servicios para la atención de pacientes traumatizados debido a un gran aumento de las muertes e incapacidades producidas por los accidentes sufridos en su sociedad y además tomando la experiencia de las guerras de Vietnam y Korea, en donde se observó que la atención inmediata o la aplicación adecuada de los primeros auxilios salvó muchas vidas mientras que estos hombres eran trasladados a los centros de atención médica. Iniciándose entonces la primera unidad para la atención de accidentados, con su departamento de transporte y un sistema de comunicación con los paramédicos. (4,5)

Así se han venido creando servicios de urgencias con diferentes nombres y no solo en estos países, sino en todo el mundo. Su estructura y funcionamiento ha variado con las nuevas necesidades y problemas de la sociedad y su desarrollo se encuentra ligado al desarrollo de la nueva tecnología. Actualmente los servicios de urgencias no solo atienden pacientes accidentados, también dan servicio a los que presentan un padecimiento que pone en peligro su vida.

En Estados Unidos de Norteamérica, existe un congreso que revisa las demandas de los servicios de urgencias para tener una mejor obertura, legislar y autorizar el presupuesto para el desarrollo del sistema de los servicios de urgencias. Este sistema cuenta con servicios bien equipados para resolver cualquier problema que se presente, un servicio de transporte con una red de ambulancias bien equipadas, personal paramédico entrenado para brindar atención inmediata y además comunicar el estado del paciente a la base hospitalaria por medio de un sistema de radio con una frecuencia exclusiva para estos servicios. En los hospitales el personal médico y de enfermería ha sido preparado para dar la atención de Urgencias. (5, 6, 7, 8)

DEFINICION DE CONCEPTOS

El servicio de urgencias se define como un departamento médico que tiene como objetivo la estabilización de una enfermedad o lesión que pone en peligro la vida del paciente.

Se considera una urgencia un trastorno fisiológico generalmente agudo, potencialmente letal, que requiere atención inmediata, y se clasifican en mayores y menores según su gravedad, considerando la mayores como urgencia calificada y las menores, como aquellas que ameritan la atención de urgencia sin que en esos momentos esté comprometida la vida del paciente. (9, 10)

La consulta externa es el sitio en el cual se proporciona atención médica a pacientes ambulatorios por el médico familiar dentro de un horario ya establecido por la institución. Para obtener esta atención se requiere que los derechohabientes acudan en días hábiles, solicitar la consulta con la asistente de consultorio quince minutos antes del horario que tiene el médico para dar la atención, presentar su tarjeta de citas.

El médico familiar es un especialista en amplitud que se vale de muchas disciplinas para proporcionar atención médica primaria a todos los miembros de la familia, ejerciendo su acción sobre necesidades — biológicas, sociales y psicológicas de los individuos que actúan en — grupos sociales cuya unidad fundamental es la familia. (11)

UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

El servicio médico de urgencias es uno de los departamentos de — atención médica más importantes dentro de un centro hospitalario y po demos considerar que el prestigio de un hospital se refleja por el nú mero de pacientes en consulta externa y por el servicio de su departamen to de urgencias; en lugar del número de camas y pacientes por día.

Este servicio está considerado por un lugar especial dentro del hospital en el que un equipo médico bien adiestrado que maneja materi al y técnicas especializadas, está preparado para tratar la urgencia su utilización creciente lo ha convertido en punto clave, por lo que — debe comprender el mejor personal, las mejores facilidades, el mejor — equipo y el mejor local, debe ser un lugar donde el paciente sienta — que es cuidado con dignidad y comprensión.

Siempre queda la duda de que es una urgencia y en muchos casos — la respuesta es obvia, algunos autores plantean de que es una urgencia si el enfermo lo cree. Se debe establecer el diagnóstico y luego decidir la acción necesaria para establecer el tratamiento de urgencia o — utilizar la destreza y delicadeza para disipar los miedos imaginarios del paciente.

El servicio de urgencias se ha convertido en el refugio de los — que tienen un accidente, molestia por la noche, fin de semana o no al canzar consulta con su médico familiar. (1)

El uso inadecuado de los servicios de urgencias, propiciado por múltiples motivos que han fomentado el incremento de la demanda de atención médica, se ha acentuado en la última década, observando que sólo el 20 % de la atención prestada son urgencias calificadas. (1, 2, 12, 13). La atención otorgada a los pacientes que no representan una urgencia en este servicio, es bien vista por estos, ya que se les resuelve su problema en forma rápida, al igual que por algunos médicos familiares ya que se les reduce el número de consultas; sin embargo esto ocasiona mayores gastos, en una comunidad de Estados Unidos, se realizó un estudio observando que se perdía un costo aproximado de ocho dólares por persona vista en este servicio sin ameritarlo, y extrapólandolo a todo el país la suma era de dos billones anuales. (13), si a esto agregamos que de todas formas se envía al paciente con su médico familiar con el fin de que complete el tratamiento o realice el seguimiento del caso en forma subsecuente, no solo se eleva el costo del manejo de un paciente, sino que también se duplica el trabajo y por ende los esfuerzos.

Cuándo la atención prestada por el médico familiar o especialista es adecuada, es obvio que la calidad de atención médica es mayor, ya que conoce al paciente en cuanto a su padecimiento y evolución; lo que es imposible saber en una sola visita al servicio de urgencias y en ocasiones, cuando es necesario, se solicitan estudios de laboratorio que ya fueron realizados por el médico familiar y que por no contar con el expediente clínico se desconocen elevando aún más el costo de su atención. (13)

Lo anterior crea un círculo vicioso, al otorgar la atención médica urgente a quien no lo amerita, en forma rápida volverá nuevamente al servicio, sin solicitar atención de consulta externa o bien por no alcanzar consulta y evitarse los trámites para recibir atención del médico familiar o especialista.

ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Es importante que cualquier hospital, por pequeño que sea, tenga un servicio de urgencias que labore las 24 horas del día de todos los días del año.

Como con frecuencia los pacientes llegan al servicio de urgencias en camilla o silla de ruedas, es conveniente que a la entrada exista un andén para la descarga de ambulancias o una rampa. (14)

El departamento de urgencias debe tener una disposición tal que permita un acceso fácil del exterior, debe contar con una sala de espera y puesto de control, consultorios y cuartos de curación, cubículos de observación y aislamiento para hombres y mujeres, cuarto séptico, lugar de trabajo para enfermeras, tizanería, cuarto de aseo, sanitario con baño integral, lugar para guardar aparato de Rx portátil, cuarto oscuro anexo, laboratorio de emergencia, reserva de sangre, cuarto de descanso para el médico con sanitario, en área vecina el servicio de admisión para aprovechar el servicio. (9)

Un moderno y bien equipado servicio de urgencias consta con los aparatos necesarios para reanimación, resuscitación, operaciones de urgencia, medio de transporte de enfermos como: ambulancias bien equipadas para hacer una valoración integral y adecuada de los pacientes desde el primer momento, las cuales deben contar con electrocardiógrafo, equipo para reanimación y carro rojo de medicamentos así como personal paramédico entrenado para resolver los problemas de urgencia calificada desde su inicio, en caso de no existir este personal es recomendable dar este entrenamiento a los ambulantes mismos que contarán con un sistema de comunicación efectivo, con una base ubicada en el hospital. (5, 6, 7, 8, 14)

El departamento de admisión vecino al de urgencias, tendrá cubículos y baños para hombres y mujeres. La admisión a hospitalización se debe hacer de acuerdo a la gravedad del paciente ingresándose al servicio las urgencias calificadas y en segundo término a los que no presenten una urgencia pero ameritan la atención del servicio, realizando — por último la admisión electiva en la que no hay ningún apremio y en forma directa al hospital sin pasar por el servicio de urgencias. (9)

Cuando se ingresan pacientes al servicio de urgencias para observación, deben permanecer un lapso de 24 a 48 horas, tiempo en el que se elaborará el diagnóstico, ayudado por el laboratorio y gabinete de urgencias e instituir tratamiento, así como tomar la decisión de internar al paciente o darlo de alta. Cuando después de las 48 horas no se ha llegado a un diagnóstico, el paciente debe internarse a piso para su estudio y tratamiento, de lo contrario la sala de urgencias se convierte en una sala de hospitalización más y se mantienen ocupadas las camas que en determinado momento se pueden necesitar para una verdadera urgencia. (9)

PERSONAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS

El médico de urgencias es el que dirige el funcionamiento de este servicio. Es necesario que sean un médico especializado con conocimientos sobre diagnóstico y tratamiento del enfermo grave.

Estos médicos deben tener espíritu de trabajo en equipo, ya que es realmente necesario cuando se trata de atender con efectividad una verdadera urgencia.

Se ha referido que para una adecuada atención de los pacientes se requiere de médicos generales en número suficiente para dar atención a toda clase de derechohabientes, con apoyo permanente de uno o dos médicos de cada una de las especialidades. (1)

Dentro del campo de trabajo del médico familiar se encuentran los servicios de urgencias con asesoría de los médicos especialistas. (15)

En algunos países como Estados Unidos de Norteamérica, existe la especialidad de urgencias, la cual se realiza en dos a tres años y es posterior al internado. (4)

En casi todos los hospitales el servicio de urgencias como todos los demás servicios dependen de sus médicos becarios para dar cobertura de sus necesidades.

El número de médicos debe ser tal que asegure que los pacientes sean vistos durante los 15 minutos de su llegada como tiempo máximo. En un servicio de urgencias sobrecargado es prácticamente imposible, además de que en una urgencia verdadera 15 minutos es mucho tiempo y pueden ser fatales, por lo que es importante establecer a quién se le debe atender con prioridad y evitar las consultas subsecuentes que deberán ser realizadas en consulta externa. (1)

En cuanto al personal de enfermería, este debe ser suficiente, ser tituladas y permanecer de base en el servicio, las cuales con su preparación podrán dar una atención rápida adquirida con la experiencia, toma de signos vitales, instalación de soluciones parenterales, administración de medicamentos y cuidados generales, a este personal no deberá sobrecargarse con trabajo administrativo ni burocrático.

La recepcionista del servicio es el primer contacto con el paciente y es preciso que lo reciba en forma atenta lo cual ayudará a dar tranquilidad al paciente y sus familiares. Dentro de sus funciones están: el registro del paciente y si el caso lo amerita ingreso al hospital, realizar todos los trámites necesarios y quizá la función más importante es dar información a los familiares del estado de su enfermo.

El servicio de urgencias debe estar perfectamente relacionado con los demás departamentos del hospital y solicitar su ayuda en caso necesario; uno de los más solicitados son los departamento de laboratorio y gabinete que preferentemente deben estar incluidos en el área del — servicio de urgencias y/o en su defecto exista un apartado dentro de — estos departamentos para realizar los estudios solicitados por el ser- vicio de urgencias.

En algunos estudios se ha comprobado que el apoyo de paraclínicos de laboratorio y gabinete en un gran porcentaje no son tan importantes y no ayudan a establecer el diagnóstico más que en una mínima parte de los pacientes, reflexionaron que una historia clínica completa y bien hecha así como una exploración física completa y experta son mas importantes para la valoración del paciente en forma pronta e iniciar tratamiento temprano. (16, 17, 18, 19)

PROGRAMA DE TRABAJO

MATERIAL

Para la realización del presente estudio, se contó con un Médico Residente del segundo año de la Especialidad de Medicina Familiar, — quién es la investigadora del tema.

Un médico familiar de base egresado de la Residencia de Medicina Familiar como asesor del trabajo.

Quince médicos que laboran en el servicio de urgencias tanto de base como de substitución, dos de ellos egresados de la Residencia de Medicina Familiar y trece médicos generales, para integrar el grupo en estudio de los médicos de urgencias.

Quince médicos Residentes de primero y segundo año de la Residencia de Medicina Familiar para integrar un grupo control.

Trescientos ochenta y cuatro pacientes atendidos en el servicio de urgencias adultos del Hospital General de Zona II, No. 1 c/Medicina Familiar en Mexicali, B.C. como una muestra representativa del universo de los pacientes que recibieron atención médica durante el período en estudio.

Las formas 4-30-6/72 del servicio de urgencias adultos del período en estudio.

Las formas 4-30-29/72 del servicio de urgencias adultos de abril a julio de 1984.

Un cuestionario elaborado por la investigadora, destinado a los -

pacientes estudiados del servicio de urgencias.

Un cuestionario destinado al grupo en estudio de médicos en el servicio de urgencias y para los médicos residentes integrantes del grupo control.

Se utilizó el mimeografo del Departamento de Enseñanza e Investigación, hojas, lápices y máquina de escribir. El tiempo del estudio — fué del 1° de abril al 30 de septiembre de 1984.

METODO

Para llevar a cabo el presente estudio, se aplicó una encuesta a una muestra representativa del universo de la población atendida en el servicio de urgencias, correspondiente al 2 % del total de consultas — esperadas para el período del primero de abril al 30 de septiembre de 1984 con técnica al azar.

Se realizó una encuesta a los médicos del servicio de urgencias — adultos, en forma al azar, incluyendo a los médicos de base y substitución, formando un grupo de quince médicos en total y se comparó el resultado con el de un grupo control integrado por quince médicos residentes de primero y segundo año de Medicina Familiar tomados al azar. La encuesta se elaboró sobre los padocimientos que son urgencia o ameritan la atención urgente y que más frecuentemente son atendidos en el servicio sin que necesariamente estén dentro de las diez causas principales de consulta.

Se revisaron las formas 4-30-6/72 del servicio de urgencias adultos, previo ordenamiento cronológico, seleccionando una de cada 50 consultas otorgadas en forma sistemática y al azar correspondiente al 2 % del universo de la población atendida en el servicio de urgencias para

determinar la incidencia de motivos de consulta, el número de consultas otorgadas en los diferentes turnos, los días hábiles, sábados domingos y festivos.

Se recabó la hora de llegada de los pacientes, registrada en las 4-30-29 por las señoritas recepcionistas para determinar la hora de mayor demanda de atención médica durante el día.

RESULTADOS

Dentro de las diez principales causas de consulta del servicio de urgencias adultos, representadas en el cuadro No. 1 y la gráfica No. 1, podemos observar que las heridas ocupan el primer lugar y demandaron 77 consultas (20.1 %), siguiendo en orden de frecuencia en forma decreciente, las contusiones con 65 consultas (16.9 %), gastroenteritis infecciosas con 38 (9.9 %), faringitis aguda 37 (9.6 %), — fracturas 30 (7.8 %), amigdalitis aguda 27 (7.0 %), gastritis 19 (4.9 %), hipertensión 18 (4.7 %), esguinces 17 (4.5 %) y cefaléa 15 (3.9%) ocupando 41 consultas (10.7 %) las demás causas y representando así — las 384 consultas (100.0 %) que constituían la muestra representativa del universo.

Si agrupamos por causas y aparatos los motivos de atención médica podemos observar que las heridas y las contusiones motivaron 142 — atenciones que representaron el 36.97 % de la muestra. Al analizar — los expedientes de estos casos, queda claro que las heridas y las contusiones fueron solo de la piel y tejido celular subcutáneo; algunas heridas requerían pequeñas suturas, y las contusiones fueron estudiadas con Rx aunque clínicamente no lo ameritaron, por ser en su mayoría accidentes de trabajo o implicar por lo tanto un trámite legal en su — evaluación. Ninguna de estas lesiones es una urgencia mayor y ninguna de ellas comprometió la vida del paciente ni la función de un órgano.

En el otro grupo de causas los trastornos infecciosos del aparato gastrointestinal y las vías respiratorias altas, demandaron 102 - - atenciones (26.56 %). Cuando se revisaron las notas médicas y además - se valoró algunos de estos pacientes por nosotros mismos, hubo un criterio uniforme, ninguno de ellos presentó complicaciones médicas ó qui rúrgicas. Por lo tanto no fueron urgencias mayores y muchos de ellos - no ameritaban una evaluación urgente.

Las gastroenteritis complicadas con complicaciones médicas ó qui rúrgicas no están incluídas en este grupo que representa la causa No.3 con un 9.9 %.

Las lesiones del aparato locomotor más frecuentes fueron representadas las fracturas y los esguinces con 47 consultas (12.23 %), siendo más frecuentes las primeras. En este grupo se incluyeron todas las - - fracturas excepto las de cráneo. Estas fracturas fueron comunmente de huesos largos, fundamentalmente de dedos, antebrazo y pierna. En todos estos casos se realizó estudio de Rx y se solicitó interconsulta a Ortopedia solo en aquellas que ameritaban tratamiento especializado.

La hipertensión arterial es el único estado morboso del aparato - cardiovascular que aparece dentro de las diéz primeras causas de atención y están aquí solo consideradas las crisis hipertensivas. Debemos señalar que existe gran discrepancia entre el personal médico de urgen cias para calificar una crisis hipertensiva, al revisar las notas médi cas, interrogar y explorar a algunos pacientes de los estudiados, en- contramos que algunos de ellos fueron calificados de presentar crisis hipertensivas por el sólo hecho de registrarles cifras diastólicas ele vadas de más de 95 mm de Hg y sin síntomas clínicos. Pero aun así se - respetó el diagnóstico realizado por el médico que atendió al paciente.

La cefalea, última causa de atención, ocupando el décimo lugar,

CUADRO No. 1

DIEZ PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS.

H.G.Z. C/M.F. No.1, MEXICALI, B.C.

DE ABRIL A SEPTIEMBRE DE 1984

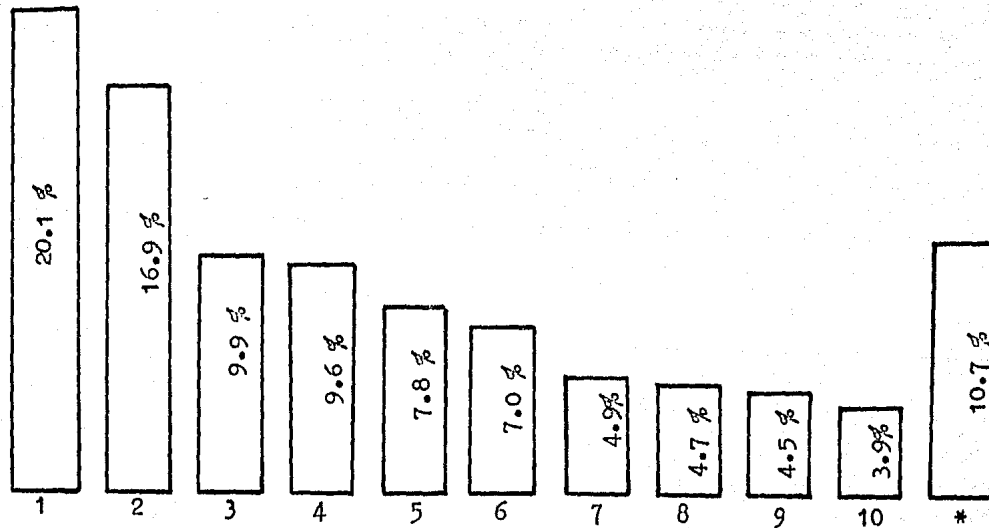
No.de orden	C A U S A S	Clave C.I.E.	No. de casos	%
1	HERIDAS	870-894	77	20.1
2	CONTUSIONES	910-929	65	16.9
3	GASTROENTERITIS INFECCIOSA	008-009	38	9.9
4	FARINGITIS AGUDA	462	37	9.6
5	FRACTURAS	800-829	30	7.8
6	AMIGDALITIS AGUDA	034,463	27	7.0
7	GASTRITIS	535	19	4.9
8	HIPERTENSION	401-405	18	4.7
9	ESGUINCE	840-848	17	4.5
10	CEFALEA	784	15	3.9
LAS DEMAS CAUSAS			41	10.7
TOTAL			384	100.0

FUENTE: F-4-30-6/72 DEL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS

DIEZ PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS

H.G.Z. C/M.F. No. 1, MEXICALI, B.C.

DE ABRIL A SEPTIEMBRE DE 1984



NOTA: * DEMAS CAUSAS DE CONSULTA

FUENTE: CUADRO No. 1

incluye unicamente los casos en que registró cefalea como síntoma aislado, sin ninguna otra manifestación ó signo de enfermedad de algún aparato o sistema. Estos pacientes no requirieron de ningún estudio especial, ni ameritaban la evaluación del servicio de urgencias.

En el cuadro No. 2, representado en la gráfica No. 2, observamos los resultados que se obtuvieron cuando el médico de urgencias calificó la atención que había proporcionado; puede observarse que los médicos del servicio de urgencias consideraron, en total de los pacientes estudiados, solo un 5.21 % (20 consultas) como urgencia calificada, el 20.57 % (79) de las solicitudes, como meritorias de la atención del servicio de urgencias y que el 74.22 % (285) de las atenciones dadas eran consultas no urgentes y por lo tanto no ameritaban la atención del servicio de urgencias.

Con lo anterior nos podemos dar cuenta que el número de urgencias calificadas, atendidas en el servicio de urgencias adultos, es reducido y aún menor en relación a la bibliografía consultada.

En el cuadro No. 3, representado en la gráfica No. 3, se encuentra registrado el lugar de procedencias de los pacientes que solicitan atención en el servicio de urgencias adultos, obtenido de la encuesta practicada a los pacientes del grupo en estudio, posterior a recibir la atención médica. La mayoría, 123 (32.0 %), de los pacientes proviene de su domicilio, pero las diferencias con las otras fuentes de procedencia no son grandes y así podemos ver, que un porcentaje muy cercano, 73 (19.0 %), provienen de su trabajo y otros de la propia unidad, enviados de la consulta externa por el médico familiar ó especialista 89 (23.2 %) y otros por el médico coordinador de la consulta externa - 99 (25.8 %) de los pacientes.

Si los agrupamos como pacientes que vienen de fuera de la unidad

CUADRO No. 2

CONSULTAS OPORTUNAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS Y SU CALIFICACION DE URGENCIA DADA POR LOS MEDICOS DEL SERVICIO.

H.G.Z. C/M.F. No. 1 MEXICALI, B.C.

DE ABRIL A SEPTIEMBRE DE 1984

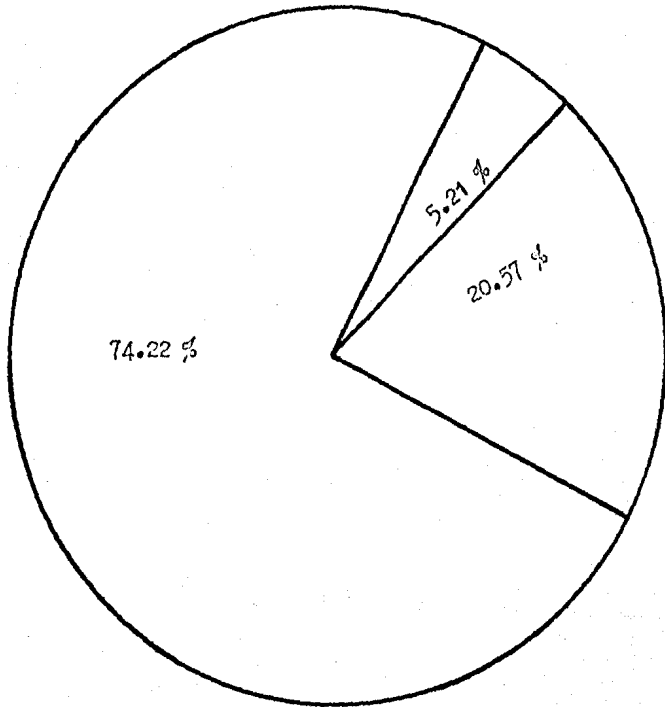
CALIFICACION	NUMERO	%
URGENCIA CALIFICADA	20	5.21
AMERITARON LA ATENCION DE URGENCIAS	79	20.57
CONSULTAS NO URGENTES	285	74.22
TOTAL	384	100.0

FUENTE: DIRECTA

GRAFICA No. 2

CONSULTAS OTORGADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS Y SU CALIFICACION DE URGENCIA - DADA POR LOS MEDICOS DEL SERVICIO.

H.G.Z. C/M.F. No. 1, MEXICALI, B.C.
DE ABRIL A SEPTIEMBRE DE 1984



FUENTE: CUADRO No. 2

y otros, que vienen de dentro de la unidad, podemos observar que 196 (51.0 %) son externos y 188 (49 %) procedentes de la consulta externa de la unidad, unos, aproximadamente la mitad de ellos enviados por el médico familiar ó no familiar y la otra mitad por el médico coordinador de la consulta externa.

Aquí parece ser que un grupo de pacientes sienten la necesidad de acudir de su domicilio al servicio de urgencias; pero otros en igual número es generado por los propios médicos de la consulta externa.

El tiempo promedio de espera para recibir consulta en el servicio de urgencias adultos se representa en el cuadro No. 4 y gráfica No. 4, podemos observar que el rango de espera fué de 11 a 23.6 minutos por paciente, siendo para las urgencias calificadas un promedio de 11.2 minutos, para aquellos que ameritaron la atención de urgencia fué de 15.47 minutos y para los que no ameritaron atención de urgencia el tiempo promedio de espera fué de 23.6 minutos.

Con lo que nos damos cuenta que el tiempo de espera de un paciente, que solicita atención en el servicio de urgencias, y que tiene una urgencia calificada es breve y su promedio es menor que el considerado en las referencias de acuerdo a las normas establecidas por diferentes autores, y los pacientes que ameritan la atención sin ser urgencias aún, caen dentro de este tiempo promedio ideal. Si analizamos el tiempo que tuvieron que esperar todos aquellos pacientes que no ameritaron la atención, podemos ver que el promedio no fué mayor de 25 minutos. Este hecho podría ser significativo, de la alta demanda que este tipo de pacientes hace, considerando que en el servicio de consulta externa de medicina familiar, los tiempos de espera nunca son inferiores a 30 minutos, esto es considerando que un paciente debe acudir a consultar su atención 30 minutos antes de iniciar las ac-

CUADRO No. 3

PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS.

H.G.Z. C/M.F. No. 1, MEXICALI, B.C.

DE ABRIL A SEPTIEMBRE DE 1984

PROCEDENCIA	NUMERO DE CASOS	%
SU DOMICILIO	123	32.0
SU TRABAJO	73	19.0
ENVIADO POR SU MED. FAM. O ESPECIALISTA	89	23.2
ENVIADO POR EL COORDINADOR DE LA CONS. EXTERNA	99	25.8
TOTAL	384	100.0

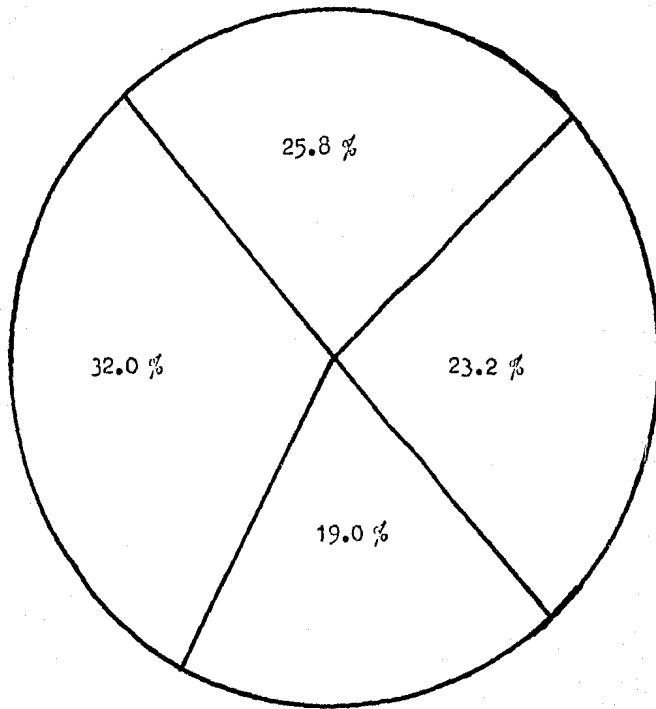
FUENTE: DIRECTA

GRAFICA No. 3

PROCEDECIA DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO
DE URGENCIAS ADULTOS.

H.G.Z. C/M.F. No. 1 MEXICALI, B.C.

DE ABRIL A SEPTIEMBRE DE 1984



FUENTE: CUADRO No. 3

tividades en el turno de consulta que requiere. Sin embargo, aunque - no tenemos información exacta es un hecho de observación, que muchos pacientes acuden varias horas antes de iniciar los horarios de consulta, en espera de ser admitidos en la relación de pacientes, que van a ser vistos en el turno inmediato, y algunos de ellos desde el momento que entregan su solicitud de consulta, hasta el momento en que son pasados al consultorio algunos de ellos cercanos al final del turno de - consulta, estos pacientes habrán permanecido, en espera de su atención muy probablemente más de dos horas. Sin mencionar a los que no son admitidos en la relación de pacientes y deberán esperar ser vistos hasta el siguiente turno o el día siguiente.

En el cuadro No. 5, podemos observar que el tiempo de evolución - de los pacientes procedentes de su domicilio y que presentaron urgen- cias calificadas, va desde menos de una hora hasta treinta días, en ambos extremos un solo caso. La mayoría de los pacientes, 5 (55.5 %), tenían un tiempo de evolución de 1 a 24 horas, que 3 (33.3 %) con evolu- ción de 1 a 8 horas. En ninguno de estos casos el paciente había pre- viamente acudido a solicitar consulta externa.

Los pacientes enviados por el coordinador de la consulta externa que presentaron una urgencia calificada fueron solamente 3 (15 %), y en ellos el tiempo de evolución de su padecimiento iba desde una hora hasta 10 días. Recordando, como lo muestra el cuadro No. 3, que el médico coordinador de la consulta externa envió a 99, nos damos cuenta que solo el 3.03 % justifican su atención como urgencia calificadas. Si aplicamos el mismo análisis para los pacientes procedentes de su domicilio 123, 9 de ellos hacen un 7.3 % que justifican su atención.

Los médicos especialistas familiares y no familiares enviaron 6 - (30 %) de las urgencias calificadas y la evolución del padecimiento en estos casos tenía un rango desde 8 horas hasta más de 30 días. Ninguno

CUADRO No. 4

TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA RECIBIR ATENCION MEDICA Y LA DEMANDA DE CONSULTA POR CLASIFICACION DE URGENCIA, EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS.

H.G.Z. C/M.F. No. 1, MEXICALI, B.C.

DE ABRIL A SEPTIEMBRE DE 1984

CALIFICACION	NUMERO DE CASOS	%	MIN. * PROMEDIO
URGENCIA CALIFICADA	20	5.2	11.02
AMERITARON ATENCION DE URGENCIA	79	20.5	15.47
NO AMERITARON ATENCION NI FUERON URGENCIAS CALIFICADAS	285	74.3	23.6
TOTAL	384	100.0	

NOTA: * TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA POR PACIENTE

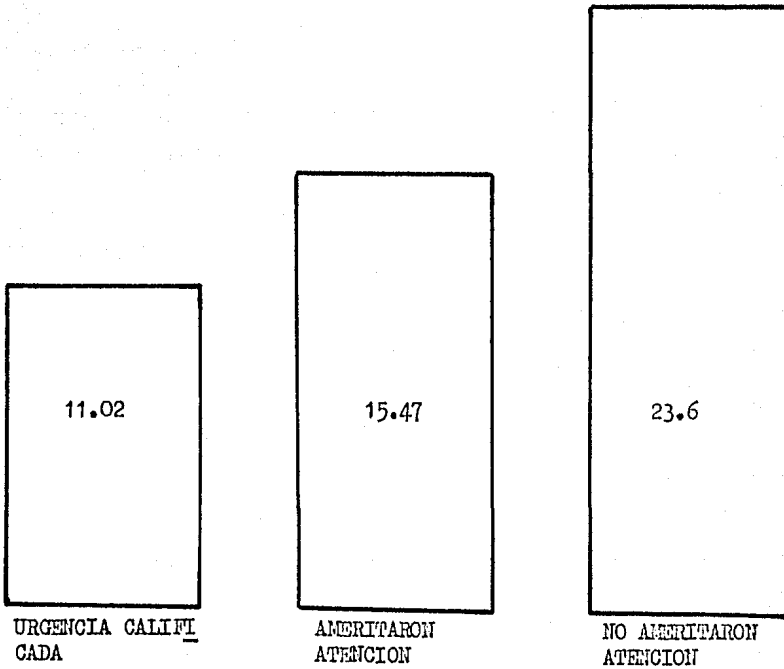
FUENTE: DIRECCIA

GRAFICA No. 4

TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA RECIBIR ATENCION MEDICA Y LA DEMANDA DE CONSULTA POR CLASIFICACION DE URGENCIA, EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS.

H.G.Z. C/M.F. No. 1, MEXICALI, B.C.

DE ABRIL A SEPTIEMBRE DE 1984



FUENTE: CUADRO No. 4

de ellos tenía menos de 8 horas de evolución. Estos pacientes representan el 6.74 % del grupo enviado por los médicos de la consulta externa, un porcentaje similar a los provenientes de su domicilio y muy superior a los enviados por el coordinador de la consulta externa.

En cuanto a los pacientes provenientes de su trabajo los dos que fueron urgencia calificada el tiempo de evolución varió de menos una hora a 8 horas; y representan el 2.73 % de los enviados de su trabajo.

En el cuadro 6, referente al tiempo de evolución del padecimiento motivo de la consulta y que ameritaron la atención de urgencias — sin ser una urgencia mayor, se vió que la mayoría de los pacientes, — 38 (48.10 %), provienen de su trabajo, 15 de ellos (39.47 %) con evolución de 1 a 8 horas, 9 (23.68 %) tenían menos de 1 hora, 7 (18.4 %) entre 8 y 24 horas, y el mismo porcentaje entre 8 y 10 días, 24 (63.15 %) no tenían una evolución mayor a 8 horas y 31 (81.57 %) tuvieron una evolución menor de 24 horas.

De los que vinieron de su domicilio 17 (21.51 %) tuvieron un rango de evolución de menos de 1 hora hasta 30 días 6 (35.29 %), de 1 a 8 horas, 5 (21.41 %) de 1 a 10 días y 4 (23.52 %) de 10 a 30 días, solo 1 (5.88 %) menos de 1 hora y otro entre 8 y 24 horas. Es de hacer notar que 9 pacientes (52.94 %) tenían entre 1 a 30 días de evolución.

De los enviados por el médico coordinador de la consulta externa 8 ameritaron atención (10.12 %) y de ellos 3 (37.5) habían evolucionado entre uno y 10 días, 4 (50 %) de 10 a 30 días y solamente uno — (12.5 %) de 8 a 24 horas.

Cuando los pacientes procedían de médico familiar o especialista 16 (20.25 %) ameritaron atención, con rango de evolución de 1 hora a —

CUADRO No. 5

URGENCIAS CALIFICADAS. SEGUN EL TIEMPO DE EVOLUCION DEL PADECIMIENTO Y PROCEDENCIA - DE LOS PACIENTES.

H.G.Z. C/M.F. No. 1, MEXICALI, B.C.

DE ABRIL A SEPTIEMBRE DE 1984

PROCEDENCIA	TIEMPO DE EVOLUCION DEL PADECIMIENTO						TOTAL	%
	- 1 Hra.	1 a 8 Hrs	8 a 24Hr	1 a 10d	10 a 30d	+ 30 d		
DOMICILIO	1	3	2	2	1	0	9	45
ENVIADO POR C.C.E. **	0	1	1	1	0	0	3	15
ENVIADO POR M.F. ó ESP.*	0	0	1	2	0	3	6	30
TRABAJO	1	1	0	0	0	0	2	10
TOTAL	2	5	4	5	1	3	20	100

CLAVE: ** C.C.E. COORDINADOR DE LA CONSULTA EXTERNA
 * M.F. ó ESP. MEDICO FAMILIAR O ESPECIALISTA

FUENTE: DIRECTA

más de 30 días. La mayoría 6 (37.5 %) de 1 a 10 días, 4 (25.0 %) con más de 30 días, 3 (18.74 %) de 8 a 24 horas y 2 (12.5 %) de 10 a 30 días y solo 1 (6.25 %) con evolución no mayor de 8 horas.

De este cuadro se desprende que los pacientes que ameritan atención de urgencia son fundamentalmente procedentes de su trabajo y la mayoría tienen evolución menor de 8 horas, lo cual podría explicar lo agudo del cuadro y que está relacionado con leves accidentes de trabajo.

Quando los pacientes vienen de su domicilio tienen evolución corta, la mayoría de ellos menor de 24 horas, sin embargo un número no despreciable ha cursado enfermos hasta por un mes. Los pacientes que envía el coordinador de la consulta y que justifican su atención es el menor de todos los grupos y la mayoría (50 %) tienen evolución mayor de 10 días.

En el cuadro No. 7 podemos ver que la mayoría de los pacientes proceden de su domicilio, pero las diferencias con los otros sitios de procedencia, como los enviados por el coordinador de la consulta externa, 88 (30.87%), y los enviados por el médico familiar y especialista 67 (23.50 %), no parecen muy notables, no así los que proceden de su trabajo, 33 (11.57 %) y los de su domicilio, 44 (44.32 %), que no ameritan la atención de urgencias ni son urgencias mayores. De los provenientes de su domicilio la mayoría tiene evolución de 10 o más días, lo que nos habla de estados morbosos crónicos. Se ampliamos el tiempo de evolución de 1 o más de 30 días, podemos observar que la mayoría de los pacientes, 74 (76.28 %) de los procedentes de su domicilio caen en este período, 76 (86.36 %) de los enviados por el médico coordinador de la consulta externa 55 (82.08 %), de los enviados por el médico familiar o especialista y 20 (60.60 %) de los que vienen de su trabajo.

CUADRO No. 6

PACIENTES QUE AMENITARON ATENCION DE URGENCIAS. SEGUN EL TIEMPO DE EVOLUCION DEL PADECIMIENTO Y PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES.

H.G.Z. C/M.F. No. 1, MEXICALI, B.C.

DE ABRIL A SEPTIEMBRE DE 1984

PROCEDENCIA	TIEMPO DE EVOLUCION DEL PADECIMIENTO						TOTAL	%
	- 1 Hr	1 a 8 hr	8 a 24 Hr	1 a 10 d	10 a 30d	+ 30 d		
DOMICILIO	1	6	1	5	4	0	17	21.52
ENVIADO POR C.C.E. **	0	0	1	3	2	2	8	10.12
ENVIADO POR M.F. ó ESP.*	0	1	3	6	2	4	16	20.26
TRABAJO	9	15	7	7	0	0	38	48.10
TOTAL	10	22	12	21	8	6	79	100.00

CLAVE: ** C.C.E. COORDINADOR DE LA CONSULTA EXTERNA
 * M.F. ó ESP. MEDICO FAMILIAR O ESPECIALISTA

FUENTE: DIRECTA

CUADRO No. 7

PACIENTES QUE NO AMERITARON LA ATENCION DE URGENCIAS SEGUN EL TIEMPO DE EVOLUCION DEL --
PADECIMIENTO Y SU PROCEDENCIA.

H.G.Z. C/M.F. No. 1, MEXICALI, D.C.
DE ABRIL A SEPTIEMBRE DE 1984

PROCEDENCIA	TIEMPO DE EVOLUCION DEL PADECIMIENTO						TOTAL	%
	- 1 Hr	1 a 8 Hr	8 a 24 Hr	1 a 10d	10 a 30d	+ 30 d		
DOMICILIO	5	4	14	31	22	21	97	34.03
ENVIADO POR C.C.E. **	0	3	9	34	17	25	88	30.90
ENVIADO POR M.F. ó ESP.*	0	0	12	27	13	15	67	23.50
TRABAJO	5	4	4	11	8	1	33	11.57
TOTAL	10	11	39	103	60	62	285	100.00

CLAVE: ** C.C.E. COORDINADOR DE LA CONSULTA EXTERNA
* M.F. ó ESP. MEDICO FAMILIAR O ESPECIALISTA

FUENTE: DIRECTA

En el cuadro No. 8, observamos que el semestre estudiado de abril a septiembre de 1984, se proporcionaron 22,635 atenciones en el servicio de urgencias adultos, de las cuales 14,290 (63.13 %) fueron otorgadas en días hábiles y 8,345 (36.86 %) fueron dadas los sábados, domingos y días festivos.

Aquí mismo se puede observar que el promedio mensual de consultas fué mayor en los días hábiles, 2,381.6, contra 1,390.8 en los sábados domingos y festivos, sin embargo el promedio día de atenciones es mayor para los sábados, domingos y festivos, 149 consultas por día, que los días hábiles en que se otorgaron 112 consultas por día.

Lo anterior está representado en la gráfica No. 5, en donde además se puede observar una aparente tendencia al incremento de la demanda de atención médica, lo cual es bien claro en los extremos del período estudiado.

En el cuadro No. 9 podemos observar que, durante el mes de abril la demanda de atención médica, los días hábiles, el turno vespertino proporcionó el mayor porcentaje de atenciones (38.3 %), fué seguido por el turno matutino aunque el porcentaje no es muy inferior, con (38.0 %), y el turno nocturno representó el porcentaje menor de los tres turnos (23.7 %). En el grupo representado por los sábados, domingos y días festivos, el turno matutino atendió el mayor número de consultas, (51.5 %), siguiéndole en vespertino (35.6 %) y por último el nocturno con el mayor porcentaje (12.9 %), de volumen de consultas otorgadas. En la columna final, el turno matutino continúa con el mayor número de consultas, con una diferencia de 6.9 % en relación con el turno vespertino y de 25.1 % con el nocturno.

Al observar el total de consultas otorgadas los días hábiles, - 19 (63.4 %) del mes, vemos que se otorgaron el mayor número de consultas (1620), en relación al grupo de sábados, domingos y días fes-

CUADRO No. 8

DEMANDA DE ATENCION MEDICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS -
SEGUN LOS DIAS DE LA SEMANA, HABILES Y SABADO, DOMINGO Y FESTI-
VOS.

H.G.Z. C/M.F. No. 1, MEXICALI, B.C.

DE ABRIL A SEPTIEMBRE DE 1984

M E S	CONSULTAS OTORGADAS		TOTAL DE CONSULTAS
	EN DIAS HABI- LES	EN SABADOS, DOM. Y FEST.	
ABRIL	1620	1298	2918
MAYO	2451	1397	3848
JUNIO	1847	1466	3313
JULIO	2852	1245	4097
ACOSTO	2712	1155	3867
SEPTIEMBRE	2808	1784	4592
TOTAL	14290	8345	22635
PROMEDIO - MES	2381.6	1390.8	3772.5
PROMEDIO DIARIO	112	149	123
TOTAL DE DIAS LABORADOS	127	56	183

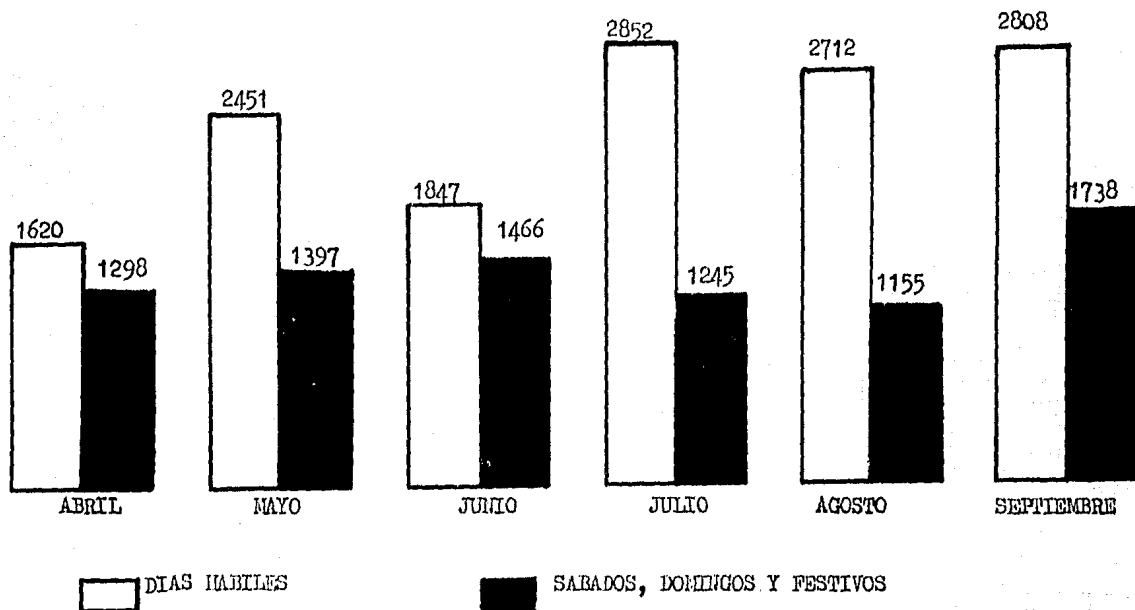
FUENTE: F. - 4-30-6/72 DEL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS.

GRAFICA No. 5

DEMANDA DE ATENCION MEDICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS SEGUN LOS DIAS HABILES Y SABADO, DOMINGO Y FESTIVOS.

H.G.Z. C/M.F. No. 1, MEXICALI, B.C.

DE ABRIL A SEPTIEMBRE DE 1984



FUENTE: CUADRO No. 8

CUADRO No. 9

DEMANDA DE ATENCION MEDICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS EN CADA UNO DE LOS TURNOS DEL DIA, DE LOS DIAS HABILDES Y SABADOS, DOMINGOS Y FESTIVOS.

H.G.Z. C/M.P. No. 1, MEXICALI, B.C.

ABRIL DE 1984

TURNO	CONSULTAS OTORGADAS				TOTAL DE CONSULTAS	%
	DIAS HABILDES	%	SAB. DOM Y FEST.	%		
MATUTINO	616	38.0	669	51.5	1285	44.0
VESPERTINO	620	38.3	461	35.6	1081	37.1
NOCTURNO	384	23.7	168	12.9	552	18.9
TOTAL	1620	100.0	1298	100.0	2918	100.0
No. DE DIAS	19	63.4	11	36.4	30	100.00

FUENTE: F. 4-30-6/72 DEL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS

tivos, 11 (36.4 %), con un número de 1298 consultas, las que hacen un promedio por día para el primer grupo de 89.2 y para el segundo de 118 lo que nos indica que el volumen de demanda de atención médica en promedio por día es mayor los días sábados, domingos y festivos.

Durante el mes de mayo, representado en el cuadro No. 10, el comportamiento que siguió la consulta en el servicio de urgencias de adultos, fué el siguiente: los días hábiles, el turno vespertino proporcionó el mayor porcentaje, (48.7 %) de atenciones, fué seguido el volumen por el turno matutino, (37.8 %), y nuevamente el turno nocturno otorgó el menor número de atenciones (17.5 %). En contraste con el mes anterior, entre el turno matutino y el vespertino hubo una diferencia de volumen de atención médica de 14.9 % más a favor del vespertino. En el grupo de sábados, domingos y días festivos, el número de consultas tuvo un comportamiento uniforme en el turno matutino y vespertino (40.6-40.4 % respectivamente), y nuevamente el turno nocturno con un menor volumen de atención (19.0 %).

Cuando se observa la columna final de este cuadro, es notable que el turno vespertino otorgó en general considerado todos los días del mes, el mayor volumen de atenciones, con una diferencia de 9.4 % con el turno matutino y 27.7 % con el turno nocturno. Si consideramos en total las atenciones otorgadas en los tres turnos, los días hábiles, y los comparamos contra las proporcionadas los sábados y domingos y festivos, se observa que durante el primer grupo se otorgaron 2451 consultas (63.69 %), en tanto que en el segundo grupo se proporcionaron 1397 (36.21 %) del total de atenciones proporcionadas durante todo el mes. Con un promedio por día de 87.9 y de 162.8 consultas para cada grupo respectivamente.

En el cuadro No. 11, que representa al mes de junio, se muestra que los días hábiles, el turno matutino proporcionó el mayor porcenta-

CUADRO No. 10

DEMANDA DE ATENCION MEDICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS EN CADA UNO DE LOS TURNOS DEL DIA, DE LOS DIAS HABILLES Y SABADOS, DOMINGOS Y FESTIVOS.

H.G.Z. C/M.F. No. 1, MEXICALI, B.C.

MAYO DE 1984

TURNO	CONSULTAS OTORGADAS				TOTAL DE CONSULTAS	%
	DIAS HABILLES	%	SAB. DOM Y FEST.	%		
MATUTINO	829	33.8	568	40.6	1397	36.3
VESPERTINO	1193	48.7	564	40.4	1757	45.7
NOCTURNO	429	17.5	665	19.0	694	18.0
TOTAL	2451	100.0	1397	100.0	3848	100.0
No. DE DIAS	22	71	9	29	31	100

FUENTE: F. 4-30-6/72 DEL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS

CUADRO No. 11

DEMANDA DE ATENCION MEDICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS EN CADA UNO DE LOS TURNOS DEL DIA, DE LOS DIAS HABILES Y SABADOS, DOMINGOS Y FESTIVOS.

H.G.Z. C/M.F. No. 1, MEXICALI, B.C.

JUNIO DE 1984

TURNO	CONSULTAS OTORGADAS				TOTAL DE CONSULTAS	%
	DIAS HABILES	%	SAB. DOM Y FEST.	%		
MANUFINO	817	44.2	635	43.3	1452	43.8
VESPERTINO	566	30.6	585	39.9	1151	34.7
NOCTURNO	464	25.2	246	16.7	710	21.5
TOTAL	1847	100.0	1466	100.0	3313	100.0
NO. DE DIAS	21	70	9	30	30	100

FUENTE: P. 4-30-6/72 DEL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS

je deatenciones (44.2 %), seguido por el turno vespertino, (30.2 %), y al final aparece nuevamente el nocturno (25.2 %), dando el menor número de consulta del servicio. Existe unadiferencia a favor del turno ma tutino de 13.6 % en comparación con el vespertino y de 19 % con el noq turno. En la columna de sábados, domingos y festivos, se ve el turno - matutino como predominante para brindar la atención (43.3 %), sigue por el vespertino (39.9 %), y al final, como en los dos cuadros anteriores el turno nocturno (16.7 %). En este mes, en general el turno ma tutino, dió la mayor proporción de atenciones, con una diferencia con respecto al vespertino de 9.1 % y al nocturno de 22.3 % a favor del ma tutino. El total de consultas dadas los días hábiles durante todo el mes fué de 1847, contra las otorgadas los sábados, domingos y días fes tivos que constituyeron un número de 1466 (55.7 % - 44.2 %) respectivamente para cada grupo; lo que demuestra una diferencia menor, entre -- los dos grupos y en comparación con los meses anteriores. En cuanto al promedio por día del número de consultas fué de 87.9 para los días hábiles y de 162.8 para los sábados, domingos y festivos, lo que contimía demostrando que es en estos días cuando más demanda de atención -- hay en el servicio.

En el mes de julio, Cuadro No. 12, nuevamente los días hábiles -- contemplan el mayor número de consultas en el turno matutino (46.0 %) y en segundo lugar el vespertino (35.3 %) y el tercer lugar está el -- turno nocturno (18.7 %). En los sábados, domingos y días festivos, el turno matutino se encuentra en primer lugar con el mayor porcentaje - de consultas (44.0 %), en segundo lugar con un porcentaje muy cercano a este se encuentra el vespertino (35.1 %), y por último el nocturno (20.9 %). En la columna del total de consultas del mes para cada turno, el matutino predomina sobre el vespertino y el nocturno, con una diferencia porcentual sobre ellos de 10.1 y de 26.1 respectivamente.

El total de consultas dadas los días hábiles fué de 2852 (69.6%)

CUADRO No. 12

DEMANDA DE ATENCION MEDICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS EN CADA UNO DE LOS TURNOS DEL DIA, DE LOS DIAS HABILDES Y SABADOS, DOMINGOS Y FESTIVOS.

H.O.Z. C/M.F. No. 1, MEXICALI, B.C.

JULIO DE 1984

TURNO	CONSULTAS OTORGADAS				TOTAL DE CONSULTAS	%
	DIAS HABILDES	%	SAB. DOM. Y FEST.	%		
MATUTINO	1313	46.0	548	44.0	1861	45.4
VESPERTINO	1007	35.3	437	35.1	1444	35.3
NOCTURNO	532	18.7	260	20.9	792	19.3
TOTAL	2852	100.0	1245	100.0	4097	100.0
No. DE DIAS	22	71	9	29	31	100

FUENTE: F. 4-30-6/72 DEL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS

mayor que para los días sábados, domingos y festivos con 1245 (30.3 %) consultas en los tres turnos. El promedio de consultas por día fué de 129.6 para los días hábiles y de 138.3, lo que nos deja ver que continúa predominado la demanda de atención médica en este segundo grupo, - pero la diferencia entre los dos grupos es menor en este mes en relación a los anteriores.

En el cuadro No. 13, mes de agosto, se ve el turno vespertino como predominante sobre los otros dos turnos, tanto para los días hábiles como para los sábados, domingos y festivos. En los días hábiles el porcentaje de consultas del turno vespertino fué de 41.8 % sobre el turno matutino con 36.4 % y el nocturno con 21.8 %. En los sábados, domingos y días festivos obtuvo el vespertino el 39.5 %, con una diferencia muy pequeña sobre el turno matutino con 38.2 y sobre el nocturno con 23.3 %. La diferencia entre los tres turnos en el total del mes es de 4.1 entre el vespertino y el matutino, a favor del primero y de 19.2 % sobre el nocturno a favor del vespertino. El total de consultas otorgadas los días hábiles fué de 2712 (70.13 %) consultas en los tres turnos y para el grupo de sábados, domingos y festivos fué de 1155 (29.8 %) consultas. En cuanto al promedio por día de consultas es de 117.9 para los días hábiles y de 144.3 para los sábados, domingos y festivos, lo que demuestra que estos últimos continúan teniendo la mayor demanda de consultas.

En el mes de septiembre, cuadro No. 14, en los días hábiles el turno vespertino demostró un porcentaje (45.3 %) mayor en relación a los otros dos turnos del día, siguiéndoles el matutino (41.2 %) y después el nocturno (13.5 %), a diferencia de los sábados, domingos y festivos, en que el turno obtuvo un porcentaje mayor (45.7 %), sobre el vespertino (30.7 %) y el nocturno (23.6 %). En general, con el total del mes, el turno matutino mostró mayor porcentaje (42.9 %) de consulta, le siguió el vespertino (39.6 %) y al final, como en todos los me-

GUADRO No. 13

DEMANDA DE ATENCION MEDICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS EN CADA UNO DE LOS TURNOS DEL DIA, DE LOS DIAS HABILES Y SABADOS, DOMINGOS Y FESTIVOS.

H.G.Z. C/M.F. No. 1, MEXICALIH, B.C.

AGOSTO DE 1984

TURNO	CONSULTAS OTORGADAS				TOTAL DE CON-SULTAS	%
	DIAS HABILES	%	SAB. DON. Y FEST.	%		
MATUTINO	989	36.4	441	38.2	1430	37.0
VESPERTINO	1133	41.8	457	39.5	1590	41.1
NOCTURNO	590	21.8	257	23.3	847	21.9
TOTAL	2712	100.0	1155	100.0	3867	100.0
No. DE DIAS	23	74.2	8	25.8	31	100.0

FUENTE: F. 4-30-6/72 DEL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS

CUADRO No. 14

DEMANDA DE ATENCION MEDICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS EN CADA UNO DE LOS TURNOS DEL DIA, DE LOS DIAS HABILLES Y SABADOS, DOMINGOS Y FESTIVOS.

H.G.Z. C/M.F. No. 1, MEXICALI, B.C.

SEPTIEMBRE DE 1984

TURNO	CONSULTAS OTORGADAS				TOTAL DE CONSULTAS	%
	DIAS HABILLES	%	SAB. DOM. Y FEST.	%		
MAÑUTINO	1157	41.2	817	45.7	1974	42.9
VESPERTINO	1270	45.3	546	30.7	1816	39.6
NOCTURNO	381	13.5	421	23.6	802	17.5
TOTAL	2808	100.0	1784	100.0	4592	100.0
No. DE DIAS	20	66.7	10	33.3	30	100.0

FUENTE: F. 4-30-6/72 DEL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS

ses anteriores el turno vespertino (17.5 %), lo que demuestra una diferencia entre los turnos a favor del matutino de 3.3 % sobre el vespertino y de 25.4 con respecto al nocturno.

En cuanto al total de consultas, los días hábiles fué de 2808 -- (61.1 %), y los sábados, domingos y festivos de 1784 (38.9 %). En -- cuanto al promedio de consultas por día para los días hábiles fué de 140.4 y para los sábados, domingos y días festivos, fué 178.4, lo que sigue mostrando una mayor demanda de atención estos días.

En el cuadro No. 15 se resume la información de los seis cuadros anteriores, en cuanto a la demanda de atención médica, por turnos del día y en relación a los días hábiles con los sábados, domingos y días festivos.

Este cuadro nos muestra al turno vespertino, en los días hábiles con 5789 (40.51 %) consultas, al matutino con 5721 (40.40 %) y al nocturno con 2780 (19.45 %), con una diferencia pequeña entre el vespertino y el matutino de 0.11 % a favor del primero y de 21.06 de este -- sobre el nocturno. En la columna de los sábados, domingos y días festivos se observa al turno matutino como al predominante de los tres, con 3678 (44.10 %) consultas, al vespertino con 3050 (36.60 %) y al -- nocturno con 1617 (19.36 %) dándonos una diferencia a favor del matutino de 7.5 % con respecto al vespertino y de 24.7 % con el nocturno. En la columna de totales, en general para los seis meses, el turno matutino obtuvo el mayor número de demandas de atención médica, con 9399 (41.52 %), en segundo lugar está el vespertino con 8839 (39.05 %) y en tercer lugar el nocturno con 4397 (19.42 %) de consultas. La diferencia entre ellos y a favor del matutino es de 2.47 % con respecto al -- vespertino y de 22.1 % para el nocturno.

El total de consultas dadas los días hábiles en los tres turnos --

CUADRO No. 15

DEMANDA DE ATENCION MEDICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS EN CADA UNO DE LOS TURNOS DEL DIA, DE LOS DIAS HABILES Y SABADOS, DOMINGOS Y FESTIVOS.

H.G.Z. C/M.F. No. 1, MEXICALI, B.C.

ABRIL A SEPTIEMBRE DE 1984

TURNO	CONSULTAS OTORGADAS				TOTAL DE CONSULTAS	%
	DIAS HABILES	%	SAB. DOM. Y FEST.	%		
MATUTINO	5721	40.40	3678	44.10	9399	41.52
VESPERTINO	5789	40.51	3050	36.60	8839	39.05
NOCTURNO	2780	19.45	1617	19.36	4397	19.42
TOTAL	14290	100.00	8348	100.00	22635	100.00
No. DE DIAS	127	69.39	56	30.60	183	100.00

FUENTE: F. 4-30-6/72 DEL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS

es de 14,290 (63.13 %) y para los sábados, domingos y días festivos es de 8,348 (36.88 %), siendo el mayor número para los días del primer grupo. Pero el promedio de consultas por día para el primer grupo es de 112.5 consultas y para el segundo grupo de 149.0 consultas, lo que demuestra que es en este segundo grupo de días la mayor afluencia de pacientes al servicio de urgencias adultos de esta unidad.

En el cuadro No. 16 representado en la gráfica No. 6, se observa la demanda de atención médica en cada uno de los turnos del día de cada mes. Haciendo un total para los seis meses en estudio, por turno como sigue: para el matutino de 9399 (41.52 %), contra 8839 (39.05 %) del vespertino y de 4397 (19.42 %) para el nocturno. En el mismo cuadro observamos el promedio de consultas por mes para cada uno de los turnos, siendo para el matutino de 1566.5, de 1473.1 para el vespertino y de 732.8 para el nocturno, mostrando el mayor promedio para el matutino con respecto a los otros dos. En general el promedio de consultas por mes para los tres turnos es de 3772.5 consultas. Observamos que lo mismo ocurre con el promedio de consultas por día, siendo de 51.3 para el matutino, de 48.3 para el vespertino y de 24 para el nocturno; con un promedio para los tres turnos de 123.6.

De lo anterior se desprende que el turno matutino es el que brinda el mayor número de consultas. Sin embargo hay que mencionar que debemos tomar en cuenta el número del personal que labora en el servicio en cada uno de los turnos, siendo básicamente de un médico de base para cada uno de los turnos, ayudado por médicos becarios generalmente, un médico residente de la especialidad de medicina familiar de segundo año y uno de primer año, dos médicos internos de pregrado para el turno de la mañana, para el turno vespertino y nocturno, este grupo de apoyo se reduce a dos médicos residentes, ocasionalmente solo uno, y un médico interno, para los días hábiles. Para los sábados, domingos y días festivos, varía el número de médicos, siendo desde dos a cuatro

CUADRO No. 16

DEMANDA DE ATENCION MEDICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS
EN CADA UNO DE LOS TURNOS DEL DIA.

H.G.Z. C/M.F. No. 1, MEXICALI, B.C.

DE ABRIL A SEPTIEMBRE DE 1984

MES	T U R N O			TOTAL DE CONSULTAS
	MATUTINO	VESPERTINO	NOCTURNO	
ABRIL	1285	1081	552	2918
MAYO	1397	1757	694	3848
JUNIO	1452	1151	710	3313
JULIO	1861	1444	792	4097
AGOSTO	1430	1590	847	3867
SEPTIEMBRE	1974	1816	802	4592
TOTAL	9399	8839	4397	22635
PROM/MES	1566.5	1473.1	732.8	3772.5
PROM/DIA	51.3	48.3	24	123.6

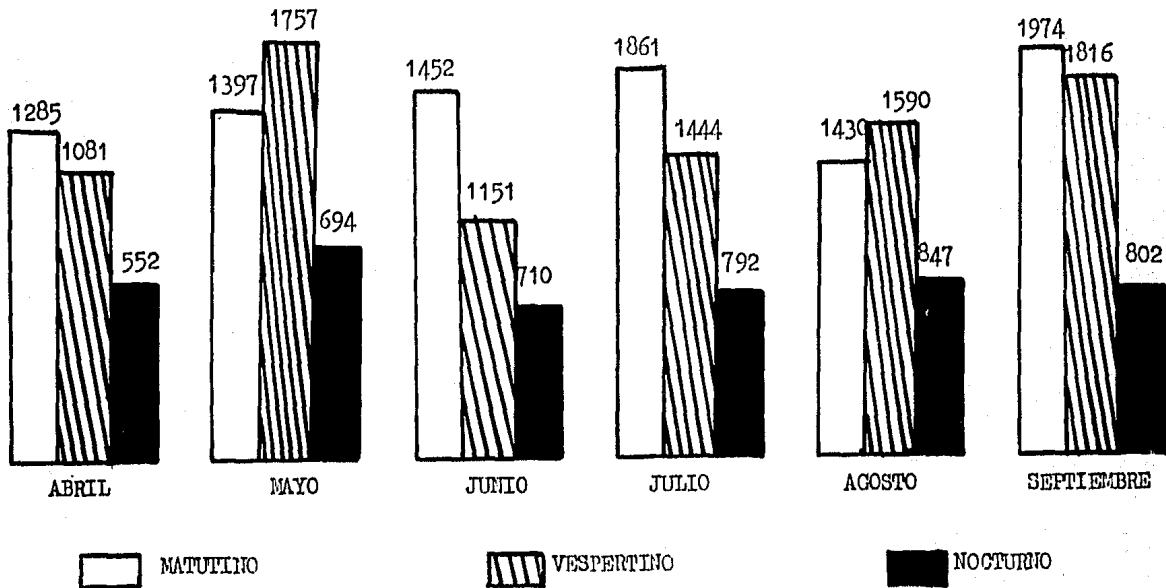
FUENTE: F. 4-30-6/72 DEL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS

GRAFICA No. 6

DEMANDA DE ATENCION MEDICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS EN CADA UNO DE LOS TURNOS DEL DIA.

H.G.Z. C/M.F. No. 1, MEXICALI, B.C.

DE ABRIL A SEPTIEMBRE DE 1984



FUENTE: CUADRO No. 16

para el turno matutino y de dos a tres para el vespertino, siendo para el nocturno solo uno, estos médicos, son médicos generales de substitución. En estos días el grupo de apoyo integrado por los médicos becarios es el mismo que para las guardias de los días hábiles. Durante algunos de estos meses, no se precisan por ser variables, se envió un médico general de substitución como apoyo para los turnos matutino y vespertino, laborando cuatro horas en cada turno en forma discontinua.

Algo más que cabe hacer notar en este cuadro y que se observa claramente, es un aumento progresivo de la demanda de atención en cada mes del período estudiado, lo que es notable en los extremos de la gráfica No. 6.

En los cuadros Nos. 17, 18, 19 y 20, se puede observar claramente el comportamiento de la demanda de atención médica en cuanto al horario del día, de abril, mayo, junio y julio. No se incluyen agosto y septiembre por no contar con la fuente de información, y de los meses estudiados es necesario aclarar que no se encontraron en su totalidad las formas F 4-30-29, de donde se tomó la información, ni fué posible precisar el turno u horario de las formas faltantes, por lo que esta información debe tomarse con reserva. Sin embargo, nos da una idea de cuales son las horas del día en que la demanda es mayor.

Lo anterior se encuentra resumido en el cuadro No. 21 y representado en la gráfica No. 7. El total de los cuatro meses, registró: el menor número (238) de consultas en el horario de 2 a 4 horas, siguiéndole el horario de 4 a 6 (252), posteriormente el de 0 a 2 (354) y de 6 a 8 (372), siguen en orden ascendente el de 12 a 14 (495), de 16 a 18 (530), de 14 a 16 (604), de 20 a 22 (713), de 22 a 24 (885) horas.

En el horario de las 8 a las 10, de las 10 a las 12 y de las 18 a las 20 horas, se observa el mayor número de demanda de atención, sien-

CUADRO No. 17

DEMANDA DE ATENCION MEDICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS
POR HORARIO DEL DIA.

H.G.Z. C/M.F. No. 1, MEXICALI, B.C.

ABRIL DE 1984

HORAS	No. CONSULTAS	%
0 - 2	133	4.6
2 - 4	89	3.1
4 - 6	93	3.2
6 - 8	175	6.1
8 - 10	456	15.7
10 - 12	480	16.6
12 - 14	157	5.4
14 - 16	189	6.5
16 - 18	161	5.6
18 - 20	499	17.2
20 - 22	189	6.5
22 - 24	276	9.5
TOTAL	2897	100.0

NOTA: TOTAL DE CONSULTAS OTORGADAS EN EL MES 2918, FALTARON ALGUNAS DE LAS FORMAS 4-30-29

HORAS MEDIAS DE CONSULTAS: 13.42 HORAS.

DESVIACION STANDARD: 6.16

FUENTE: F. 4-30-29/72 DEL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS

CUADRO No. 18

DEMANDA DE ATENCION MEDICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS
POR HORARIO DEL DIA.

H.G.Z. C/M.F. No. 1, MEXICALI, B.C.

MAYO DE 1984

HORAS	No. CONSULTAS	%
0 - 2	52	3
2 - 4	30	1.8
4 - 6	32	1.9
6 - 8	73	4.3
8 - 10	258	15.3
10 - 12	270	16
12 - 14	64	3.8
14 - 16	85	5.1
16 - 20	66	3.9
18 - 20	282	16.8
20 - 22	199	11.8
22 - 24	275	16.3
TOTAL	168.6	100.0

NOTA: TOTAL DE CONSULTAS OTORGADAS EN EL MES 3848, FALTARON -
ALGUNAS DE LAS FORMAS 4-30-29

HORAS MEDIAS DE CONSULTAS: 14.9

DESVIACION STANDARD: 6.21

FUENTE: F. 4-30-29/72 DEL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS

CUADRO No. 19

DEMANDA DE ATENCION MEDICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS
POR HORARIO DEL DIA.

H.G.Z. C/M.F. No. 1, MEXICALI, B.C.

JUNIO DE 1984

HORAS	No. CONSULTAS	%
0 - 2	40	3
2 - 4	27	2.1
4 - 6	30	2.3
6 - 8	53	4.1
8 - 10	157	12
10 - 12	170	13
12 - 14	130	9.9
14 - 16	143	10.9
16 - 18	128	9.8
18 - 20	177	13.5
20 - 22	146	11.2
22 - 24	107	8.2
TOTAL	1308	100.0

NOTA: TOTAL DE CONSULTAS OTORGADAS EN EL MES 3313, FALTARON
ALGUNAS DE LAS FORMAS 4-30-29

HORAS MEDIAS DE CONSULTA: 14.4

DESVIACION STANDARD: 5.65

FUENTE: F. 4-30-29/72 DEL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS

CUADRO No. 20

DEMANDA DE ATENCION MEDICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS
POR HORARIO DEL DIA.

H.G.Z. C/M.F. No. 1, MEXICALI, B.C.

JULIO DE 1984

HORAS	No. CONSULTAS	%
0 - 2	129	4.6
2 - 4	92	3.3
4 - 6	97	3.5
6 - 8	71	3.5
8 - 10	463	16.6
10 - 12	501	18.0
12 - 14	144	5.2
14 - 16	187	6.7
16 - 18	175	6.3
18 - 20	522	18.7
20 - 22	179	6.4
22 - 24	227	8.2
TOTAL	2782	100.0

NOTA: TOTAL DE CONSULTAS OTORGADAS EN EL MES 4097, FALTARON
ALGUNAS DE LAS FORMAS 4-30-29

HORAS MEDIAS DE CONSULTA: 13.4
DESVIACION STANDARD: 6.04

FUENTE: F. 4-30-29/72 DEL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS

do de 1334, 1421 y de 1480 solicitudes de consulta para estos horarios respectivamente.

En el horario de las 8 a las 10 horas, se puede hacer la correlación con el inicio del primer turno de la consulta externa, el de las 10 a las 12 comprende el fin e inicio del primer turno y el segundo turno de consulta respectivamente y el de las 18 a las 20 horas es posterior al inicio y corresponde al final del cuarto turno de consulta ó bien al horario "D" del segundo turno de consulta. La hora promedio en que se ve la mayor solicitud de consulta para cada uno de los meses estudiados es de: 13.4 horas para abril, para mayo las 14.9 horas, junio con 14.4 horas y julio con 13.4 horas. Siendo la hora promedio para los cuatro meses las 15.8 horas. En cuanto a la desviación standard vemos que es similar para cada uno de los meses siendo mayor para mayo, lo que demuestra una mayor dispersión en este mes, le sigue abril con 6.16, julio con 6.04 y junio con la menor dispersión de sus consultas, siendo de 5.65. La desviación standard se debe tomar con reserva, ya que, no se revisó en forma proporcional las formas F 4-30-29 y desconocemos el turno al que pertenecían las faltantes, así cómo que en alguno de los meses faltó aproximadamente la mitad y en otros una tercera parte de estas, y en total una tercera parte del total global del período estudiado.

En cuanto a los factores que determinan la demanda de atención médica, en los pacientes que provienen de su domicilio, y que se encuentran representados en el cuadro número 22, podemos ver que 132 personas estudiadas, 82 contestaron no desear consultar a su médico familiar (66.6 %), y de estos 7 ameritaron la atención de urgencias, (8.5%) cabe señalar que estos pacientes se encuentran comprendidos dentro de los que señalaron no haber consulta en esos momentos. En orden decreciente, 79 (64.2 %) pacientes dijeron acudir a este servicio para recibir consulta más rápido, y de ellos (1,2 %) ameritó la atención de ur-

CUADRO No. 21

DEMANDA DE ATENCION MEDICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS
POR HORARIO DEL DIA.

H.G.Z. C/M.F. No. 1, MEXICALI, B.C.

DE ABRIL A JULIO DE 1984

HORARIO	NUMERO DE CONSULTAS				TOTAL
	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	
0-2	133	52	40	129	354
2-4	89	30	27	92	238
4-6	93	32	30	97	252
6-8	175	73	53	71	372
8-10	456	258	157	463	1334
10-12	480	270	170	501	1421
12-14	157	64	130	144	495
14-16	189	85	143	187	604
16-18	161	66	128	175	530
18-20	499	282	177	522	1480
20-22	189	199	146	179	713
22-24	276	275	107	277	885
TOTAL	2897	1686	1308	2787	1698
HORA PROMEDIO	13.4	14.9	14.4	13.4	15.8
DESVIACION STANDARD	6.16	6.21	5.65	6.04	

NOTA: TOTAL DE CONSULTAS OTORGADAS EN ESTE PERIODO, FUERON 14176
FALTARON APROXIMADAMENTE UNA TERCERA PARTE DE LAS FORMAS -
4-30-29/72 DE ESTE PERIODO, ASI COMO TODAS LAS DEL MES DE
AGOSTO Y SEPTIEMBRE.
DE LAS FALTANTES NO SE PRECISA EL TURNO NI EL HORARIO.

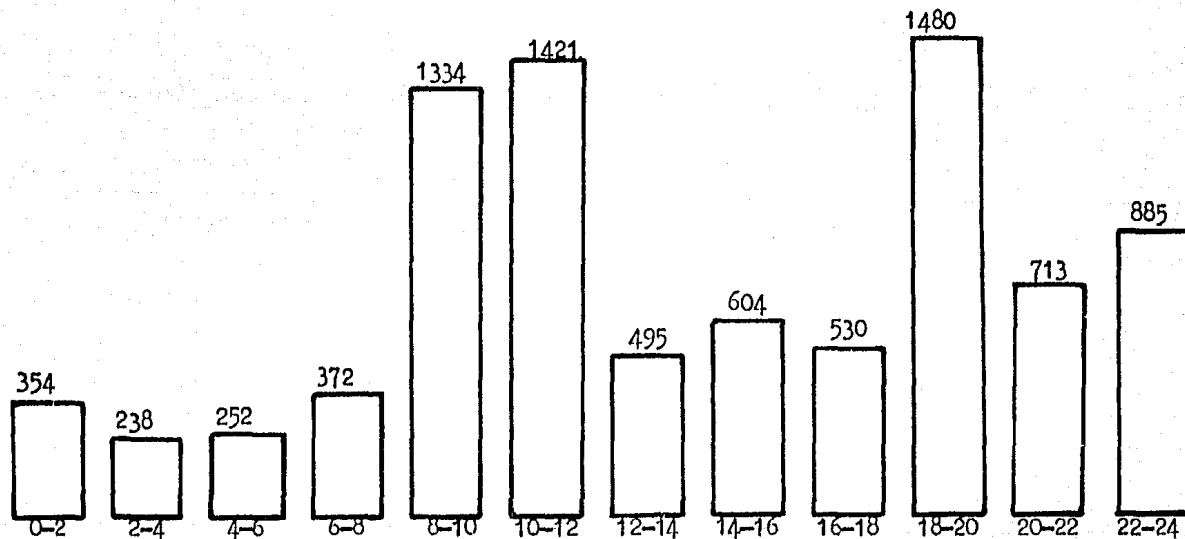
FUENTE: F. 4-30-29/72 DEL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS

GRAFICA No. 7

DEMANDA DE ATENCION MEDICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS POR HORARIO DEL DIA

H.G.Z. C/M.F. No. 1, MEXICALI, B.C.

DE ABRIL A JULIO DE 1984



FUENTE: CUADRO No. 21

CUADRO No. 22

FACTORES QUE DETERMINAN LA DEMANDA DE ATENCION MEDICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS, DE LOS PROVENIENTES DE SU DOMICILIO Y EN RELACION A SU CLASIFICACION DE URGENCIA.

H.G.Z. C/M.F. No. 1, MEXICALI, B.C.

DE ABRIL A SEPTIEMBRE DE 1984

MOTIVOS	TOTAL CASOS	* %	CASOS DE URGENCIAS			
			U.C.	%	A.A.U.	%
No desea consultar su Médico Familiar	82	66.6	0	0	7**	8.5
Recibir consulta rápido	79	64.2	0	0	1	1.2
No alcanzar consulta <u>ex</u> <u>terna</u>	63	51.2	4	6.3	2	3.1
No haber consulta en - ese momento	49	39.8	0	0	7	14.2
No mejorar con el Tx -- prescrito por M.F. ó Esp.	44	35.8	2	4.5	5	11.3
No tener Médico Familiar Asignado	21	17.0	1	4.7	0	0
Enviado de su Clínica Pe riférica	16	13.0	2	12.5	2	12.5
Enviado de su trabajo	1	0.8	0	0	0	0

CLAVES: U.C. URGENCIA CALIFICADA

A.A.U. ALBERTA ATENCION DE URGENCIAS

M.F. ó ESP. MEDICO FAMILIAR O ESPECIALISTA

NOTA: * EL % ES EN RELACION A 123 PERSONAS ESTUDIADAS.

** COMPRENDIDOS EN LOS QUE SEÑALARON NO HABER CONSULTA EN -
ESE MOMENTO.

FUENTE: DIRECTA

gencias. 63 (51.2 %) señalaron por no alcanzar consulta externa, de los que: 4(6.3 %) fueron urgencia calificada y 2 (3.1 %) ameritaron la atención de urgencias. Por no haber consulta externa en ese momento 49 pacientes acudieron al servicio de urgencias (39.8 %), de los que 7 ameritaron la atención de urgencias (14.2 %), 44 (35.8 %), dijeron acudir por no mejorar con el tratamiento prescrito por el médico familiar o -especialista, y de ellos, en esos momentos, 2 (4.5 %) fueron urgencias calificadas y 5 (11.3 %) ameritaron la atención de urgencia, 21 (17.0%) acudió por no tener módicofamiliar asignado, y solo 1 (4.7 %) presentó una urgencia calificada, 16 (13.0 %) fueron enviados de su clínica periférica para tratamiento y/o hospitalización, y de ellos 2 (12.5 %) - fueron urgencia calificada y 2 (12.5 %) ameritaron la atención de urgencias. Un paciente refirió ser enviado de su trabajo (0.8 %) y no ameritó la atención de urgencias, es necesario aclarar que no se trataba de un accidente de trabajo y que el paciente acudió un día después de que se envió de su trabajo.

Los porcentos de los pacientes que fueron de urgencia calificada o que amiritaron la atención de urgencia, se realizaron en relación al número de pacientes que señalaron ese motivo. Algunos pacientes señalan dos o tres de los motivos que eran opciones, por lo que la suma so brepasa el total de los estudiados.

En el cuadro No. 23, vemos los motivos por los que acuden al servicio de urgencias, los pacientes provenientes de su trabajo. Del total de pacientes estudiados en este grupo, que fueron 78 personas, vemos que 71(97.2 %) fueron enviados de su trabajo y de ellos 2 (2.8 %) presentaron una urgencia calificada y 38 (53.5 %) ameritaron la atención de urgencia, vemos que este motivo contiene el mayor porcentaje de los pacientes y que ellos mismos señalaron uno o dos motivos más. El siguiente motivo, en orden decreciente, lo constituyen quienes señalaron no desear consultar a su médico familiar, 47 (64.3 %) de los

FACTORES QUE DETERMINAN LA DEMANDA DE ATENCION MEDICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DE LOS PACIENTES PROVENIENTES DE SU TRABAJO EN RELACION A SU CALIFICACION DE URGENCIAS.

H.G.Z. C/M.F. No. 1, MEXICALI, B.C.

DE ABRIL A SEPTIEMBRE DE 1984

MOTIVOS	TOTAL CASOS	* %	CASOS DE URGENCIAS			
			U.C.	%	A.A.U.	%
Enviados de su trabajo	71	97.2	2	2.8	38	53.5
No desea consultar a su Médico Familiar	47	64.3	0	0	0	0
No haber consulta en ese momento	42	57.5	2	4.7	7	16.6
Recibir consulta rápido	21	28.7	0	0	0	0
No tener Médico Familiar asignado	7	9.5	0	0	0	0
Enviado de Clínica Periférica	6	8.2	0	0	0	0
No mejorar con Tx prescrito por M.F. ó Esp.	** 2	2.7	0	0	0	0

CLAVES: U.C. URGENCIA CALIFICADA

A.A.U. AERITA ATENCION DE URGENCIAS

M.F. ó ESP. MEDICO FAMILIAR O ESPECIALISTA

NOTA: * EL % ES EN RELACION A 78 PERSONAS ESTUDIADAS

** VISTOS COMO SUBSECUENTES

! COMPRENDIDOS EN LOS ENVIADOS DE SU TRABAJO

FUENTE: DIRECTA

casos, de estos ninguno presentó una urgencia ni ameritó la atención de urgencias. El siguiente motivo, con 42 (57.5 %) de los casos fué el no haber consulta en ese momento, los casos de este motivo que presentaron una urgencia calificada, 2 (4.7 %) y los que ameritaron la atención, 7(16.6 %) se encuentran comprendidos en los que señalaron como motivo ser enviados de su trabajo. A diferencia del grupo anterior, — queda en cuarto lugar, el motivo de recibir consulta más rápido con — 21 casos (28.7 %). En este motivo y los siguientes no se señalaron las urgencias calificadas ni los que ameritaron la atención por estar comprendidos dentro del primer grupo. En quinto lugar quedó señalado el no tener médico familiar asignado 7(9.5 %). El sexto lo ocuparon los enviados de clínica periférica con 6 (8.2 %) casos y por último 2 pacientes que señalaron no mejorar con el tratamiento proscrito por el médico familiar (2.7 %) estos pacientes fueron vistos como subsecuentes y además habían sido vistos por el médico familiar.

Es de hacer notar que en estos grupos, que podrían constituir a los provenientes fuera de la unidad, el no desear consultar a su médico familiar ocupa el primer y segundo motivo respectivamente, y aunque no se investigó el porqué, nos deja ver una predisposición para no acudir a la consulta externa. El segundo motivo del cuadro No. 22 que es recibir consulta más rápida, en el cuadro No. 23 ocupa el cuarto lugar muy probablemente porque estos pacientes son enviados de su trabajo y dentro de los lineamientos del Instituto, se encuentra como una de las funciones, dar la primera atención médica a aquellos que acudan por accidente de trabajo, constituyan o no una urgencia o bien ameriten o no la atención de urgencia. Es notable que el motivo que ocupa el — cuarto lugar en el cuadro No. 22 y el tercero en el cuadro No. 23, es el por no haber consulta en esos momentos, con esto nos podemos dar cuenta que estas solicitudes de atención son fuera del horario de consulta o bien sábados, domingos y días festivos. El tercer lugar del cuadro No. 22 (no alcanzar consulta externa), no aparece en el cuadro

No. 23, ya que estos pacientes no solicitan la atención del médico familiar.

El no tener médico familiar asignado, que es una irregularidad de la función administrativa de la consulta externa, ocupa el sexto lugar en el cuadro No. 22 y el quinto en el cuadro No. 23, constituye demanda de atención del servicio de urgencias, que debería ser otorgada en la consulta externa. El quinto lugar en el cuadro No. 22 y el séptimo en el No. 23, es ocupado por aquellos que refirieron no mejorar con el tratamiento prescrito por el médico familiar o especialista, lo que nos muestra un bosquejo de la calidad de atención médica prestada en la consulta externa.

Aquí también llegan los pacientes enviados de las clínicas periféricas en busca de apoyo de diagnóstico y tratamiento de los pacientes, aún sin constituir una urgencia mayor o menor, lo que eleva las consultas otorgadas en el servicio.

En el cuadro 24, se muestran los motivos por los que acuden los pacientes al servicio de urgencias, cuando son enviados por el médico familiar o especialista. El primer motivo es por recibir consulta más rápida, 47 (52.8 %) casos, y ninguno de ellos constituyó una urgencia en segundo lugar y en forma decreciente se observa el hecho de no alcanzar consulta externa, 40 (44.9 %) casos y de ellos 5 (12.5 %) pacientes ameritaron la atención. Le sigue en tercer lugar los pacientes enviados para hospitalizarse, 14 (15.7 %) de los casos, de los que 4 (28.5 %) eran urgencias calificadas y 6 (42.8 %) ameritaron la atención de urgencia, estos se encuentran comprendidos en los que la ameritaron por no mejorar con el tratamiento médico prescrito y que ocupa el siguiente lugar como motivo de consulta con 13 (14.6 %) pacientes, de los que 2 (15.3 %) fueron urgencia calificada y 10 (76.9%) ameritaron la atención del servicio. Los enviados por ser recomenda-

dos ocupan el 5° lugar, 9 (10.1 %), y de ellos sólo 1 ameritó la atención de urgencias y se comprendió en el grupo de por no mejorar con el tratamiento prescrito. El 6° lugar lo ocupan los enviados de su clínica periférica, 6 (6.7 %) casos, de los que sólo 1 (16.6 %) ameritó la atención de urgencias. El séptimo lo ocupan los enviados por no haber consulta en ese momento, 5 (5.6 %), de los que ninguno fué urgencia ni ameritó la atención, cabe aclarar que estos pacientes refirieron que el médico les indicó acudir al servicio de urgencias con exámenes de laboratorio o de gabinete para que se les instituyera tratamiento, si el ya no se encontraba consultando, o bien acudir al servicio el fin de semana para seguir el control de su padecimiento.

Cuatro enviados de su trabajo, por accidente de trabajo, a los que el médico familiar o especialista les brindó atención y posteriormente los envió al servicio para que se les llenaran las formas de accidente de trabajo y se les proporcionara incapacidad. Los motivos anteriores, pudieron evitar una doble consulta si a nivel de la atención de consulta externa se manejara la atención a pacientes con accidentes de trabajo que no constituyeron una urgencia. El último lugar lo ocupan los enviados por no tener médico asignado y que se presentaron en el consultorio de eventuales, indicándoles el médico acudir al servicio de urgencias, por no corresponderles atención en ese consultorio. De estos, ninguno ameritó la atención de urgencias.

En el cuadro No. 25 se observan los motivos por los que acudieron los pacientes al servicio de urgencias, de los enviados por los médicos coordinadores de la consulta externa. Aquí el primer lugar lo ocupan los pacientes que no desean consultar con su médico familiar, 74 (74.7 %) de los casos, de los que ninguno fué urgencia calificada ni ameritó la atención de urgencia. El siguiente grupo, con un volumen similar, son los que no alcanzaron consulta externa, 70 (70.7 %) casos, de los que 6 (8.5 %) ameritaron la atención de urgencias. En tercer lu

CUADRO No. 24

FACTORES QUE DETERMINAN LA DEMANDA DE ATENCION MEDICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DE LOS PACIENTES ENVIADOS POR EL MEDICO FAMILIAR O ESPECIALISTA Y EN RELACION A SU CALIFICACION DE URGENCIAS.

H.G.Z. C/M.F. No. 1, MEXICALI, B.C.

DE ABRIL A SEPTIEMBRE DE 1984

MOTIVOS	TOTAL CASOS	*	CASOS DE URGENCIA			
			U.C.	%	A.A.U.	%
Recibir consulta rápido	47	52.8	0	0	0	0
No alcanzar consulta externa	40	44.9	0	0	5	11.5
Hospitalizarse	14	15.7	4	28.5	6	42.8
No mejorar con el Tx prescrito por M.F. ó Esp.	13	14.6	2	15.3	10	76.9
Recomendados	9	10.1	0	0	1	11.1
Enviado de su clínica - Periférica	6	6.7	0	0	1	16.6
No haber consulta en ese momento	5	5.6	0	0	0	0
Enviado de su trabajo	4	4.4	0	0	0	0
No tener Médico Familiar asignado	2	2.2	0	0	0	0

CLAVE: U.C. URGENCIA CALIFICADA

A.A.U. AMERITA ATENCION DE URGENCIAS

M.F. ó ESP. MEDICO FAMILIAR O ESPECIALISTA

NOTA: * EL % ES EN RELACION A 89 PERSONAS ESTUDIADAS

** FUERON ENVIADOS POR EL MEDICO DE EVENTUALES, YA QUE NO LES CORRESPONDIA ATENCION EN ESE CONSULTORIO

! CONTEMPLADOS DENTRO DE LOS QUE NO MEJORARON CON EL TRATAMIENTO PRESCRITO.

FUENTE: DIRECTA

gar, con una diferencia pequeña en relación a los anteriores, están — los que señalaron por recibir consulta más rápido con 67 (67.6 %) casos, y ninguno ameritó atención. En cuarto lugar los que refirieron — ser enviados por no mejorar con el tratamiento prescrito por el médico familiar o especialista con 30 (30.3) casos, de estos 1 (3.3 %) fué urgencia calificada, y está incluida dentro de los que se enviaron para hospitalizarse, de este mismo grupo 2 (6.6 %) pacientes ameritaron la atención de urgencias. En 5° lugar se encuentran 17 (17.1 %) pacientes que fueron enviados por no tener médico familiar asignado, ninguno ameritó la atención del servicio. El siguiente lugar lo ocupan los pacientes recomendados, 15 (15.1 %), de los que 2 (13.3 %) fueron urgencia calificada y además fueron enviados para hospitalizarse, 1 (6.6 %) ameritó la atención de urgencias y está incluido dentro de los que no mejoraron con el tratamiento médico prescrito. El séptimo lugar se encuentra ocupado por los pacientes que acudieron fuera del horario de — consulta de su médico y fueron enviados al servicio de urgencias, — 13 (13.1 %), ninguno de ellos ameritó la atención. Los médicos coordinadores enviaron 9 (9.0 %) pacientes para valorar su hospitalización — de los que tres fueron una urgencia calificada (33.3 %) y 1 (11.1 %) ameritó la atención de urgencias, estando incluido además dentro de — los que ameritaron la atención por no mejorar con el tratamiento indicado por su médico. En 9° lugar se encuentran los que fueron enviados de su trabajo a consulta por enfermedad general y que por no tener médico asignado se canalizaron al servicio de urgencias, 4 (4.0 %) casos. En último lugar están los enviados de clínica periférica, 3 (3.0%), ninguno de ellos ameritó la atención, pues por problemas administrativos no se les brindó atención de especialidad, por lo que fueron enviados al servicio con el fin de solicitar interconsulta de segundo nivel.

En los cuadros Nos. 24 y 25, que representan al grupo considerado como provenientes de la unidad, el no desear consultar a su médico no aparece en el cuadro No. 24, ya que estos pacientes son enviados por —

CUADRO No. 25

FACTORES QUE DETERMINAN LA DEMANDA DE ATENCION MEDICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DE LOS PACIENTES ENVIADOS POR EL MEDICO - COORDINADOR DE LA CONSULTA EXTERNA Y EN RELACION A SU CALIFICACION DE URGENCIAS.

H.G.Z. C/M.F. No. 1, MEXICALI, B.C.

DE ABRIL A SEPTIEMBRE DE 1984

MOTIVOS	TOTAL CASOS	* %	CASOS DE URGENCIA			
			U.C.	%	A.A.U.	%
No desea consultar a su Médico Familiar	74	74.7	0	0	0	0
No alcanzar consulta externa	70	70.7	0	0	6	8.5
Recibir consulta rápido	67	67.6	0	0	0	0
No mejorar con el Tx prescrito por M.F. ó esp.	30	30.3	1**	3.3	2	6.6
No tener Médico Familiar asignado	17	17.1	0	0	0	0
Recomendado	15	15.1	2**	13.3	1	6.6
No haber consulta en ese momento	13	13.1	0	0	0	0
Hospitalizarse	9	9.0	3	33.3	1	11.1
Enviado de su trabajo	4	4.0	0	0	0	0
Enviado de su Clínica Periférica	3	3.0	0	0	0	0

CLAVE: U.C. URGENCIA CALIFICADA

A.A.U. AMERITAN ATENCION DE URGENCIAS

M.F. ó ESP. MEDICO FAMILIAR O ESPECIALISTA

NOTA: * EL % ES EN RELACION A 99 PERSONAS ESTUDIADAS

** COMPRENDIDOS EN PACIENTES PARA HOSPITALIZARSE

1 COMPRENDIDOS EN LOS QUE NO MEJORARON CON EL TRATAMIENTO - PRESCRITO.

FUENTE: DIRECTA

el propio médico, pero en el cuadro No. 25 ocupa el primer lugar con un gran volumen de los pacientes. En el cuadro No. 24 el primer lugar lo ocupan los que refieren recibir consulta más rápido y el tercero el 25, los que, aunado a no tener largos períodos de espera y ser enviados por el médico de la consulta externa fomenta la gran demanda de atención en el servicio de urgencia.

En ambos cuadros el segundo lugar lo ocupan pacientes que no alcanzaron consulta externa, y en ambos casos de los que ameritaron la atención es pequeño, lo que junto con los otros motivos de solicitar atención de urgencias, deja ver la influencia que ejercen factores de la consulta externa, para que se eleve la demanda de atención en el servicio de urgencias adultos. En ambos cuadros el cuarto lugar está ocupado por los pacientes enviados por no mejorar con el tratamiento prescrito, que además contempla pacientes que presentaron urgencia calificada y que ameritaron la atención, en el momento de su evaluación. Lo que al igual que en grupo proveniente de fuera de la unidad, nos habla de la calidad de atención médica prestada en la consulta externa. En el cuadro No. 24 los pacientes enviados por ser recomendados ocupan el 5° lugar y en el No. 25 el 6°, en ambos casos un porcentaje pequeño de ellos ameritó atención de urgencia y solo en el cuadro se registran como urgencia calificada. Si de estos pacientes los que no ameritaron la atención de urgencia, fueran valorados en la consulta externa, no se alteraría el procedimiento que se sigue para la atención de los pacientes y por ende no habría alteración en su función.

Los que señalaron acudir por no haber consulta externa en ese momento, ocupan el 7° lugar en el cuadro No. 24 y el No. 25. El grupo de pacientes enviado por no tener médico familiar asignado ocupa el 5° lugar en el cuadro No. 25 y el último en el No. 24, esto nos demuestra de los problemas administrativos y de organización en la consulta externa.

Los pacientes enviados para hospitalizarse ocupan el tercer lugar en el cuadro No. 24 y el octavo en el 25, en ambos cuadros se registran pacientes que eran urgencia calificada y que ameritaban la atención de urgencias. Los enviados de su clínica periférica ocupan el 6° lugar en el cuadro No. 24 y el 10° en el No. 25. Los canalizados por ser enviados de su trabajo ocupan el 8° y 9° lugar respectivamente.

En el cuadro No. 26 se hace una observación de los motivos de demanda de consulta en el servicio de urgencia, sin tomar en cuenta su procedencia. Ordenados en forma decreciente está en primer lugar el hecho de recibir consulta más rápido, 214 (56.0 %) del total de 384 personas estudiadas. En 2° lugar los que no desean consultar a su médico familiar, 203 (53.8 %). En 3° los que no alcanzaron consulta externa, 173 (45.0 %). El 4° lugar, lo obtuvieron los que acudieron por no haber consulta en esos momentos, 109 (28.4 %). En 5° los que no mejoraron con el tratamiento prescrito por su médico 89 (23.1 %) de los casos. El 6° está ocupado por los enviados de su trabajo con 80 (20.8 %) pacientes. Le siguen en séptimo lugar los valorados en el servicio por no tener médico familiar asignado que hicieron un total de 47 (12.2 %) de los pacientes vistos.

En octavo lugar se encuentran los enviados de las clínicas periféricas con 31 (8.0 %) pacientes. En 9° recomendados con 24 (6.2 %) de los casos y en último y décimo sitio los enviados para hospitalizarse con 23 (6.0 %) de los casos estudiados.

El porcentaje se calculó tomando como base a los 384 pacientes estudiados y tanto la suma de los casos como de los porcentajes sobrepasan estos parámetros, ya que la mayoría de los pacientes señaló más de un motivo por el que solicitaba la atención médica del servicio de urgencias, no siendo posible descartar unos y darle más importancia a

CUADRO No. 26

FACTORES QUE DEPENDERIAN LA DEMANDA DE ATENCION MEDICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS.

H.G.Z. C/M.F. No. 1, MEXICALI, B.C.

DE ABRIL A SEPTIEMBRE DE 1984

M O T I V O S	NUMERO DE CASOS	% *
Recibir consulta más rápido	214	56.0
No desean consultar a su Médico Familiar	203	52.8
No alcanzar consulta externa	173	45.0
No haber consulta en ese momento	109	28.4
No mejorar con el tratamiento prescrito por el Médico Familiar ó Esp.	89	23.1
Enviados de su trabajo	80	20.8
No tener Médico Familiar asignado	47	12.2
Ser enviados de su Clínica Periférica	31	8.0
Recomendados	24	6.2
Hospitalizarse	23	6.0

NOTA: * EN RELACION AL TOTAL DE 384 PERSONAS ESTUDIADAS

FUENTE: DIRECTA

uno solo de los motivos señalados.

En los cuadros Nos. 27, 28 y 29 se muestra la calidad de atención personal prestada a los pacientes, referida por ellos mismos, de parte de las recepcionistas, enfermeras y médicos que laboran en el servicio de urgencias, en relación a su procedencia y calificación de urgencia. En términos generales, se puede observar que son los pacientes que no ameritan la atención de urgencia quienes, en forma más frecuente, la califican de regular o mala, y de acuerdo a su procedencia no se encuentran diferencias notables. Lo anterior es debido a que son estos pacientes los que tienen un promedio de tiempo de espera mayor, en relación a los que sí la ameritan y aún más con los que si presentan una urgencia mayor.

En el cuadro No. 30 se concentra la información de los tres cuadros anteriores, y además y además nos deja ver que son las recepcionistas quienes tienen un mayor porcentaje de calificación como mala, en relación a los médicos, quienes le siguen en esta calificación y en tercer lugar las enfermeras, quienes son mejor calificadas, seguidas por los médicos y por último las recepcionistas.

En términos generales, las tres categorías del personal obtuvieron un porcentaje alto, al ser calificada como buena su atención prestada. Siguiéndole en porcentaje la atención regular y por último la mala. Lo cual se puede observar claramente en la gráfica No. 8.

En el cuadro No. 31, se muestra la calidad de atención médica, prestada por los médicos del servicio de urgencias adultos, en cuanto a su preparación para la atención de urgencias vistas con más frecuencia en el servicio. Nos podemos dar cuenta que existe un rango de variación muy grande en cuanto a los aciertos obtenidos por el médico y que va desde cero hasta 23, 4 de ellos (26.7 %) obtuvieron 17 aciertos

CUADRO No. 27

CALIDAD DE LA ATENCION PRESTADA POR LAS RECEPCIONISTAS. VALORADA POR LOS PACIENTES ESTUDIADOS, EN RELACION POR SU CALIFICACION DE URGENCIA Y PROCEDENCIA.

E.G.Z. C/M.F. No. 1, MEDICALI, B.C.

DE ABRIL A SEPTIEMBRE DE 1984

PROCEDENCIA	CALIF. URGENCIA	CALIDAD DE LA ATENCION			TOTAL	%
		BUENA	REGULAR	MALA		
DOMICILIO	U.C.	6	3	0	9	2.4
	A.A.U.	13	3	1	17	4.5
	NO A.A.	51	16	29	96	25.4
ENVIADO POR EL COORDINADOR DE CONSULTA EXTERNA.	U.C.	3	0	0	3	0.8
	A.A.U.	7	1	0	8	2.1
	NO A.A.	34	15	37	86	22.7
ENVIADO POR MEDICO FAMILIAR O ESPECIALISTA	U.C.	5	1	0	6	1.6
	A.A.C.	12	4	0	16	4.3
	NO A.A.	32	10	24	66	17.4
TRABAJO	U.C.	2	0	0	2	0.6
	A.A.C.	33	2	1	36	9.5
	NO A.A.	29	4	0	33	8.7
TOTALES		227	59	92	378	100.0

CLAVE: U.C. URGENCIA CALIFICADA

A.A.U. ALERITAN ATENCION DE URGENCIAS

NO A.A. NO ALERITAN ATENCION DE URGENCIAS

NOTA: 6 DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS NO CONTESTARON ESTA PREGUNTA.

FUENTE: DIRECTA

CUADRO No. 28

CALIDAD DE ATENCION PRESTADA POR LAS ENFERMERAS. VALORADAS POR -
LOS PACIENTES ESTUDIADOS EN RELACION DE CALIFICACION DE URGENCIA
Y SU PROCEDENCIA.

H.G.Z. C/M.F. No. 1, MEXICALI, B.C.

DE ABRIL A SEPTIEMBRE DE 1984

PROCEDENCIA	CALIFI- CACION URGENCIA	CALIDAD DE LA ATENCION			TOTAL	%
		BUENA	REGULAR	MALA		
DOMICILIO	U.C.	8	1	0	9	2.4
	A.A.U.	17	0	0	17	4.5
	NO A.A.	60	29	7	96	25.4
ENVIADO POR EL COORDINA- DOR DE CON- SULTA EXTER- NA	U.C.	2	1	0	3	0.8
	A.A.U.	8	0	0	8	2.1
	NO A.A.	61	21	4	86	22.7
ENVIADO POR MEDICO FAMI- LIAR O ESPE- CIALISTA	U.C.	5	1	0	6	1.6
	A.A.C.	15	1	0	16	4.3
	NO A.A.	40	18	8	66	17.4
TRABAJO	U.C.	2	0	0	2	0.6
	A.A.C.	35	1	0	36	9.5
	NO A.A.	33	0	0	33	8.7
TOTALES		286	73	19	378	100.0

CLAVE: U.C. URGENCIA CALIFICADA
A.A.U. AMERITAN ATENCION DE URGENCIAS
NO A.A. NO AMERITAN ATENCION DE URGENCIAS

NOTA: 6 DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS NO CONTESTARON ESTA PREGUNTA

FUENTE: DIRECTA

CUADRO No. 29

CALIDAD DE ATENCION PRESTADA POR LOS MEDICOS. VALORADAS POR LOS PACIENTES ESTUDIADOS EN RELACION DE CALIFICACION DE URGENCIA Y SU PROCEDENCIA.

H.G.Z. C/M.F. No. 1, MEXICALI, B.C.

DE ABRIL A SEPTIEMBRE DE 1984

PROCEDENCIA	CALIFI- CACION URGENCIA	CALIDAD DE LA ATENCION			TOTAL	%
		BUENA	REGULAR	MALA		
DOMICILIO	U.C.	9	0	0	9	2.4
	A.A.U.	14	3	0	17	4.5
	NO A.A.	57	33	6	96	25.4
ENVIADO POR EL COORDINA- DOR DE CON- SULTA EXTER- NA	U.C.	2	1	0	3	0.8
	A.A.U.	8	0	0	8	2.1
	NO A.A.	53	27	6	86	22.7
ENVIADO POR MEDICO FAMI- LIAR O ESPE- CIALISTA	U.C.	5	1	0	6	1.6
	A.A.U.	13	3	0	16	4.3
	NO A.A.	39	19	8	66	17.4
TRABAJO	U.C.	2	0	0	2	0.6
	A.A.C.	32	1	3	36	9.5
	NO A.A.	26	5	2	33	8.7
TOTALES		260	93	25	378	100.0

CLAVE: U.C. URGENCIA CALIFICADA
 A.A.U. AMERITAN ATENCION DE URGENCIAS
 NO A.A. NO AMERITAN ATENCION DE URGENCIAS

NOTA: 6 DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS NO CONTESTARON ESTA PREGUNTA

FUENTE: DIRECTA

CUADRO No. 30

CALIDAD DE ATENCION PRESTADA POR EL PERSONAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS. VALORADA POR LOS PACIENTES ESTUDIADOS CON RELACION A SU PROCEDENCIA.

H.G.Z. C/M.F. No.1, MEXICALI, B.C.

DE ABRIL A SEPTIEMBRE DE 1984

PERSONAL	CALIDAD	PROCEDENCIA				TOTAL	* %
		DOM	C.C.E.	M.F. 6.ESP.	TRAB.		
RECEPCIONISTA.	BUENA	70	44	49	64	227	60.0
	REGULAR	22	16	15	6	59	15.6
	MAIA	30	37	24	1	92	24.4
ENFERMERAS	BUENA	85	71	60	70	286	75.6
	REGULAR	30	22	20	1	73	19.4
	MAIA	7	4	8	0	19	5.0
MEDICOS	BUENA	80	63	57	60	260	68.8
	REGULAR	36	28	23	6	93	24.6
	MAIA	6	6	8	5	25	6.6

CLAVE: DOM DOMICILIO

C.C.E. ENVIADO POR EL COORDINADOR DE LA CONSULTA EXTERNA

M.F. 6 ESP. ENVIADO POR EL MEDICO FAMILIAR O ESPECIALISTA

TRAB. TRABAJO

NOTA: * ES EN RELACION AL TOTAL DE 378 PACIENTES ESTUDIADOS

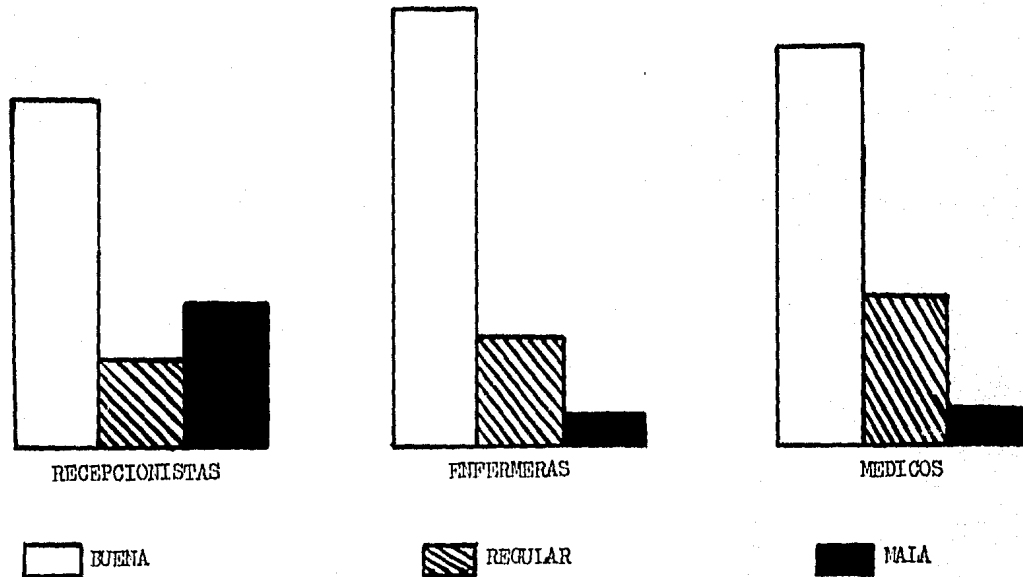
FUENTE: DIRECTA

GRAFICA No. 8

CALIDAD DE ATENCION PRESTADA POR EL PERSONAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS, VALORADAS POR LOS PACIENTES ESTUDIADOS CON RELACION A SU PROCEDENCIA.

H.G.Z. C/M.F. No. 1, MEXICALI, B.C.

DE ABRIL A SEPTIEMBRE DE 1984



FUENTE: CUADRO No. 30

2(13.3 %), 16 aciertos, 2 (13.3 %) obtuvieron 15; 1 (6.7 %) no acertó ninguna pregunta, 1(6.7 %) obtuvo 13 aciertos, 1 (6.7 %) acertó 14; - 1 (6.7 %), 18 1 (6.7 %), 19; 1 (6.7 %) acertó en 23 de las preguntas del cuestionario realizado. Dos de los médicos son egresados de la residencia de la especialidad de medicina familiar, uno de ellos obtuvo 17 aciertos y el otro 23. Se obtuvo un promedio por médico de 15.9 aciertos con una desviación standard de 5.96.

En el cuadro No. 32 se representan los resultados obtenidos del grupo control, integrado por médicos residentes de la especialidad de medicina familiar, tanto de primer año como de segundo. En ellos el rango fué de 20 a 24 aciertos, 6 (40.0 %) obtuvieron 22 aciertos; 4 (26.7 %), 23 2 (13.3 %), 21; 2 (13.3 %), 20 y 1 (6.7%) acertó en 24 de las preguntas. El promedio por médico fué de 22 aciertos y la desviación standard de 1.2.

En el cuadro No. 33 se encuentran representados los resultados de ambos grupos, en forma comparativa; y vemos que el total de aciertos para el grupo estudiado es menor (239), en comparación con el grupo control (330) y aún lo es más en relación al total de aciertos esperados (375).

En cuanto al promedio por médico ocurre lo mismo, el grupo estudiado obtuvo 15.9, el grupo control 22 contra 25 aciertos por médico esperados. En cuanto a la desviación standard, se observa una mayor dispersión en el grupo estudiado, ya que su rango de aciertos fué mayor en comparación con el grupo control que tuvo un rango de aciertos menor y por lo mismo su dispersión es menor.

Lo anterior nos permite ver que la calidad de atención médica, por parte de los médicos y personal responsable que laboran en el servicio de urgencias calificadas es bajo, en relación al grupo control -

VALORACION DE LA CALIDAD DE ATENCION MEDICA PRESTADA POR LOS MEDICOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS ADJUNTOS.

H.G.Z. C/M.F. No. 1, MEXICALI, B.C.

DE ABRIL A SEPTIEMBRE DE 1984

ACIERTOS POR MEDICO	NUMERO DE MEDICOS	%
0	1	6.7
13	1	6.7
14	1	6.7
15	2	13.3
16	2	13.3
17	4	26.7
18	1	6.7
19	1	6.7
22	1	6.7
23	1	6.7
TOTAL	15	100.0

NOTA: EL PROMEDIO POR MEDICO ES IGUAL A 15.9
LA DESVIACION STANDARD 5.96

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A LOS MEDICOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS.

CUADRO No. 32

VALORACION EN EL GRUPO CONTROL* PARA CALIFICAR LA CALIDAD DE ATENCION MEDICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS.

H.G.E. C/M.F. No. 1, MEXICALI, B.C.

DE ABRIL A SEPTIEMBRE DE 1984

ACIERTOS POR MEDICO	NUMERO DE MEDICOS RESIDENTES	%
20	2	13.3
21	2	13.3
22	6	40.0
23	4	26.7
24	1	6.7
TOTAL	15	100.0

NOTA: EL PROMEDIO POR MEDICO ES IGUAL A 22.0
LA DESVIACION STANDARD 1.2

FUENTE * : ENCUESTAS APLICADAS A LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE PRIMER Y SEGUNDO AÑO.

integrado por los médicos y residentes que brindan apoyo en este servicio.

En la gráfica No. 9 se muestra lo expuesto anteriormente.

CUADRO No. 33

CALIDAD DE ATENCION MEDICA ENTRE EL GRUPO CONTROL Y LOS MEDICOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS.

H.G.Z. C/H.F. No. 1, MEXICALI, D.G.

DE ABRIL A SEPTIEMBRE DE 1984

GRUPO	NUMERO DE MEDICOS	TOTAL DE ACIERTOS	% *	PROMEDIO POR MEDICO	DESVIACION STANDARD
ESTUDIADO	15	239	63.7	15.9	5.96
CONTROL	15	330	88.8	22.0	1.2
TOTAL DE ACIERTOS ESPERADOS		375	100.0	25.0	

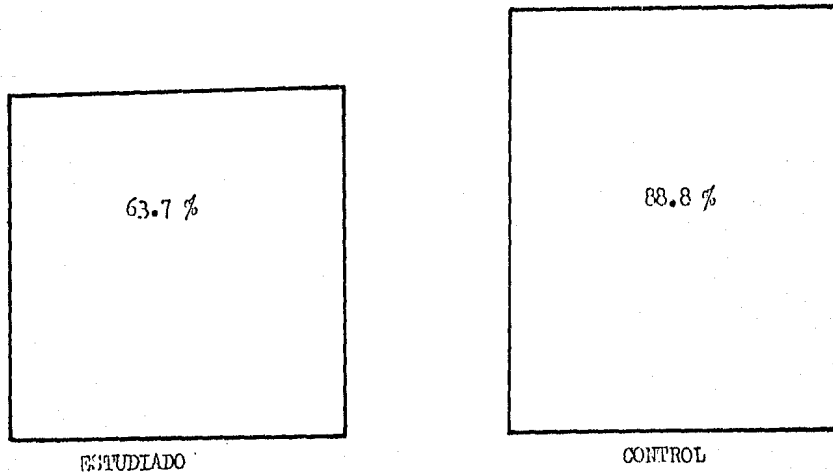
NOTA: * EN RELACION AL NUMERO DE ACIERTOS ESPERADOS.

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A LOS DOS GRUPOS.

GRAFICA No. 9

CALIDAD DE ATENCION MEDICA ENTRE EL GRUPO CONTROL Y LOS MEDICOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS ADJUNTO.

H.G.Z. C/M.F. No. 1, MEXICALI, B.C.
DE ABRIL A SEPTIEMBRE DE 1984



FUENTE: CUADRO No. 33

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos nos podemos dar cuenta de:

- 1.- Las causas de consulta del servicio de urgencias de adultos de esta unidad, son padecimientos que, en su mayoría, no representan una urgencia mayor, y pocos son los casos que ameritan la revisión de urgencias, y pueden ser vistos en la consulta externa, ya que un gran porcentaje de ellos tienen una evolución larga y son padecimientos crónicos sin complicaciones.
- 2.- El porcentaje de urgencias calificadas es bajo en el servicio de urgencias de esta unidad, aún más que el referido en la bibliografía consultada, para otras unidades, la mayoría de ellas extranjeras; en relación a la demanda de consulta.
- 3.- La mayoría de los pacientes que acuden al servicio de urgencias, provienen de su domicilio. Sin embargo al formar dos grupos; se establece que aproximadamente el 50 % de los pacientes, que solicitan atención, proceden del médico familiar o especialista y de los médicos coordinadores de la consulta externa; y el otro 50 % provienen de su domicilio o su trabajo. De estos pacientes, quienes justifiquen en un porcentaje mayor su atención, son los provenientes de fuera de la unidad.
- 4.- En cuanto a la oportunidad de atención médica, para los casos de urgencia; esta es aceptable, aún para los pacientes que sin presentar una urgencia ameritan la atención y continúa siendo buena para los que no justifican su valoración en este servicio. Sin embargo, si estos últimos pacientes fueran vistos en la consulta externa, esta oportunidad podría mejorarse para aquellos que acudieron con una urgencia calificada.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 5.- La demanda de atención médica en el servicio de urgencias es mayor los días sábados, domingos y festivos, en relación a los días hábiles.
- 6.- La demanda de atención de acuerdo al turno de trabajo y considerando todos los días del mes, sigue un orden decreciente, siendo más alta en el turno matutino, seguida del vespertino y al final una menor demanda en el turno nocturno. Siendo la diferencia entre el turno matutino y vespertino mínima (3 %). En cuanto al horario, la demanda durante el día parece ser mayor en los periodos correspondientes al inicio y fin de los turnos de la consulta externa.
- 7.- Los recursos de personal de acuerdo a los turnos, en los días hábiles, es semejante en cuanto a médicos de base se refiere, y es menor en el número de residentes y de internos de pregrado para los turnos vespertino y nocturno; esta diferencia sigue siendo igual al considerar al personal de enfermería, quienes son menos, aún, en el turno nocturno y representando una tercera parte de recepción, es igual en los tres turnos, sin embargo debe aclararse, que tanto en el turno matutino existe una recepcionista de urgencias y una destinada a admisión, para los turnos vespertino y nocturno, la única recepcionista hace las dos funciones.
- Esta diferencia de fuerza de trabajo, entre el turno matutino y vespertino, no están justificadas si se considera el volumen de demanda del servicio de urgencias, no así en el turno nocturno, en donde el volumen de demanda es menor.
- No fué posible hacer un análisis entre la demanda y la fuerza de trabajo asignada por turno, los días sábados, domingos y festivos dado que el número de personal fué muy fluctuante, habiendo en ocasiones 8 médicos de base cubriendo el total del día, distribuidos en cuatro para el turno matutino, tres para el vespertino

y uno para el nocturno, y en otras ocasiones, dos para el matutino tres para el vespertino, y en otras ocasiones dos para el matutino uno para el vespertino y uno para el nocturno. Estas diferencias no existen en cuanto al personal becario, pero si para el personal de enfermería, fundamentalmente los días festivos, en que se reduce el número del personal y además es cubierto por enfermeras que desempeñan labores de sustitución.

- 8.- La mitad de las atenciones proporcionadas en el servicio de urgencias se otorga a pacientes provenientes de la unidad y otros que provienen de fuera, siendo los que provienen de su trabajo quienes más justifican su atención de los provenientes de la unidad, es más alto el porcentaje de los enviados por el coordinador de la consulta externa, y son estos quienes menos justifican su atención en urgencias.
- 9.- Los pacientes que presentan una urgencia calificada, tienen su mayoría, un corto tiempo de evolución de su padecimiento y prácticamente ninguno de ellos ha recibido previamente atención con el médico familiar, con excepción de aquellos que son enviados por el médico tratante.
- 10.- El menor tiempo de espera para recibir atención en el servicio de urgencias podría ser un motivo importante para determinar la preferencia de los pacientes para acudir a él, sin siquiera haber solicitado su atención en la consulta externa.
- 11.- Los pacientes que provienen de su domicilio prefieren la atención del servicio de urgencias, fundamentalmente por mayor rapidéz con que son atendidos. Parece claro que el motivo fundamental es recibir una atención inmediata, en pocos minutos, no importando la naturaleza de su padecimiento.

- 12.- Un volúmen no depreciable, solicitan atención de urgencias, por no tener médico familiar asignado; lo que podría significar una falta de oportunidad en los trámites de adscripción al médico familiar.
- 13.- Las clínicas periféricas al hospital general, usan con alguna frecuencia el servicio de urgencias, como un servicio de apoyo para el diagnóstico o por no contar con servicios de urgencias en sus propias unidades, siendo pocos los pacientes enviados — los que justifican la utilización de este servicio.
- 14.- Los pacientes enviados por el médico familiar o especialista, justifican menos su atención en el servicio de urgencias, siendo también el deseo de estos pacientes ser atendidos con el menor tiempo posible de espera; al igual que los enviados por el médico coordinador de la consulta externa. No fué posible dilucidar que especialidades utilizan mejor este servicio, sin hacer envíos innecesarios.
- 15.- Cuando la calidad de atención prestada por el personal del servicio, es valorada por los enfermos que soliciten la atención; son las enfermeras las mejores calificadas, seguidas por los médicos y finalmente por las recepcionistas. Esta valoración podría estar condicionada por muchos factores para lo cual no tenemos información que nos permita atribuirles un peso específico. Solo nos atrevemos de manera hipotética, a señalar algunos hechos a los cuales podría atribuírseles la valoración que el paciente da.

La recepcionista representa la imágen de la persona que solicita todos los requisitos para dar el servicio y en ocasiones le hace ver al paciente que es en la consulta externa en donde debe ser atendido. El médico, sabiendo que no se trata de una ur-

gencia, solo dedica el tiempo necesario a la revisión del paciente y quizá no es complaciente con él en la demanda de medicamentos e incapacidades, y en general lo canaliza a la consulta externa, por lo que no establece una duración verdadera con el paciente. La enfermera por el contrario, es la que probablemente se acerca más al paciente, le indica donde acostarse, lo provee de ropa adecuada, - le toma signos vitales y le aplica los medicamentos, que al final de cuentas disminuyen el dolor o la tensión del paciente.

16.- El personal médico de base del servicio de urgencias, tiene un grado no uniforme de preparación para resolver los casos de urgencia calificada; al menos al juzgar, por su grado de conocimientos, manifestado ante un cuestionario; la mayoría tuvo una calificación baja.

17.- El personal de residentes asignado al servicio de urgencias mostró una preparación más uniforme y mucho más alta, al responder los cuestionarios realizados, en relación al personal médico de base.

COMENTARIOS

Resultó falsa la hipótesis de que el mayor porcentaje de pacientes proviene de la consulta externa.

Resultó falsa la hipótesis de que la oportunidad de atención médica en el servicio de urgencias sea inadecuada.

Resultó falsa la hipótesis de que en el servicio de urgencias, la mayor demanda se genera en el turno vespertino. Y por el contrario es probable que la mayor demanda se genera al inicio de los turnos de consulta externa.

Dada la morbilidad del servicio de urgencias, y lo reducido del número de padecimientos que representan una urgencia mayor; no se requiere de un gran esfuerzo por parte del médico, ni institucional, para mantenerse actualizado en el correcto manejo de estos padecimientos.

SUGERENCIAS

El personal médico de la unidad, debe ser informado con hechos de la inadecuada utilización que se hace de este servicio, al remitir a él pacientes que no ameritan atención urgente.

El público derechohabiente debe ser informado, por el personal que se considere conveniente, tanto en el hospital, clínicas periféricas, como centros de trabajo de esta inadecuada utilización del servicio.

Debe fomentarse en la población derechohabiente, su aceptación para esperar el tiempo necesario, en la atención de padecimientos no urgentes.

Sería prudente revisar la fuerza de trabajo, fundamentalmente, — los días sábados, domingos y festivos, y en el turno vespertino, de — acuerdo a la real demanda de atención.

Consideramos que corresponde al cuerpo directivo de la consulta — externa analizar estos hechos, y de considerarlos válidos, modificar — su actitud derivativa de pacientes al servicio de urgencias.

Es deseable incrementar el grado de conocimientos teóricos, y de ser posible evaluar el conocimiento práctico del personal médico de — base del servicio de urgencias. Un procedimiento que sería útil, en— viar en forma calendarizada a los médicos de urgencias a los distin— tos servicios de especialidad, para adiestrarse en el manejo de pa— cientes en estado crítico; y así analizar lo que se hace en el servi— cio de urgencias y en lo que los servicios de especialidad se reclama.

Consideramos que las trabajadoras sociales poco participan en to do el proceso de atención de un paciente que asiste al servicio de ur gencias con una urgencia calificada; sin embargo podrían ser un canal de información entre el hospital y la familia del paciente y para los que no están en estado crítico podría ser el vehículo de información, que el hospital utilice para adecuar la demanda del servicio de urgen cias.

Dada la morbilidad en urgencias, tal parece que lo que más se ne cesita es consulta de medicina familiar, con más recursos de los que ya existen, a incrementar el volumen de personal en el servicio de ur gencias.

CUESTIONARIO DEDICADO A LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS.

- 1.- Procedencia:
 - a) Domicilio _____
 - b) Su trabajo _____
 - c) Lo envía su Médico Familiar o especialista _____
 - d) Lo envía el Coordinador de la Consulta Externa _____.

- 2.- Tiene médico familiar?: Si _____ No _____.

- 3.- Desea esperar la consulta con su Médico Familiar?: Si _____ No _____

- 4.- Alcanzó consulta con su Médico Familiar ó Especialista?: Si _____ No _____.

- 5.- Si lo envía su Médico Familiar, Especialista ó Coordinador de la Consulta Externa es por:
 - a) Presentar una urgencia: Si _____ No _____
 - b) Ameritar la atención en urgencias: Si _____ No _____
 - c) Para hospitalizarlo: Si _____ No _____
 - d) Por ser recomendado: Si _____ No _____
 - e) Por no alcanzar consulta con su Médico Familiar o Especialista: Si _____ No _____

- 6.- Causas por las que acude al servicio de urgencias:
 - a) Recibe consulta más rápido: Si _____ No _____
 - b) Lo envían de su trabajo: Si _____ No _____
 - c) Lo envían de su clínica periférica: Si _____ No _____
 - d) Por no haber consulta externa en ese momento: Si _____ No _____
 - e) Por no mejorar con el tratamiento especificado por su Médico Familiar ó Especialista: Si _____ No _____.

- 7.- Considera Ud. su enfermedad como una urgencia?: Si _____ No _____.

- 8.- Cree que podría esperar la consulta con su Médico Familiar: Si _____ No _____

- 9.- Cuanto tiempo tuvo que esperar para recibir consulta en el servicio de urgencias?:
 - a) Pasó inmediatamente _____
 - b) De 1 a 15 min. _____
 - c) De 15 a 30 " _____
 - d) De 30 a 45 " _____
 - e) Más de 45 " _____

- 10.- De que inició su enfermedad a que acudió al servicio de urgencias - ha pasado:

- a) Menos de 1 hora _____
- b) De 1 a 3 horas _____
- c) De 3 a 24 " _____
- d) 1 a 10 días _____
- e) 10 a 30 días _____
- f) Más de 1 mes _____

11.- Considera Ud., que la atención recibida en el servicio de urgencias adultos es:

	BUENA	REGULAR	MALA
a) Por parte de la recepcionista	_____	_____	_____
b) Por parte de las enfermeras	_____	_____	_____
c) Por parte de los Médicos	_____	_____	_____

12.- La siguiente información será tomada del expediente, y será dada por el médico que atendió al paciente:

- a) Diagnóstico:
- b) Urgencia calificada: Si _____ No _____
- c) amerita atención de urgencia: Si _____ No _____
- d) Accidente de trabajo: Si _____ No _____
- e) 1a. vez _____ Subsecuente _____

ENCUESTA DISEÑADA A LOS MÉDICOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS

- 1.- Causa más frecuente de muerte en la intoxicación aguda por barbitúricos.
- a) Infección aguda
 - b) Insuficiencia renal
 - c) bloqueo cardíaco
 - d) depresión respiratoria
 - e) broncoaspiración
- 2.- Sustancia que aumenta la fuerza de contracción de la fibra miocárdica insuficiente.
- a) Propanolol
 - b) Quinidina
 - c) Papaverina
 - d) Hidrocortisona
 - e) Lanatósido C.
- 3.- Los siguientes son datos de intoxicación digitalica, "EXCEPTO":
- a) Vómito
 - b) Dolor cardíaco
 - c) Trastornos visuales
 - d) Anorexia
 - e) Arritmias cardíacas
- 4.- La solución electrolítica indicada en la cetoacidosis diabética es
- a) Ringer lactado
 - b) Salina
 - c) Lactato de sodio
 - d) Glucosada
 - e) Darrow
- 5.- El manejo de la diabetes juvenil inestable descompensada por hiperglicemia sin cetoacidosis se trata con:
- a) Insulina únicamente
 - b) Insulina y tolbutamida
 - c) Fenformín y glucagon
 - d) Clorpropamida e insulina
 - e) Insulina, glibenclamida y fenformin
- 6.- En la crisis de hipertensión arterial se emplea:
- a) Diazóxido
 - b) Acido nicotínico
 - c) Hidralazina
 - d) Papaverina
 - e) Sulfato de magnesio

7.- El antibiótico de uso más frecuente en el tratamiento de la faringoamigdalitis aguda es:

- a) Penicilina benzatínica
- b) Ampicilina
- c) Penicilina procainica
- d) Eritromicina
- e) Dicloxacilina

8.- Ante la evidencia de un paro cardíaco, lo primero que se debe de hacer es:

- a) Revisar pulso y ruidos cardíacos
- b) Masaje cardíaco a cielo abierto
- c) aplicar adrenalina intracardíaca
- d) Dar choque eléctrico con desfibrilador
- e) Masaje cardíaco externo

9.- Por medio del E.C.G. se pueden conocer los siguientes datos, "EXCEPTO"

- a) Crecimiento auricular
- b) Alteraciones del ritmo
- c) Gasto cardíaco
- d) Acción digilática
- e) Insuficiencia coronaria

10.- Síntoma principal del abdomen agudo:

- a) Resistencia muscular
- b) Alteraciones del peristaltismo
- c) Dolor
- d) Vómito
- e) Fiebre

11.- En la fisiología de la diarrea encontramos:

- a) Disminución de la peristálsis intestinal
- b) Anorexia postprandial
- c) Inflamación de la mucosa gástrica
- d) Aumento de la presión venosa central
- e) Pérdida exagerada de líquidos

12.- El punto de McBurney se localiza en:

- a) El epigastrio
- b) El hipogastrio
- c) El flanco lateral derecho
- d) La fosa ilíaca derecha
- e) La fosa ilíaca izquierda

13.- La causa más frecuente de la apendicitis aguda es:

- a) Tuberculosis de las placas de Peyer
- b) Infección tifoidica
- c) Parasitosis
- d) Obstrucción de la luz de la apéndice
- e) Constipación

14.- Los datos para diagnosticar la intoxicación alcohólica aguda son:

- a) Verborrea y cianosis
- b) Aceleración del pulso e hipertensión arterial
- c) Aliento alcohólico y signos cerebelosos
- d) Congestión de mucosas y deshidratación
- e) Diplopia y miosis

15.- Las quemaduras de 2° grado son:

- a) Las que abarcan epidermis y son extensas
- b) Incluyen epidermis, dermis y músculo
- c) Afectan epidermis y dermis
- d) No importa su extensión pero afectan todos los tejidos
- e) Se presentan principalmente en cara

16.- Ante una fractura expuesta la conducta de urgencia es:

- a) Mitigar el dolor
- b) Cierre de la herida
- c) Reducción de la fractura
- d) Tomar Rayos "X"
- e) Aplicación de toxoide tetánico

17.- Medicamento de elección en el tratamiento de crisis asmática:

- a) Corticoides
- b) Aminofilina
- c) Salbutamol tabletas
- d) Salbutamol en aerosol
- e) Isoproterenol

18.- Masculino de 42 años de edad diabético, con 12 años de evolución de una hernia inguinal derecha reductible. Su padecimiento actual lo inició hace 12 horas posterior a un esfuerzo físico importante notando imposibilidad de reducir su hernia y asociándose náuseas vómito y dolor abdominal intenso, tipo retortijón, difuso en todo el abdomen. A la exploración física T.A. 110/70, F.C. 120 X', Temp. de 38.0°C. El abdomen se encuentra distendido, se auscultan ruidos intestinales tímpanicos, en región inguinal derecha existe una tumoración dura de aproximadamente 8 cm. de diámetro y dolorosa. Glu cosa de 280 μ .

18.1.- El síndrome que podemos establecer con el cuadro clínico anterior es:

- a) Intestino corto
- b) Mala absorción
- c) Oclusión intestinal
- d) Necrosis intestinal
- e) Choque hipovolémico

18.2.- La complicación mas grave de una hernia no reductible es:

- a) Alcalosis metabólica por vómito persistente
- b) Acidosis metabólica por vómito persistente
- c) Choque hipovolémico
- d) Gangrena intestinal
- e) Broncoaspiración

18.3.- El manejo inicial del paciente debe ser con:

- a) Reducción forzada de la hernia
- b) Ayuno, soluciones parenterales y drenaje gastrointestinal
- c) Soluciones y bicarbonatos exclusivamente
- d) Ampliar sus estudios con tomografía computarizada de abdomen
- e) Ayuno, plasma fresco congelado y bicarbonato de sodio

18.4- La hernia inguinal tiene indicaciones quirúrgicas:

- a) Cuando se diagnostica
- b) Sólo en edad pediátrica
- c) Cuando se complica con isquemia intestinal exclusivamente
- d) Sólo cuando no es reductible
- e) Ninguna de las anteriores

18.5.- Con que fármaco debe manejarse el estado diabético del paciente en el momento actual

- a) Tolbutamida
- b) Fenilbiguanida
- c) Insulina simple
- d) Insulina NPH
- e) Insulina de acción intermedia

19.- Hombre de 38 años con historia de hipertensión arterial sistémica de 3 años de evolución, desde hace 3 días tiene disnea, edema de miembros inferiores y cefalea. Su T.A. es de 180/130 mm de Hg., - tiene papiledema bilateral con mácula estelar y hemorragias en - flama, hay ingurgitación yugular grado II, estertores crepitantes en ambas bases pulmonares y galope protodiastólico, la orina contiene cilindros hialinos, tiene cambios inespecíficos del S-T y la onda P en el electrocardiograma. La radiografía de tórax muestra datos de hipertensión venocapilar pulmonar.

19.1.- La hipertensión de este paciente se debe más probablemente:

- a) Aumento de la producción de catecolaminas
- b) Aumento de la producción de aldosterona
- c) Aumento de la producción de renina
- d) Aumento de la producción de prostaglandinas
- e) Hipertensión intracraneana

19.2.- Las alteraciones del fondo de ojo son más probablemente debidas

- a:
- a) Hipertensión arterial sistémica antigua pero activa
 - b) Hipertensión arterial reciente pero activa
 - c) Hipertensión arterial reciente muy activa
 - d) Hipertensión arterial sistémica antigua muy activa
 - e) Tumor intracraneano

19.3.- El tratamiento inmediato de elección de este paciente debe hacerse con:

- a) Nitroprusiato de sodio
- b) Furosemide
- c) Hidralazina
- d) Dexametasona
- e) Reserpina

20.- Cuáles son las necesidades del servicio y que sugiere Ud., para -
mejorar el servicio.

A P E N D I C E

Espero haber cumplido con mi anhe
lo profesional, de participar en
los problemas de este hospital, -
del cual tanto he aprendido; y es
taría satisfecha con saber que es
te pequeño esfuerzo amerita la -
crítica.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Oaks, W.W.; Spitzer, S. y Moyer, J.H.: Concepto general de los servicios médicos de urgencia. Utilización de los servicios de enfermería y del personal paramédico en el departamento de urgencias. - Personal del servicio de urgencias. EN: Cuidados en las Unidades - de Urgencias. Salvat Edit., S.A., Barcelona, 1974, Pp. 3, 7, y 13.
- 2.- Nota Editorial: Potenciales y limitaciones de los servicios médicos de emergencia. Hospitals. Vol. 47, 10 May, 16, 1973.
- 3.- Miles, I.: Care of emergencies in the United Kingdom. Br. Medical Journal. 283:847-849, 26 September 1981.
- 4.- Frechette, A.L. y, Russo, P.K.: Emergency Medical Services. The - New England Journal of Medicine 301(20):1118-1121, Nov. 15, 1979.
- 5.- Montgomery, B.J.: Emergency medical services a new phase of development. JAMA. 243(10):1017-1021, March 14, 1980.
- 6.- Rachel Oberlander.: Medical care on a day in may. Hospitals. November 1: 131-136, 1979.
- 7.- Valman, H.B.: Services for children: accident and emergency departments and inpatients. Br. Medical Journal. 284:1023-1026, 3 Abril 1982.
- 8.- Cox, J. y, Chapman, T.G.: General practitioner attendance at emergencies notified to ambulance control.: Br Medical Journal. 289: 165-166, 21 July 1984.

- 9.- Barquín, M.: Planación de los servicios de hospitalización. Organización de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento. - Servicio de admisión y jerarquización del personal del archivo. En Dirección de Hospitales, Organización de la Atención Médica. 3a. - Ed. Interamericana, 1972, Pp. 11, 125, y 284.
- 10.- Abson, E.P.: What is "emergency"? Br. Medical Journal. 565, 23 - august 1980.
- 11.- Varela, R.C.: Boletín Médico del I.M.S.S. 49(11): Nov. 1977.
- 12.- By a special correspondent.: What are accident and emergency departments for?. Br. Medical Journal. 2:837-839, 6 October 1979.
- 13.- Bliss, H.A.: Primary care in the emergency room: high cost and low in quality. The New England Journal of Medicine.: 998, April 22, - 1982.
- 14.- Fajardo, O.G.: Departamentos y Servicios Médicos. En: Teoría y Práctica de la Administración de la Atención Médica y de Hospitales. La Prensa Médica Mexicana., México, 1970, P. 91.
- 15.- Manual del Sistema Médico Familiar. I.M.S.S., 1984.
- 16.- Sandles, G.: Do emergency tests help in the management of acute medical admissions? Br Medical Journal. 289:973-977, 13 October 1984.
- 17.- Hamid, A.H.: Drug-related problems in london accident and emergency departments. The Lancet. 859-862, October 17, 1981.
- 18.- Susan C. Day.; Cook, E.F.; Funkenstein, H. y, Goldman, L. Evaluation and outcome of emergency room patients with transient loss of con-

consciousness. The American Journal of Medicine. 73:15-23, July 1982.

19.- Meredith, T.: Caisley, J. y, Volans, G.: Emergency drugs: Agents used in the treatment of poisoning. Br. Medical Journal. 289:742-746, 22 September 1984.