

Características del paciente demandante de los servicios de atención médica continua

Miriam Leal Torres¹, Juvencio Reyes Bello¹, José Benjamín Román Cerezo²,
Barbara del Carmen Bravo Domínguez¹

¹Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad Medico Familiar No.6. Avenida 15 mayo S/N Valle Dorado 72070 Puebla, Pue.

²Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad de Medicina Familiar No. 55.

Resumen

Objetivo: Determinar las características del paciente demandante del servicio de atención médica continua de la U.M.F No.6.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal, realizado en la Unidad Medico Familiar No 6 IMSS.

Resultados: Se analizó una muestra de 150 pacientes quienes cumplieron con los criterios de inclusión, obteniendo una edad promedio de 40.6 años con una media de ± 19.43 años; el 55% fueron mujeres; 43% de la población con escolaridad bachillerato; ocupación empleados con el 44%, triage verde 55%, la causas de que acudan es por enfermedades crónico-degenerativas con 39%. Se analizaron los diversos rubros sociodemográficos con tablas realizadas por encuestador.

Conclusión: Los pacientes que más demandan atención son los de la 4ta década de la vida que se encuentran activos laboralmente, su estado de salud no pone en riesgo su vida, pero si saturan el servicio de atención médica continua.

Abstract

Objective: To determine the characteristics of the patient demanding the continuous medical care service of the U.M.F No.6.

Material and methods: Descriptive, cross-sectional study, carried out in the Family Medical Unit No. 6 IMSS.

Results: A sample of 150 patients who met the inclusion criteria was analyzed, obtaining an average age of 40 years with a mean of ± 19.43 years; 55% were women; 43% of the population with high school education; Occupancy employees with 44%, green triage 55%, the causes of them coming are due to chronic degenerative diseases with 39%. The various sociodemographic items were analyzed with tables made by an interviewer.

Conclusion: The patients who most demand attention is those in the 4th decade of life who are active at work, their health does not put their life at risk, but they saturate the continuous medical care service.

Conclusion: It was determined that the most common sleep disorder was wake / sleep transit disturbances.

Palabras clave: Atención; Médica; Continua; Paciente.

Key words: Continuous; Medical; Care; Patients.

1. INTRODUCCIÓN

Los servicios de atención médica continua y urgencias en estos últimos años han aumentado en cuanto a la cantidad de consultantes, las causas pueden ser múltiples, pero aún no se han descrito del todo. Se describe que la mayoría de las consultas se solucionan con alta domiciliaria, sobresaliendo que un porcentaje muy pequeño requiere ingreso hospitalario, por lo que se reconoce que la mayoría son urgencias sentidas. El uso inadecuado de estos servicios en la población mexicana puede estar influenciado primordialmente porque es

una prestación laboral de empresas privadas, para los trabajadores y sus familiares que necesita atención médica del IMSS. Según los resultados de otros estudios, entre los factores que predisponen la utilización se encuentran la edad, el estado civil, nivel educativo y de ingresos, así como la región de residencia [1].

Por definición la atención médica continua es el proceso que se caracteriza por realizar intervenciones de atención episódica a la agudización de un problema de salud, donde no se resuelven procesos médicos quirúrgicos que pongan en riesgo la vida [2].

En las unidades la prioridad es la consulta externa de medicina familiar, donde se puede contar con un servicio de atención médica continua en el que se realicen procedimientos de atención de patologías con signos o síntomas iniciales o crónicos que no evolucionan a una patología grave [2]. En las últimas dos décadas, el número de visitas al servicio de atención médica continua ha aumentado 50% [3]. Este aumento ha contribuido al hacinamiento en los servicios y retrasos en la atención [4].

El Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta con 1,517 unidades de medicina familiar que cuentan con servicio de atención médica continua [5]. En la unidad de medicina familiar número 6, se brindan 66,027 consultas de atención médica continua en un año, al mes se otorgan 5,502 consultas.

Se considera que las poblaciones que más utilizan estos servicios son las personas adultas mayores, enfermedades crónicas, enfermedades psicológicas, uso de sustancias psicógenas, escasos recursos [6].

En 1999, el 82% de los pacientes que acuden al servicio de atención médica continua de edad avanzada tenían una o más afecciones crónicas y el 65% tenía múltiples afecciones crónicas. Los ingresos hospitalarios son por complicaciones prevenibles aumentaron con el número de afecciones crónicas [7].

Por otra parte, en muchos países, los departamentos de atención médica continua y urgencias se enfrentan a un aumento en la demanda de servicios, largas esperas y hacinamiento severo. Una respuesta para mitigar el hacinamiento ha sido proporcionar servicios de atención primaria junto con los servicios de urgencias hospitalarios o dentro de ellos para los pacientes con problemas no urgentes [8].

La causa del hacinamiento en los de los servicios es multifactorial y se puede dividir en factores hospitalarios de entrada, rendimiento y salida. Los factores de entrada son aquellos que afectan la demanda de servicios de urgencias; los factores de rendimiento involucran el manejo dentro del servicio de urgencias y determinan la duración de la estadía en el servicio de urgencias de los pacientes; y los factores de salida implican la eficiencia con la que los pacientes son dados de alta o transferidos fuera del servicio de urgencias para continuar la atención en otro lugar [9].

En otro artículo se habla sobre factores sociodemográficos y de utilización del servicio de atención médica continua que no depende de las necesidades de salud de la persona. Los factores se dividen en 3 componentes: presuposición para utilizar los servicios (factores predisponentes), capacidad para obtenerlos (factores facilitadores) y nivel de enfermedad (factores de necesidad), [10].

Entre otros factores que tienen estos pacientes son sociodemográficos, psicológicos, médicos y organizativos, y actúan como moduladores de la necesidad de salud. Parece ser que la edad, junto con el estado de salud, es el determinante principal del número y tipo de servicio sanitario utilizado [11].

En estudios más recientes se han descrito dos tipos de *: el tipo 1, denominado paciente demandante, es el que decide por sí mismo el número de visitas y se relaciona con tres tipos de perfiles (somatizadores, dependientes y faltos de recursos sociales). El tipo 2, o paciente inducido por el procedimiento del mismo equipo de atención primaria, que está relacionado con la práctica clínica [12].

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Para establecer las características del paciente demandante de servicio se realizó un estudio observacional y descriptivo. Se inició el interrogatorio por su nombre, número de seguridad social, sexo, nivel escolar terminado hasta el momento de la encuesta, ocupación, estado civil, nivel socioeconómico medido con la escala de Graffar, el cual tiene 4 variables: Profesión del jefe de familia, Nivel de instrucción de la madre, Principal fuente de ingresos y Condiciones de la vivienda; cada variable se subdivide en 5 niveles más. Se dará un valor del 1 al 5 en cada variable de acuerdo con la respuesta que más se acerque a su situación actual. Se suma el puntaje de cada variable, obteniéndose un valor único y posteriormente se clasificará como sigue: 04-06 puntos: alto, 07-09 puntos: medio alto, 10-12 puntos: medio bajo, 13-16 puntos: obrero y de 17-20 puntos: marginal. Religión, tiempo de esperas para ser atendida en ser servicio de atención medica continua de la unidad, color de triage se tomó de la hoja Rais del servicio de atención médica continua.

3. RESULTADOS

La muestra final fue de 150 pacientes ente el periodo del 01 de agosto al 31 de agosto del año 2020 y que además cumplieran con los criterios de selección. De la población en estudio el sexo femenino es el más recurrente en un 55%.

Tabla 1. Distribución por sexo.

	n	%
Femenino	82	55
Masculino	68	45
Total	150	100

Fuente: Perfil y factores asociados a los pacientes hiperfrecuentadores 2020.

Con relación a la edad, la media de los pacientes fue de 48.6 años, con una \pm 19.43, edad mínima de 20 años y una máxima de 99 años.

Tabla 2. Estadígrafo de edad.

Media	48.6
Mediana	48
Moda	25
Desviación estándar	19.43
Mínimo	20
Máximo	99

Fuente: Perfil y factores asociados a los pacientes hiperfrecuentadores 2020.

Con relación a la escolaridad de los pacientes el 43% fue bachillerato, mientras que analfabetas representa solo el 1%.

Tabla 3. Distribución de escolaridad.

	n	%
Analfabetas	2	1
Primaria	24	16
Secundaria	30	20
Bachillerato	64	43
Carrera técnica	17	11
Licenciatura	13	9
Total	150	100

Fuente: Perfil y factores asociados a los pacientes hiperfrecuentadores 2020.

Acerca de la ocupación de los pacientes el 44% fueron empleados, mientras que 3% son amas de casas.

Tabla 4. Distribución de ocupación.

	n	%
Estudiantes	7	5
Empleado	66	44
Obrero	47	31
Jubilado	25	17
Ama de casa	5	3
Total	150	100

Fuente: Perfil y factores asociados a los pacientes hiperfrecuentadores 2020.

Con respecto al estado civil predomina casado con el 39%, mientras que divorciado se presentó en el 5%.

Tabla 5. Distribución de estado civil.

	n	%
Casado	59	39
Soltero	24	16
Unión libre	24	16
Divorciado	8	5
Viudo	26	18
Separado	9	6
Total	150	100

Fuente: Perfil y factores asociados a los pacientes hiperfrecuentadores 2020.

El nivel socioeconómico según el método de Graffar, se obtuvo que el 50% corresponde al estrato medio bajo, seguido del 3% que pertenece al estrato medio alto.

Tabla 6. Distribución de nivel socioeconómico familiar.

	n	%
Estrato alto	4	3
Estrato medio alto	52	34
Estrato medio bajo	75	50
Estrato obrero	19	13
Total	150	100

Fuente: Perfil y factores asociados a los pacientes hiperfrecuentadores 2020.

La religión fue católica con un 77% (n=115), esto ocurre porque 87.2% de la población de nuestro país son pertenecientes a esta religión.

Tabla 7. Distribución de religión.

	n	%
Católico	115	77
Cristiano	23	15
Testigos de Jehová	12	7
Total	150	100

Fuente: Perfil y factores asociados a los pacientes hiperfrecuentadores 2020.

Correspondiente al Triage, el color verde se presentó en el 55% son aquellos pacientes cuya condición médica no comprometen su vida o pérdida de algún miembro u órgano, mientras que amarillo con el 22%.

Tabla 8. Distribución de triage por el color.

	n	%
Azul	35	23
Verde	82	55
Amarillo	33	22
Total	150	100

Fuente: Perfil y factores asociados a los pacientes hiperfrecuentadores 2020.

En relación con las patologías más comunes por las que acudieron las enfermedades crónicas degenerativas 38%, la falta del apego al tratamiento es un problema grave, así como la carencia de medicamentos otorgados por la institución.

Tabla 9. Distribución de patologías por las que acuden los pacientes.

	n	%
Crónico degenerativo	57	38
Infeciosas	47	31
Osteomusculares	28	19
Psiquiátricas	1	1
Otras	17	11
Total	150	100

Fuente: Perfil y factores asociados a los pacientes hiperfrecuentadores 2020.

4. DISCUSIÓN

De acuerdo con el artículo de Gómez, podemos decir que los resultados son parecidos siendo el sexo femenino, la población que acude de asiduamente, suponemos que esto ocurre ya que representan el pilar del hogar y requieren estar sanas para el cuidado de la familia [6].

Respecto a la edad en el artículo de Seeger del año 2019, describe que en su es población de estudio más de la mitad tenían entre 18 y 39 años similar al nuestro con 40.6 años, probablemente porque los pacientes se encuentran activos laboralmente y requieran acudir al servicio por cuestiones burocráticas como incapacidades [13].

En nuestro estudio se puede observar que la escolaridad bachillerato, la ocupación empleados, estado casados y la religión, que son los predominantes al igual que el estudio de Rodríguez López del año 2016, considero que son parecidos ambos estudios por que el tipo de población y cultura similar [14].

Estrato socioeconómico medio bajo se encontró en este estudio, mientras que en el de Lago del año 2018, se diferencia por tener un estrato bajo ya que su población es inmigrante y la forma de medir el trato no se conoce que herramienta se utilizó [15].

La similitud entre el estudio realizado por Fernández Alonso del año 2018 y el nuestro nos demuestra que el triage azul (I), verde (II) y amarillo (III), son los más utilizados dando a entender que realmente los pacientes

no llegan con patologías que pongan en riesgo su vida y eso provoca una saturación en el servicio y gastos innecesarios [16].

González Peredo y su artículo del año 2018 al igual que el nuestro los pacientes acuden por enfermedades crónico-degenerativas, las causas pueden ser por un mal apego al tratamiento, por descontrol y excesos en la alimentación [17].

5. CONCLUSIÓN

Este estudio es de vital importancia ya que evalúa variables que parecen simples, pero afectan en la atención de los servicios, provocando saturación, gastos innecesarios, ya que si se tuvieran controladas las patologías de base de nuestra población disminuiríamos costos y aumentaría probablemente la calidad de la atención, para aquellos pacientes que en realidad tuvieran una patología que requieran envío a segundo nivel de atención.

Esta investigación queda abierta para dar seguimiento a aquellos pacientes demandantes de atención médica continua y evaluar su calidad de vida a corto, mediano y largo plazo.

REFERENCIAS

- [1] Miranda NG. Trastornos del sueño. *Revista de Medicina e Investigación UAEMéx.* 2018;6(1):74-84.
- [2] Yusta IA, Higes PF, Carvahlo MG. Trastornos del sueño. *Medicine.* 2019;12(72):4205-14.
- [3] Pin AG. El sueño del niño con trastornos del neurodesarrollo. *Medicina.* 2019;79(1):44-50.
- [4] Lira D, Custodio N. Los trastornos del sueño y su compleja relación con las funciones cognitivas. *Rev Neuropsiquiatr.* 2018;81(1):20-28.
- [5] Gruber R, Constatin E, Frappier J, et al. Training, knowledge, attitudes and practices of Canadian health care providers regarding sleep and sleep disorders in children. *Paediatrics & Child Health.* 2017;22(6):322-327.
- [6] Pin AG, Sampedro CM. Fisiología del sueño y sus trastornos. Ontogenia y evolución del sueño a lo largo de la etapa pediátrica. Relación del sueño con la alimentación. Clasificación de los problemas y trastornos del sueño. *Pediatr Integral.* 2018;22(8):358-371.
- [7] Hidalgo VM, De la Calle CT, Jurado LM. Insomnio en la infancia y adolescencia. *Pediatr Integral* 2018;22(8):396-411.
- [8] Kelmanson IA. Sleep disturbances and their co-occurrence with emotional and behavioural problems in elementary school children. *Somnologie.* 2019;1(1):1-11.
- [9] Ryan KK, Chiang JJ, Bower JE, et al. Persistent Low Positive Affect and Sleep Disturbance across Adolescence Moderate Link between Stress and Depressive Symptoms in Early Adulthood. *J Abnorm Child Psychol.* 2019;1(1):1-13.
- [10] Aymerich FC, Miguel MC, Arroba BM, et al. Patrones de sueño de los niños sanos a los 4 años: factores sociales y estilos de crianza. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2019;21:343-356.
- [11] Mínguez R, Hidalgo MI. Los trastornos del sueño en la infancia: Importancia de su diagnóstico y Tratamiento en atención primaria. *Pediatr integral.* 2018;22(8):355-356.
- [12] Gómez CR, Lazan E, Arruda M, et al. Evaluación de los Trastornos del sueño y propuestas de percentiles para los adolescentes. *Arch Argent Pediatr.* 2019;117(2):73-80.
- [13] Cruz NI. Alteraciones del sueño en la infancia. *Congreso de Actualización Pediatría 2020.* Madrid: Lúa Ediciones. 2020;3:337-449.
- [14] Satela SM. International Classification of Sleep Disorders-Third Edition. *Contemporary Reviews in Sleep Medicine.* 2014;146(5):1387-1394.
- [15] Pujol SJ, Pin AG, De la Calle CT, et al. Abordaje del insomnio en el niño. *FMC.* 2018;25(6):361-365.
- [16] Alonso AM, Mínguez VR. Trastornos respiratorios del sueño. Síndrome de Apnea-Hipoapnea del sueño. *Pediatr Integral.* 2018;22(8):422-436.

- [17] Maiques TE, Merino AM. Déficit crónico de sueño. Causas. Narcolepsia. *Pediatr Integral*. 2018;22(8):437-445.
- [18] Madrid JA, Pin AG, Ferrández GM. Organización funcional del sistema circadiano humano. Desarrollo del ritmo circadiano en el niño. Alteraciones del ritmo vigilia-sueño. Síndrome de retraso de fase. *Pediatr Integral*. 2018;22(8):385-395.
- [19] Escribano CF, Duelo MM. Protocolo diagnóstico y tratamiento de las alteraciones del sueño en el adolescente. *Medicine*. 2018;12(61):3619-3624.
- [20] Soto IV, Sans CO. Parasomnias. Epilepsia nocturna y trastornos del movimiento. *Pediatr Integral*. 2018;22(8):412-421.
- [21] Özek EH, Yalin SS, Herdem A, et al. DSM-5 Level 2 Sleep Disorders Scale Validity and Reliability of Turkish Form (Form for Children Aged 11–17 Years and Parent Form for Children Aged 6–17 Years). *Arch Neuropsychiatry*. 2018;55:256-260.
- [22] Lomeli HA, Perez OI, Talero GC, et al. Escalas y cuestionarios para evaluar el sueño: una revisión. *Actas Esp Psiquiatr* 2008;36(1):50-59
- [23] Pla RM, Navarro AA, Lluch RA, et al. Herramientas diagnósticas. Nuevas tecnologías. Educación de los hábitos del sueño. Medidas preventivas de la familia. *Pediatr Integral*. 2018;22(8):372-384.
- [24] Micheletti MB, Cafiero P, Napoli S, Lejarra C, et al. Problemas del sueño en una muestra de niñas y niños con trastornos del desarrollo, antes y durante la pandemia por Covid- 19. *Arch Argent Pediatr* 2021,119(5):296-303.
- [25] Pedemonte V, Gandaro P, Scavone C. Trastornos del sueño en una población de niños sanos de Montevideo. Primer estudio descriptivo. *Arch Pediatr Urug*. 2014; 85(1):4-8.
- [26] Bruni O, Ottaviano S, Guidetti V, et al. The Sleep Disturbance Scale for Children (SDSC): Construction and validation of an instrument to evaluate sleep disturbances in childhood and adolescence. *European Sleep Research Society, J. Sleep Res*. 1996;5:251-261.

Correo autora: miriam.lealts@hotmail.com