

**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**

**PERFIL DE LOS USUARIOS HIPERPOLICONSULTANTES DE LA UNIDAD DE
EMERGENCIA ADULTO DEL HOSPITAL CLINICO REGIONAL VALDIVIA.
NOVIEMBRE 2003 – OCTUBRE 2004**

**Tesis presentada como parte
de los requisitos para optar
al grado de Licenciado en
Enfermería.**

**SARA PEREZ BAHAMONDE
VALDIVIA – CHILE
2006**

Profesor patrocinante:

Nombre : Sra. Maria Cristina Torres Andrade
Profesión : Enfermera y Matrona
Grados : Magíster en Desarrollo Rural

Instituto : Salud Pública
Facultad : Medicina
Firma :

Profesor co – patrocinante:

Nombre : Sra. Carmen Barudi
Profesión : Médico Cirujano
Grados : Especialista en Pediatría y Magíster en Nutrición
Coordinadora Red de Urgencia, Servicio de Salud Valdivia
Firma :

Profesor informante:

Nombre : Sr. Alejandro Guzmán Concha
Profesión : Enfermero Universitario – SAMU H.C.R.V
Enfermero Coordinador del SAMU, Servicio de Salud Valdivia.
Firma :

Fecha de examen de grado: Miércoles, 17 de enero de 2007

INDICE

	Páginas
RESUMEN	4
SUMMARY	5
INTRODUCCION	6 - 7
MARCO TEORICO	8 - 24
OBJETIVOS	25
MATERIAL Y METODOS	26 - 30
RESULTADOS	31 - 59
DISCUSION	60 - 64
CONCLUSIONES	65 - 66
BIBLIOGRAFIA	67 - 68
ANEXOS	69 - 97

RESUMEN

La realización de esta investigación fue motivada por la sobredemanda de usuarios que consultan repetitivamente por problemas de salud considerados de baja complejidad, en la Unidad de Emergencia del Hospital Clínico Regional Valdivia, fenómeno que no es ajeno a la realidad nacional. Por lo anterior, en este trabajo investigativo se profundiza respecto al perfil socio-psico-biológico de aquellos usuarios que demandan a esa unidad diez o más consultas anualmente.

Esta investigación es un estudio descriptivo transversal de tipo mixto, es decir, se utilizó método cualitativo /cuantitativo. La información se obtuvo de la base de datos de la UEH-HBV, revisión de fichas clínicas y de una encuesta realizada a los casos seleccionados.

La población hiperpoliconsultante es principalmente de sexo femenino, de 65 y más años, previsión Fonasa A, residentes en la Comuna de Valdivia, de un nivel socioeconómico bajo, inactiva económicamente, en su mayoría dueñas de casa, pertenecientes a diferentes tipos de familia y estados civiles, con bajo nivel de escolaridad, y de religión católica.

De acuerdo a las características familiares ésta población pertenece principalmente a familias en su mayoría, estructuradas y rígidas según adaptabilidad familiar, familias aglutinadas con respecto a cohesión familiar, y que perciben un buen funcionamiento familiar.

La mayoría de los usuarios considera como red de apoyo principal la UEH-HBV.

La caracterización de las consultas realizadas por ésta población en la Unidad de Emergencia del HBV, reveló que la mayoría de éstos usuarios demanda entre 10 a 19 consultas anuales, que se encuentran relacionadas con patologías del sistema respiratorio, que son derivadas a los Centros de Atención Primaria con una pertinencia C4, categoría de patología que no corresponde ser atendida en una Unidad de Emergencia Hospitalaria, realizadas en un horario diurno, sin estacionalidad según los meses de atención durante el año.

De acuerdo a los resultados cualitativos sobre la carrera del enfermo o itinerario terapéutico, existen usuarios que desconocen sus patologías, causas y prevención, la mayoría de los pacientes tienen tratamientos gratuitos, y el recurso de salud más utilizado ante un problema de salud, es recurrir a la Unidad de Emergencia, porque encuentran una solución.

SUMMARY

Carrying out this research was motivated by the great amount of people who consult repetitively by healthy problems considered of low complexity in the Emergency Unit of the Hospital Clínico Regional de Valdivia (Regional Clinical Hospital), a phenomenon that is not away from the national reality.

By the previous, in this investigative work, it is deepened respect to the socio-psychobiological profile of those users who demand to this Unit ten or even more consults annually.

This research is a transversal descriptive study of mixed type, i.e. the qualitative/quantitative method was used. The information was obtained from the UEH-HBV database, clinic files revision and from a survey applied to the selected cases.

The hiperpoliconsultant population is mainly of female sex, 65 years-old or more, Fonasa A Prevention Plan, Valdivia Community residents, belonging to a low socio-economical level economically inactive, in its majority housewives, belonging to different types of family and marital status, with low scholarship level and Catholic religion.

According to the family characteristics, this group of people belongs mainly to structured and rigid families, depending on family adaptability and united families with respect to family cohesion, and that perceive a good family running.

The majority of the users of this group of people consider the UEH-HBV as a net of principal support.

The characteristic of the consults made by these people at the HBV Emergency Unit revealed that a great quantity of users demand between 10 up to 19 annual consults, that are related to the pathologies of the breathing-system, which are derived to the first-aids assistance centres (Centros de Atención Primaria) with C4 pertinence, pathology category which does not correspond to be attended at a Hospital Emergency Unit, carried out in a daytime schedule, without season periods according to the months of attention during the year.

In respect to the qualitative results about of the development of the patients or therapeutic itinerary, there are users who do not know their pathologies, causes and prevention, a great part of the patients have free treatments, the most used health resource before a healthy problem is to turn to the Emergency Unit, because there they find a solution.

1. INTRODUCCION

En los últimos años se ha producido un incremento en el uso inadecuado de las Unidades de Emergencias Hospitalarias, con importantes repercusiones en la continuidad de la atención de la salud, como así también de sus costos asociados.

Lo anterior, debido a que por un lado, las UEH realizan tareas propias de la atención primaria y de otros niveles no urgentes de atención, hecho que no facilita la continuidad asistencial necesaria para un mejor abordaje de los problemas de salud, ni la recepción de prácticas preventivas, cuyo lugar idóneo de realización es en la atención primaria, por otro, dificulta la atención a las enfermedades realmente graves, ya que la saturación de las UEH repercute en la calidad asistencial.

Este comportamiento tiene además importantes implicaciones en el incremento de los costos asistenciales, ya que se ha estimado que el costo de la atención en la UEH de una enfermedad no pertinente es entre 2,5 y 3 veces superior si ésta es atendida en un Centro de Salud destinado a la atención de éste tipo de enfermedades.¹

El MINSAL ha desplegado grandes esfuerzos y recursos para reforzar la atención de salud en los establecimientos de atención primaria, a pesar de lo cual, ha persistido en el país el uso de las Unidades de Emergencia Hospitalarias como centros resolutivos de problemas de salud considerados como menores.²

En nuestra realidad local, los policonsultantes demandan un gran número de prestaciones a la Unidad de Emergencia Adulto del Hospital Clínico Regional Valdivia, cuya complejidad terapéutica no justifica su atención en dicha unidad, existiendo una proporción importante de ellos que consulta diez o más veces en el año.

Lo anteriormente expuesto, amerita investigar con profundidad a este grupo de personas, con el fin de conocer su perfil e itinerario terapéutico que lo conduce a resolver sus problemas de salud en dicha unidad. Esto permitirá implementar medidas para: satisfacer sus necesidades asistenciales en el nivel correspondiente de la red asistencial, educar a estos usuarios respecto a la utilización adecuada de los recursos de salud existentes en la red,

¹ <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=13087318>

² <http://www.minsal.cl>

motivar su adhesión a los Centros de Atención Primaria que les corresponde, y reorganizar los recursos disponibles en la UEH-HBV, para que allí se brinde una atención oportuna y de calidad a las personas que consultan por patologías pertinentes de ser atendidas en dicha Unidad .

Así a través de ésta investigación se espera hacer un aporte al estudio realizado en el Servicio de Salud Valdivia, coordinado por la Dra. Carmen Barudi, que tiene como objetivo aumentar la pertinencia de las consultas de los usuarios de la Unidad de Emergencia del Hospital Clínico Regional Valdivia, cuyo primer objetivo es establecer el perfil de los consultantes de esta unidad, cuyos resultados permitirán identificar estrategias que favorezcan la satisfacción de los usuarios, la eficiencia de la Unidad de Emergencia y su articulación con los otros establecimientos de salud de la Provincia de Valdivia.

2. MARCO TEORICO

2.1 REALIDAD DE LAS UNIDADES DE EMERGENCIA ³

A pesar de los recursos destinados por el MINSAL aún persiste la sobrecarga asistencial de las Unidades de Emergencia Hospitalarias del país, debido principalmente a las consultas por problemas de salud considerados como menores. Lo anterior quedó demostrado en un estudio realizado en la Unidad de Emergencia del Hospital Barros Luco Trudeau del Servicio de Salud Metropolitano Sur, que demostró que estas alcanzaban entre un 50 a 60% del total de atenciones otorgadas en esa unidad.

Por otra parte, en la misma región, estudios orientados a determinar el perfil de los consultantes de la Unidad de Emergencia Hospitalaria de a los menos tres Servicio de Salud, reveló que entre un 20 a 30% de los consultantes habituales de estos servicios no estaban inscritos en ningún Centro de Salud, perdiéndose con ello la oportunidad de recibir una atención continuada e integral, que les resuelva realmente sus problemas de salud de tipo crónico y/o agudo, además de perderse o dificultarse la posibilidad de trabajar con ellos en el marco del modelo de atención familiar y comunitario.

Por lo cual, el Servicio de Salud Valdivia en el Plan de Desarrollo de la Red de Urgencia del Hospital Clínico Regional Valdivia (H.C.R.V), tiene como uno de sus objetivos estratégicos el aumentar la pertinencia de las consultas en dicha unidad y la articulación con las demás redes asistenciales.

2.1.1 Realidad local de la Unidad de Emergencia del Hospital Clínico Regional Valdivia

La Unidad de Emergencia del H.C.R.V no se encuentra excluida de la realidad nacional, ya que la mayoría de las prestaciones que brinda dicha unidad son demandadas por los policonsultantes, generando una sobrecarga asistencial por problemas de salud considerados como menores. ⁴

³ MINISTERIO DE SALUD (CHILE). 2004. Borrador priorización unificada para consultas de urgencias del adulto en la Región Metropolitana. División de gestión de redes equipo de monitoreo integral R.M. Santiago, Chile.

⁴ URIBE, C. 2006. Servicio atención primario de urgencias y su influencia en la existencia de pacientes policonsultantes Unidad de Emergencia Hospital Clínico Regional Valdivia. Tesis licenciado en Enfermería. Valdivia, Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina - Instituto Salud Pública.

El MINSAL define como policonsultante a las personas que acuden más de dos veces en 30 días a la atención médica en las Unidades de Urgencia, independiente del diagnóstico. La cantidad de policonsultantes según el estudio de Uribe (2006) alcanzó a 12.780 personas, representando un 39,03% del total de la población que se atendió en la Unidad de Emergencia del H.C.R.V, durante el período comprendido entre noviembre 2003 a octubre 2004, demandando un 60% del total de las consultas anuales (64.434). La mayor cantidad de policonsultantes consultó entre 2 a 4 veces en el año, pero un 6,5% que correspondió a 185 personas, consultó 10 o más veces en el año. Uribe Christian, 2006 señala: “la consulta de este segmento es intencionada, de personas que prefieren una atención sin tantos trámites burocráticos, además de realizar consultas banales que no corresponden a la Unidad de Emergencia, utilizándola como establecimiento de atención primaria”.

Otras investigaciones señalan que la motivación de los usuarios para realizar consultas no pertinentes en la Unidad de Emergencia del Hospital Clínico Regional Valdivia, en la mayoría de los casos es debido al prolongado tiempo de espera por la atención en los consultorios y hospitales o porque hay interferencias horarias con las jornadas laborales. También hacen referencia a que la población estudiada consulta con tan solo un pequeño grado de inseguridad de no ser atendidos, frente a la propuesta de la resolutivez a su problema de salud.⁵

2.1.2 Características de la Unidad de Emergencia Hospitalaria, abordaje de la emergencia⁶

El sistema de atención de urgencia es el núcleo estratégico de mayor importancia en la respuesta de los sistemas de salud a las necesidades de la población. La Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH) es el dispositivo de entrada de las urgencias y emergencias de mayor complejidad, quirúrgicas y no quirúrgicas, cuenta con recursos para resolver situaciones de emergencia vital, estabilizar pacientes, intervenir quirúrgicamente si es necesario, acceder a la hospitalización de acuerdo a la complejidad y expectativas del paciente e iniciar tratamientos, estabilizar aquellos pacientes que pueden resolver su problema o ser derivados a atención ambulatoria, según su situación de salud. También colabora con procedimientos médicos legales en situaciones de violencia en la comunidad o accidentes de diferente naturaleza.

⁵ FLORES, C. 2003. Principales factores que motivan la consulta a la Unidad de Emergencia de pacientes adultos con patologías que no corresponden a esta unidad. Tesis licenciado en Enfermería. Valdivia, Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina – Escuela de Enfermería.

⁶ MINSAL (CHILE). 2005. Borrador modelo de gestión de establecimientos hospitalarios. Subsecretaría de redes asistenciales. Santiago, Chile. (Original no consultado, citado por: URIBE, C. 2006. Servicio atención primario de urgencias y su influencia en la existencia de pacientes policonsultantes Unidad de Emergencia Hospital Clínico Regional Valdivia. Tesis licenciado en Enfermería. Valdivia, Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina - Instituto Salud Pública.

Las UEH deben permanecer abiertas y accesibles todos los días y a toda hora, ya que comúnmente reciben pacientes derivados o provenientes de consultas espontáneas. Por ello, la atención debe organizarse por prioridad sanitaria, es decir, el criterio clínico predomina sobre el orden de llegada para recibir atención. El jefe de turno de una UEH debe contar con acceso a procedimientos y decide el uso de las camas de su servicio y de los servicios asociados para tratar o compensar al paciente.

Existen dos visiones desde las cuales se puede abordar la atención de urgencia: una desde la Perspectiva de la Demanda donde existen ciertas necesidades de atención que las personas valoran subjetivamente como impostergables y que las motiva a buscar atención con mayor premura, que frente a otros problemas de salud. Por otro lado, desde la Perspectiva de la Oferta, también existen ciertas condiciones que son evaluadas por los equipos médicos, como una necesidad de atención impostergable. Ambas visiones son complementarias, aunque no necesariamente idénticas. La primera, conocida como Atención de Urgencia, propiamente tal, se constituye desde la subjetividad del paciente, o de quienes se encuentran cerca de él, en el momento de necesidad de atención. En el segundo caso, se utiliza una valoración normativa del equipo profesional a través de la evaluación del paciente, a partir de la aplicación de criterios clínicos y en este caso se habla de Atención de Emergencia.

Se define como urgencia la aparición de síntomas que genera en la persona o de la gente que lo rodea, la percepción de necesidad de atención médica inmediata. Desde este punto de vista todas las consultas con estas características son de urgencia, independiente de la complejidad o de su gravedad. La atención de urgencia ha sido generalmente organizada como prestaciones ofrecidas en forma inmediata en establecimientos de salud de diverso nivel de complejidad asistencial, sin embargo, la evolución de los servicios ha permitido conceptualizar este tipo de atención en dos componentes: Intramuros y Extramuros.

El primer componente está representado por la atención que se brinda en establecimientos de salud, cualquiera sea su complejidad. El segundo componente se ha conocido como Atención Prehospitalaria y corresponde a aquella atención que se otorga antes de que el paciente sea admitido en el establecimiento de salud (en la vía pública, lugares de asistencia masiva o en domicilio).

El funcionamiento de las Unidades de Emergencia, no discrimina urgencia de emergencia, pero se espera que sólo realice prestaciones de salud a pacientes que presentan una alteración grave, que signifique un riesgo vital o intervenciones de alta complejidad. Por ello, es fundamental que se priorice la atención con criterios de gravedad y por lo cual profesionales (médicos o enfermeras) capacitados realizan el procedimiento conocido como triage, que califica a los pacientes ingresados de acuerdo a la gravedad orgánica que presenten.

2.1.3 Priorización o categorización en la Unidad de Emergencia Hospitalaria ⁷

Es un procedimiento conocido como triage, que clasifica a los pacientes que consultan en la Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH) a través de una valoración, con el fin de priorizar la consulta espontánea realizada por estos usuarios, para atender primero al paciente más grave, concentrando el máximo esfuerzo del equipo de salud.

Diferentes evaluaciones de la calidad del triage se han descrito, siendo el mayor beneficio de la aplicación de este procedimiento la seguridad del paciente, pues ofrece una valoración clínica a su llegada a la urgencia, para determinar en forma objetiva el manejo inmediato o la espera para la consulta médica. A esto se agrega la tranquilidad que ofrece al paciente y la familia entrar en contacto rápidamente con un representante del equipo de salud que le explique sobre su condición clínica.

Desde la perspectiva del equipo de salud, el sistema de triage representa la organización del trabajo diario de manera confiable, siempre y cuando exista relación entre el resultado de la priorización y el diagnóstico final, así mismo, permite la utilización racional del recurso humano y técnico, dada una realidad de demanda que sobrepasa la capacidad de los equipos para dar atención de urgencia dentro de tiempos aceptables y un sobre uso de estos servicios por parte de una población excesivamente demandante, que muchas veces no justifica su atención en dicha unidad, por lo cuál se hace necesario la categorización.

Cuadro 1: Técnicas y Criterios de Categorización de Pacientes en UEH⁸

Paciente C1	Requieren reanimación inmediata por riesgo inminente. Pasarán a reanimación, donde serán estabilizados, recibirán las acciones terapéuticas según protocolos (médicas y quirúrgicas). Pacientes que preferentemente tendrán que ser hospitalizados en la Unidad de Paciente Crítico (UPC).
Paciente C2	De alta complejidad o que por el carácter de sus patologías requerirán de acciones diagnóstica y/o terapéuticas que determinan un período de observación o de hospitalización abreviada de algunas horas antes de su alta.
Paciente C3	De complejidad media que por el carácter de su patología requerirán de acciones diagnósticas y terapéuticas que determinan un período de observación o de hospitalización abreviada de algunas horas antes de su alta.
Paciente C4	De complejidad baja o pacientes de patología banal que debería ser resuelta en un SAPU o policlínico de atención primaria. Se les hará un diagnóstico, se les dará una receta y/o se remitirá a atención primaria, a continuar tratamiento, con documento que acredite haberse evaluado en la Unidad de Emergencia Hospitalaria.

⁷ MINISTERIO DE SALUD (CHILE). 2004. Borrador priorización unificada para consultas de urgencias del adulto en la Región Metropolitana. División de gestión de redes equipo de monitoreo integral R.M. Santiago, Chile.

⁸ MINISTERIO DE SALUD (CHILE). 2004. Borrador priorización unificada para consultas de urgencias del adulto en la Región Metropolitana. División de gestión de redes equipo de monitoreo integral R.M. Santiago, Chile.

2.1.4 Razones para acudir a un Servicio de Urgencia Hospitalario (SUH) ⁹

A continuación se mencionan 5 categorías que van influir para consultar en la Unidad de Emergencia:

Percepción de síntomas: El hecho desencadenante de la toma de decisiones es siempre la percepción de unos síntomas que se valoran como pérdida de salud. Los pacientes diferencian sobre todo entre los síntomas que son claramente objetivables (p. ej., sangre en orina, fiebre) y los que no lo son (p. ej., dolor, molestia, etc.), entre los que son previamente conocidos de los desconocidos, y entre los que se les otorga el calificativo de graves o no graves. Hay un conocimiento de los síntomas por parte del individuo si éste los ha experimentado previamente, o en su entorno próximo; también se pueden identificar los síntomas reconocidos culturalmente (p. ej., dolor corporal en la época de gripe). A partir de la percepción de síntomas, las personas ponen en marcha mecanismos simbólicos y acciones para recuperar la normalidad perdida, o bien para conocer lo que les está sucediendo.

Elaboración de un autodiagnóstico: La percepción de pérdida de salud va seguida de una etapa crucial en la toma de decisiones: la elaboración o no de un autodiagnóstico, entendido éste como una idea o significado de lo que le está pasando a la persona. Hay pacientes que ponen una etiqueta diagnóstica a lo que les sucede, otros no asignan un nombre pero sí sitúan el síntoma en un lugar del cuerpo, otros son incapaces de tener una representación mental-corporal de lo que les sucede o bien son incapaces de generar un autodiagnóstico. En general, los síntomas no conocidos, o los conocidos previamente pero que tuvieron un mal desenlace, son los que producen una ausencia o negación de autodiagnóstico.

Percepción de necesidad: El autodiagnóstico se presenta como el hilo conductor y determinante de la necesidad no sólo de requerir atención urgente, sino también del tipo de atención urgente que se necesita. Esta percepción de necesidad implica la asignación de la categoría de grave o no a la situación. En general, la elaboración de un autodiagnóstico controla y contiene la ansiedad, mientras que la ausencia de autodiagnóstico está vinculada a una cierta alarma y desencadena angustia, que a su vez actúa como un mecanismo circular, de tal forma que en ocasiones ésta impide a la persona la construcción de un significado sobre lo que le está pasando. Los pacientes usuarios de SUH hacen distinción entre los conceptos de «grave» y «urgente». La ausencia de autodiagnóstico, ciertos síntomas (como una opresión en el pecho o la presencia de sangre en la orina) y los síntomas referidos a órganos vitales son situaciones que generan una idea de gravedad que puede llevar a escoger un SUH. Otras situaciones consideradas no graves hacen escoger un SUH según los criterios de disponibilidad tecnológica existente en la APS, como en el caso de autodiagnósticos asociados a traumatismos. En el resto de casos (básicamente cuando aparecen síntomas conocidos por

⁹ <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=13087318>

estar asociados a procesos crónicos experimentados por el propio sujeto o por personas de su entorno, con los que el individuo elabora un autodiagnóstico claro) no se les otorga el carácter de gravedad y la decisión de acceso a un servicio de urgencias u otro se toma teniendo en consideración el conocimiento de la oferta de los servicios, así como el contexto global de la persona.

Conocimiento de la oferta de los servicios: Con relación al conocimiento de la oferta de los servicios sanitarios, que no necesariamente corresponde con la oferta real, los SUH son especialmente valorados por la tecnología y el servicio profesional del personal sanitario, además de otros aspectos, como la exhaustividad de la historia clínica, la exploración física, las exploraciones complementarias y la inmediatez de la resolución del problema de salud. Los usuarios de SUH comparan la oferta de estos servicios con la de SUAP, y destacan el componente tecnológico de los primeros.

Valoración del contexto global del individuo: Se entiende como tal la situación vital de la persona, sus necesidades personales, familiares y sociales. Se toma en especial consideración las situaciones vividas como «urgentes no graves», en las que se analiza el conocimiento de la oferta y el contexto global personal en el proceso de elección del tipo de servicio. Se ha encontrado que la falta de flexibilidad horaria dentro del ritmo de las actividades cotidianas (cargas domésticas, de atención a niños y ancianos, etc.), así como la falta de flexibilidad horaria asociada al entorno laboral (horarios de trabajo extensos, precariedad laboral, y miedo a perder el trabajo), hacen decidir la demanda de atención urgente. Además, cuanto más importancia tiene para la persona el factor tiempo, más probabilidad hay de que se elija un SUH.

2.2 CONDUCTAS DEL USUARIO: CARRERA DEL ENFERMO O ITINERARIO TERAPÉUTICO ¹⁰

Es importante analizar la carrera del enfermo, ya que puede generar la policonsulta de estas personas, utilizando la Unidad de Emergencia como recurso para recuperar su estado de salud, encontrando la solución a su problema que lo aqueja.

Se refiere a las conductas, medidas, decisiones y recursos a los que acude una persona, como consecuencia de una alteración de su integridad física, mental o social, conocida como enfermedad, con el objetivo de dar solución a dicho problema, se les conoce como “patrones de recurso” o “carrera del enfermo”, que desde el punto de vista antropológico es llamado “itinerario terapéutico”.

¹⁰ SCRIMSHAW, S.; E. HURTADO. 1988. Procedimientos de asesoría rápida para programas de nutrición y atención primaria de salud. Estados Unidos de América.

Las acciones que adoptan estas personas, están relacionadas directamente con el medio en el que esta inserto el individuo, por considerar factores familiares, creencias culturales, económicas y sociales. La combinación de estos factores, lo llevarán a tomar decisiones en salud de la forma más correcta y apropiada según su sistema de creencias y experiencias previas de resolución de problemas de salud, tanto individuales como colectivas.

Kleinman y Col, sugirieron varias preguntas que pueden ayudar a evaluar el “modelo del paciente” en cuanto a su actitud cultural hacia la enfermedad ¹¹ :

1. ¿Cuál es la causa percibida de su problema?
2. ¿Por qué considera que comenzó?
3. ¿Qué cree que le ocasiona la enfermedad?
4. ¿Es grave su enfermedad? ¿Piensa que será corta o larga?
5. ¿Qué tratamiento piensa que debería recibir?

2.2.1 Factores que influyen en la salud

Las redes de apoyo, la familia, la cultura y el autocuidado, son factores que van a influir en las conductas que una persona realiza para mantener o recuperar su salud, como también pueden inducir a los policonsultantes para consultar repetitivamente en la Unidad de Emergencia.

Las personas cuentan con diversos sistemas sociales de apoyo, llamadas redes de apoyo, que son de vital importancia en la conformación de las creencias y del comportamiento. Las expectativas de amigos y otras personas importantes para el individuo ejercen presión sobre éste. Estas redes sociales se convierten en un sistema no profesional de referencia, que el individuo consulta para poder interpretar los sistemas y decidir si necesita ayuda profesional. Uno de los principales sistemas de apoyo es la familia, constituye un factor de primordial importancia en el aprendizaje de los comportamientos. ¹²

La familia es un factor determinante en la salud, es la unidad básica de organización social, accesible a las intervenciones preventivas, de promoción y tratamiento en la salud, además es el entorno donde se establece por primera vez el comportamiento saludable y donde

¹¹LEDDY, S.; J. PEPPER. 1985. Bases conceptuales de la enfermería profesional. Filadelfia EE.UU, Primera edición en español, J.B. Lippincott Company.

¹²LEDDY, S.; J. PEPPER. 1985. Bases conceptuales de la enfermería profesional. Filadelfia EE.UU, Primera edición en español, J.B. Lippincott Company.

se moldean inicialmente la cultura, los valores y las normas sociales. Se ha demostrado que la participación activa de la familia y la comunidad, para promover y proteger su propia salud mejora la eficacia, ya que el empoderamiento de las familias y las comunidades aumentará la concientización y la demanda de servicios de salud de calidad. En efecto, esto puede lograrse con un modelo basado en un enfoque de atención primaria de salud, orientado a la familia. Actualmente las familias y las redes sociales fuertes, que apoyan a sus miembros ejercen efectos positivos sobre la salud. La OPS propone un enfoque que haga de la familia el centro de las intervenciones de atención de salud, con el propósito de aumentar la función y la participación de las familias en el mejoramiento de la calidad de vida y de los logros en materia de salud para la población de las Américas, ya que las familias son un reflejo de la comunidad y aportan el primer nivel de educación para sus miembros acerca de los comportamientos saludables que deben adoptarse, los comportamientos perjudiciales que deben evitarse o cambiarse, y sus funciones y responsabilidades con respecto a ellos mismos y la sociedad.¹³

La forma en que las personas perciben, experimentan, y se enfrentan a la salud y a la enfermedad depende de sus creencias culturales. Los individuos provenientes de distintas culturas perciben y clasifican sus problemas de salud en formas específicas y tienen ciertas expectativas sobre la manera en que deben ser ayudados. Los usuarios representan una amplia variedad de creencias culturales, diferentes unas de otras. La perspicacia de las personas para creer en las causas del malestar ayudará a la enfermera(o) a comprender los comportamientos de los usuarios, como el punto de un episodio de enfermedad en el que un paciente buscará atención occidental de la salud y qué tratamientos cumplirá o no, así como los factores que determinan si éste regresará o no para la atención de seguimiento, en caso que sea necesario. Por otro lado, también deben estar atentos al etnocentrismo, es decir, a la creencia inconsciente de la superioridad de su propio grupo cultural.¹⁴

El autocuidado es una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo, es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad, en beneficio de la vida, salud o bienestar, es decir la responsabilidad hacia sí mismo y de su salud, que a la vez puede conducir a la policonsulta, si no existe autocuidado del individuo o puede percibir una forma de autocuidado ante una enfermedad acudir a la Unidad de Emergencia.¹⁵

¹³ <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/DiaInternacionaldelasFamilias.pdf>.

¹⁴ LEDDY, S.; J. PEPPER. 1985. Bases conceptuales de la enfermería profesional. Filadelfia EE.UU, Primera edición en español, J.B. Lippincott Company.

¹⁵ MARRINER, A.; M. RAILE. 1999. Modelos y teorías de enfermería. Cuarta edición. España, editorial Harcourt Brace de España, S.A.

2.3 EVOLUCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CHILE QUE DETERMINA UN NUEVO DESAFÍO EN SALUD ¹⁶

A continuación se presenta la evolución epidemiológica del país, la cual orienta los desafíos impuestos por la reforma de salud.

La clásica pirámide poblacional de base ancha y vértice angosto, ha experimentado un cambio. Ello ha determinado un cambio importante en la estructura de la población, la proporción de menores de 15 años ha ido disminuyendo, mientras que la proporción de mayores de 60 años aumenta. La esperanza de vida al nacer supera los 75 años (72,2 en hombres y 78,3 en mujeres), no siendo infrecuente sobrevidas superiores a los 80 años. Este hecho explica el mayor riesgo de presentar diversas patologías vinculadas al proceso de envejecimiento: cardiovasculares, cáncer, osteoporosis, diabetes, entre otras.

La tasa de natalidad y de fecundidad ha disminuido cerca de un 50% en los últimos 40 años. Ello significa familias más pequeñas, con mayor espacio intergenésico (separación entre los hijos) y con menos probabilidades de enfermar y morir. Cerca del 40% de los recién nacidos corresponden actualmente al primer hijo y la separación promedio entre un embarazo y otro supera los 3 años.

La situación nutricional del país esta enfocada a la obesidad, así como en sus factores condicionantes, generando cambios en la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, responsables de una carga importante de enfermedades de la población nacional.

En los últimos 20 años se han producido importantes cambios demográficos, sociales y económicos, los que han contribuido a modificar la estructura de la morbilidad y mortalidad del país. Los cambios han favorecido una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, invalidantes, de difícil tratamiento, de alto costo social y familiar. Entre ellas destaca la alta prevalencia de obesidad, diabetes, dislipidemias, hipertensión y cáncer. En un período de transición epidemiológica como el que vive nuestro país, la experiencia internacional aconseja orientar los esfuerzos a la promoción de la salud, fomentando estilos de vida más saludables que pueden contribuir a mejorar la calidad de vida de la población. Diversos antecedentes permiten estimar que cerca de la mitad de las muertes por enfermedades cardiovasculares y un tercio de los cánceres podrían ser evitados si cuidamos nuestra alimentación desde etapas tempranas de la vida.

¹⁶ http://www.medichi.cl/web/de_scargas/fd_obesidad_2006.pdf.

Las condiciones de vida de la población chilena en su conjunto han mejorado. Existe mayor acceso a una vivienda básica, saneamiento ambiental, salud y educación. El promedio de años de escolaridad de la mujer en sectores populares bordea los 9 años, siendo común que las nuevas generaciones completen la educación media. Estos hechos han contribuido a una disminución de las enfermedades infecciosas, desnutrición y de la mortalidad infantil.

2.3.1 Reforma de salud ¹⁷

Las razones que motivaron a emprender la transformación del sistema de salud, es adaptar el sistema a los tiempos actuales, de manera que pueda hacer frente a la evolución de la estructura epidemiológica de nuestro país, a los cambios científicos y tecnológicos que se producen a diario. Por último, hay razones de buena gestión que obligan a proveer de mayores recursos al sistema, y por otra, a transformar sustancialmente la gestión de los servicios públicos de salud, para optimizar la utilización de dichos recursos.

Existen cinco leyes que abordan diversas materias dentro de la reforma de salud. A continuación abordaremos la reforma de salud, enfocándonos en los nuevos sistemas de atención que están relacionados con el tema que se investiga.

El pilar de la reforma que se enfoca a los nuevos sistemas de atención es el de la ley de autoridad sanitaria, que busca la reestructuración del Ministerio de Salud, los Seremis y los Servicios de Salud Locales, crea los llamados "Hospitales de Autogestión en Red" (establecimientos especializados en recursos humanos, implementación tecnológica y capacidad resolutive) y otorga estímulos a los funcionarios por metas alcanzadas. Se convirtió en ley el 24 de febrero de 2004 (Ley N° 19.937).

2.3.2 Objetivos sanitarios de la reforma de salud ¹⁸

Los objetivos sanitarios son las metas que el país se propone alcanzar en un lapso determinado de tiempo. Son el punto de partida de la reforma sectorial, reflejan las prioridades del sector. La discusión político técnica que precedió el diseño del plan de la reforma, permitió concluir que Chile enfrenta cuatro desafíos sanitarios fundamentales en este siglo que comienza.

¹⁷ <http://www.minsal.cl>.

¹⁸ <http://www.minsal.cl>

En primer lugar, la población chilena, como consecuencia de las nuevas tendencias demográficas observadas en los dos últimos censos, experimentará un envejecimiento progresivo. Esto impactará decisivamente en la estructura de costos de la salud, por la creciente carga de patologías de alto costo. Chile debe hacer frente, simultáneamente, a las nuevas tendencias de mortalidad y morbilidad que nos afectan, y mejorar los logros sanitarios del siglo veinte.

Para enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población, se deben reducir los factores determinantes de las enfermedades más relevantes desde el punto de vista de los años y calidad de vida. Entre otros, los factores sobre los que corresponde actuar son: frenar el consumo de tabaco; contener el aumento de la obesidad; promover conductas sexuales seguras; contribuir a crear un ambiente saludable y ayudar a mejorar las condiciones de trabajo. Los propósitos en los próximos 10 años es: disminuir la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, centrando los esfuerzos en la reducción de enfermedades isquémicas y cerebrovasculares; reducir la mortalidad por cánceres, centrando los esfuerzos en los cánceres de cuello uterino, de mama y de vesícula; reducir la mortalidad por enfermedades respiratorias, especialmente por neumonía en los adultos mayores; reducir la mortalidad por traumatismos y envenenamientos, concentrando los esfuerzos multisectoriales en la disminución de los accidentes de tránsito.

Otro ámbito de acción para enfrentar el envejecimiento y los cambios de la sociedad, son aquellos problemas de salud, que si bien no matan, afectan dramáticamente la calidad de vida de las personas. Entre ellas, las enfermedades mentales y las osteoarticulares.

2.3.3 Actualización del Sistema de Atención ¹⁹

El cumplimiento de los objetivos sanitarios que se han propuesto, requiere de importantes cambios en los sistemas de atención y en las entidades que proveen dichos servicios, para lo cual es necesario una actualización y calificación técnica permanente del personal, que hace posible directa o indirectamente la atención de salud.

En la red asistencial participan establecimientos de salud con diferentes niveles de complejidad. El objetivo de producción de la red es satisfacer las necesidades y expectativas de atención de las personas en salud, procurando optimizar las prestaciones, mejorando su eficacia y eficiencia, considerando la limitación de los recursos.

¹⁹ <http://www.minsal.cl>

El sistema de atención que se construye a través del proceso de reforma, reconoce como principios y características fundamentales, las siguientes:

- Énfasis en la promoción y prevención de salud. Significa un cambio muy claro en las prioridades de inversión, en beneficio de la atención primaria, allí donde la gente vive. Será su puerta de entrada al sistema de salud, y en dicho nivel estará localizado todo el esfuerzo de promoción y fomento, así como el espacio de colaboración con la escuela, la organización comunitaria, los establecimientos productivos, el municipio, entre otros. El concepto unificador de este esfuerzo es la construcción de un barrio saludable, donde cada familia contará con un equipo médico de cabecera, que garantice un cuidado integral y una atención de continuidad en el tiempo.

- Fortalecer la capacidad resolutoria de la atención primaria, evitando una derivación costosa e innecesaria de pacientes hacia establecimientos de urgencia, de especialidades y hospitales. Significa el acceso en este nivel a laboratorio, imágenes, procedimientos y algunas especialidades.

- Los Centros de Atención Primaria mantendrán una relación fluida con los Consultorios de Especialidades, Centros de Diagnóstico y Centros de Referencia, contribuyendo estos últimos a la capacitación de los médicos de la atención primaria, de manera que puedan innovar en su capacidad resolutoria, y restringir el recurso a especialistas en el nivel secundario para el estudio de casos nuevos y de mayor complejidad.

- La hospitalización es una excepción en la vida de un individuo y debe obedecer a emergencias, a enfermedades graves o a la necesidad de profundizar estudios diagnósticos que no pueden ser realizados en la atención primaria ni ambulatorio de especialidades. Al hospitalizar a una persona, se la arranca de su medio, de su entorno familiar y se la somete a riesgos de contagio por gérmenes más resistentes, que pueden demorar su recuperación. Por otra parte, el costo financiero de una hospitalización es altísimo, por lo cual debe ser debidamente planificado a partir de protocolos consensuados y medicina basada en evidencia.

- Optimizar la hospitalización, complementándola con hospitalización domiciliaria, incorporando a la familia y a redes de apoyo comunitario en el cuidado y recuperación del paciente. En el sistema público, cada vez que una persona sea hospitalizada tendrá un profesional asignado, quien asumirá la responsabilidad de su cuidado, establecerá los contactos con sus familiares y con su equipo de salud de la atención primaria.

- El ordenamiento de los establecimientos de atención en salud, operando coordinadamente dentro de un territorio asignado, mediante vínculos institucionales o contractuales, es lo que

denominamos un trabajo en red asistencial articulado. La articulación de la red asistencial incluye a los establecimientos que dependen de los servicios de salud y los de la atención primaria municipal. Podrán incorporar mediante convenios, a establecimientos privados debidamente acreditados por la Autoridad Sanitaria.

- La red asistencial, compuesta por establecimientos públicos y privados, operará bajo la dirección y coordinación del Director del Servicio de Salud. La selección de estos directivos será realizada a través de un proceso riguroso, sobre la base de una acreditación de competencias y experiencia para el ejercicio de este cargo. Los directores de servicios tendrán la obligación de rendir una cuenta pública semestral de su gestión y serán evaluados y retribuidos conforme a su desempeño en el cumplimiento de metas públicamente conocidas.

2.3.4 Articulación ínter niveles: Gestión en Redes ²⁰

Con el fin de sustentar el modelo de atención integral, se instala un modelo de gestión en red, que incorpora a todos los actores (establecimientos que interactúan en una red territorial), como responsable de los resultados sanitarios de su población.

Es muy importante la coordinación y comunicación entre las redes asistenciales de un mismo territorio, ya que existen centros de atención con diferentes niveles de complejidad, lo cual permite la atención acorde a su necesidad, en el nivel adecuado de atención, a través de la referencia y contra – referencia. Así permitirá la descongestión de las UEH, atendiendo consultas pertinentes a este nivel.

Una red sanitaria es un conjunto de personas u organizaciones, formales o informales, con su propia identidad, que independientemente de su tamaño, régimen de propiedad y nivel de complejidad comparten objetivos comunes, una misión explícita y compartida, que generan actividades suficientemente definidas, diferenciadas y complementadas entre sí, que se entrelazan e interconectan con multiplicidad con otras redes formales e informales en pro de objetivos sanitarios.

Una red puede actuar en un territorio o población determinada, con una estructura semejante a un sistema abierto, con componentes que se relacionan de manera horizontal,

²⁰ MINSAL (CHILE). 2005. Borrador modelo de gestión de establecimientos hospitalarios. Subsecretaría de redes asistenciales. Santiago, Chile. (Original no consultado, citado por: URIBE, C. 2006. Servicio atención primario de urgencias y su influencia en la existencia de pacientes policonsultantes Unidad de Emergencia Hospital Clínico Regional Valdivia. Tesis licenciado en Enfermería. Valdivia, Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina - Instituto Salud Pública.

voluntaria, complementaria y flexible, desarrollando capacidad de gestión de la información y procedimientos para acreditar y reconocer sus unidades, definiendo las características generales de ellas y sus propias normas de funcionamiento.

La comunicación y los sistemas de información son claves para la calidad de los vínculos, tanto para la efectividad de una red como para su capacidad de adaptación. En tanto las redes exitosas requerirán de claridad en los mecanismos de toma de decisiones, en la resolución de conflictos y en mecanismos de soporte financiero, además del control de gestión coherentes con sus objetivos.

Por otra parte la efectividad sanitaria exige a cada red adaptar sus procesos productivos a las nuevas exigencias epidemiológicas y las crecientes expectativas de los usuarios, implicando revisar críticamente la opinión de los usuarios, la relación costo-efectividad de las acciones, la calidad de los procesos productivos, la adaptabilidad de sus recursos humanos, las modalidades que adoptan para organizar, gestionar su estructura y recursos.

Los sistemas de salud tienen como objeto proveer servicios destinados a promover, prevenir, recuperar o rehabilitar el daño en salud, con la meta de asegurar el acceso a una atención de calidad y a un costo razonable. El sistema de salud esta compuesto, entre otros, por establecimientos que se organizan en niveles de complejidad, de acuerdo a un modelo de atención definido, estos establecimientos se relacionan entre si a través de sistemas de referencia y contra referencia de pacientes, conformando lo que se denomina una red de atención o de servicios de salud, al servicio de las necesidades de salud de la población de un determinado territorio a cargo.

El funcionamiento en red y el trabajo colaborativo, disminuye el riesgo de duplicidad y subutilización de recursos tecnológicos y humanos y evita que se efectúen procedimientos o intervenciones en un servicio de Urgencias o en un hospital que pudieran haberse efectuado a menor costo, con mayor oportunidad y satisfacción del usuario en un centro de salud comunitario, o que las personas vayan por meses, de uno a otro lugar, sin que se solucione su problema.

El modelo en red posibilita que las personas resuelvan sus problemas de salud con diferentes complejidades en diferentes establecimientos. Así, un mismo proceso clínico se efectúa, una parte en el Centro de Salud Familiar en otras etapas el paciente es derivado a atención de especialidades, ya sea en forma ambulatoria u hospitalizado. El proceso clínico es, entonces la guía de la gestión en red y permite distinguir redes entre establecimientos o redes que conectan procesos al interior de un mismo establecimiento de salud. Lo central siempre

será la voluntad de llevar a cabo procesos completos que culminen en la estabilización y control de un paciente.

La articulación de redes de servicio irá superando la gestión burocrática y jerárquica y la línea divisoria entre promoción, prevención, curación y rehabilitación. Al mismo tiempo, irá superando las barreras gerenciales y funcionales entre la atención primaria generalista y la especialidad. Cada red aumenta su capacidad resolutoria porque se articula y complementa con otros prestadores públicos o privados, garantizando la continuidad de la atención.

Para que la red pueda cumplir adecuadamente su misión debe existir claridad acerca de la misión de la red en su conjunto, de los establecimientos o dispositivos que la conforman y de los servicios ofrecidos en todos los puntos de la red. Otros aspectos a considerar son el tipo y magnitud de las necesidades de las personas, los principales flujos de estas y las insatisfacciones existentes (por ejemplo: por listas de espera o rechazos). La red requiere una “administración de la red” función que se asigna a los Servicios de Salud a nivel territorial y a la subsecretaría de redes asistenciales a nivel nacional. Son claves para la administración de la red incorporar información adecuada y pertinente, priorizar la inversión, desarrollar instrumentos para asignar recursos y generar competencias para modelar a los distintos actores.

2.3.5 Unidad de emergencia y rol en la red ²¹

Las variaciones del perfil epidemiológico demandan flexibilidad y capacidad de respuesta por parte de los establecimientos, de modo que la oferta de atenciones se adapte a la nueva realidad. En particular, los turnos de urgencia deberán tener un equilibrio diferente al histórico entre médicos internistas, cirujanos generales, traumatólogos y neurocirujanos, más otros especialistas de acuerdo a la red que se trate. Del mismo modo, el jefe de turno, con visión de red y enfocado a dar servicio a los requerimientos de atención primaria, es fundamentalmente un gestor de demanda que debe dirigir el proceso propio de la unidad, categorizando pacientes para la atención de los prioritarios y el ordenamiento de los recursos involucrados. A la vez, generando educación de los casos no prioritarios por parte del equipo de turno y especialmente el profesional de Enfermería, direccionando el flujo de salida hacia hospitalización, consultorio o domicilio.

²¹ MINSAL (CHILE). 2005. Borrador modelo de gestión de establecimientos hospitalarios. Subsecretaría de redes asistenciales. Santiago, Chile. (Original no consultado, citado por: URIBE, C. 2006. Servicio atención primario de urgencias y su influencia en la existencia de pacientes policonsultantes Unidad de Emergencia Hospital Clínico Regional Valdivia. Tesis licenciado en Enfermería. Valdivia, Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina - Instituto Salud Pública.)

La unidad de emergencia de un establecimiento hospitalario, debe ser considerada como unidad distribuidora de pacientes, articulada con la atención primaria y coordinada con la hospitalización en el establecimiento, de modo que los servicios clínicos sean integralmente responsables de los pacientes de su especialidad, desde el momento de su ingreso a la Unidad de Emergencia.

2.3.6 Desarrollo de la red de Urgencia Servicio Salud Valdivia.²²

La articulación de la red asistencial de urgencia exige reorientar las consultas de los usuarios de los establecimientos de la atención primaria y de los hospitales tipo 4 de las comunas de la Provincia de Valdivia hacia la Unidad de Emergencia (UEH) del Hospital Clínico Regional Valdivia.

La percepción de los usuarios de mejor accesibilidad, oportunidad y resolutivez que ofrece la UEH con relación a la atención primaria y terciaria de la red asistencial, la señalan como la opción preferente para la resolución de su problema de Salud. La satisfacción de los usuarios de la UEH del Hospital Clínico Regional Valdivia, dependerá de la acogida de sus razones que los motivan a demandar una atención que en su percepción no puede ser postpuesta y de los criterios técnicos de priorización de su atención.

Como normativa, al Servicio de Urgencia sólo acceden pacientes derivados de la red de urgencias de APS (SAPU, SAPUR), de los servicios de urgencia de menor complejidad (Hospitales tipo 4) y de las unidades de atención prehospitalaria (SAMU). De este modo, los Servicios de Urgencia se orientan a la atención del trauma, patologías graves y a personas que requieren procedimientos diagnósticos disponibles sólo en ese nivel y que estén debidamente protocolizados.

La valoración de la pertinencia de las consultas en la UEH, se deben enfocar en criterios clínicos que están claros, pero la inclusión de la historia clínica y de la subjetividad del consultante, son una real necesidad para establecer eficazmente criterios de priorización de la atención centrada en el usuario.

²² MINSAL (CHILE). 2005. Borrador modelo de gestión de establecimientos hospitalarios. Subsecretaría de redes asistenciales. Santiago, Chile. (Original no consultado, citado por: URIBE, C. 2006. Servicio atención primario de urgencias y su influencia en la existencia de pacientes policonsultantes Unidad de Emergencia Hospital Clínico Regional Valdivia. Tesis licenciado en Enfermería. Valdivia, Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina - Instituto Salud Pública.)

En esta lógica, la atención primaria debe ser responsable de educar en forma continua y permanente a su población inscrita para que adhiera al autocuidado de su salud, utilice las ofertas de atención de los establecimientos de nivel primario y reconozca los signos de gravedad de las patologías prevalentes que ameritan atención de urgencia.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer el perfil socio psico biológico de los usuarios adultos hiperpoliconsultantes, que realizan más de diez consultas anualmente en la Unidad de Emergencia Adulto del Hospital Clínico Regional Valdivia (HCRV), durante el período comprendido entre noviembre de 2003 a octubre de 2004.

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Determinar las características sociodemográficas y epidemiológicas de los usuarios adultos hiperpoliconsultantes, que concurren a la Unidad de Emergencia Adulto del Hospital Clínico Regional Valdivia, durante el período comprendido entre noviembre de 2003 a octubre de 2004.

Identificar las características de las consultas realizadas por los usuarios adultos hiperpoliconsultantes, en la Unidad de Emergencia Adulto del Hospital Clínico Regional Valdivia, durante el período comprendido entre noviembre de 2003 a octubre de 2004.

Describir las redes de apoyo social y sus características, de los usuarios adultos hiperpoliconsultantes, que concurren a la Unidad de Emergencia Adulto del Hospital Clínico Regional Valdivia, durante el período comprendido entre noviembre de 2003 a octubre de 2004.

Definir las características familiares actuales de los usuarios adultos hiperpoliconsultantes, que concurren a la Unidad de Emergencia Adulto del Hospital Clínico Regional Valdivia, durante el período comprendido entre noviembre de 2003 a octubre de 2004.

Caracterizar el itinerario terapéutico de los usuarios adultos hiperpoliconsultantes, que concurren a la Unidad de Emergencia Adulto del Hospital Clínico Regional Valdivia, durante el período comprendido entre noviembre de 2003 a octubre de 2004.

4. MATERIAL Y METODO

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, transversal, de tipo mixto, es decir, utilizando el método cualitativo y cuantitativo, realizado a la población policonsultante, que realiza más de diez consultas anualmente en la Unidad de Emergencia Adulto del HCRV, en el período comprendido entre noviembre 2003 a octubre 2004.

4.2. PLAN DE MUESTREO

Para determinar la muestra se utilizó como referencia una población de policonsultantes, que realizaron más de diez consultas anualmente en la Unidad de Emergencia Adulto del HCRV, correspondientes a noviembre de 2003 a octubre de 2004. Siendo el universo 185 personas, según la base de datos del Servicio Salud Valdivia. Se excluyó a 45 personas que habían fallecido y a una persona que su cedula de identidad no existía, obteniendo estos datos del Servicio de Registro Civil e Identificación de Valdivia, ya que el estudio se diseñó para personas vivas e identificables, por lo cuál la muestra del estudio es no probabilística de tipo intencional constituida por 139 personas.

Para los efectos del estudio cualitativo se seleccionó 20 sujetos tipos con ciertas características como: pertenecientes a diferentes sexos, con el mayor número de consultas en el año, diagnósticos más repetidos, de diferentes rangos de edad y los rangos de edad más repetidos, portadores de distintas previsiones y las más frecuentes, por último los residentes en la ciudad de Valdivia. También a estos casos se le realizó una investigación cuantitativa adicional, relacionadas con datos que eran importantes de indagar y que no estaban incorporados en la base de datos.

4.3. RECOLECCIÓN DE DATOS

Para determinar las características sociodemográficas – epidemiológicas de los usuarios hiperpoliconsultantes, se utilizó la base de datos del Servicio de Salud Valdivia, fichas clínicas y aplicación de encuesta. Para analizar las características de las consultas realizadas por los usuarios hiperpoliconsultantes en la Unidad de Emergencia Adulto del H.C.R.V se utilizó la base de datos del Servicio de Salud Valdivia.

Con el objetivo de describir las redes de apoyo social, definir las características familiares actuales y caracterizar el itinerario terapéutico de los usuarios hiperpoliconsultantes, se utilizó un instrumento o encuesta formado por tres ítems respectivos para cada punto mencionado.

La aplicación del instrumento se realizó con la previa autorización del paciente, a través del consentimiento informado.

Es importante mencionar que de las primeras veinte personas seleccionadas para la encuesta, fue posible ubicar sólo a diez, por lo que fue necesario seleccionar otras diez con las características anteriormente mencionadas. Las causas por la cuál no se encontraron a todas las personas de la primera selección se debieron a cambios de domicilio, no había nadie en el hogar y no fue posible ubicar el domicilio

4.4. ANÁLISIS DE DATOS

La tabulación de los datos arrojados por la base de datos del Servicio Salud Valdivia y la encuesta, fueron analizados utilizando el programa computacional EPI INFO.

4.5 DEFINICION DE VARIABLES

Tipo de Variable	Variable	Definición Nominal	Definición Operacional	Verificación
Características sociodemográficas y epidemiológicas	Sexo	Género al que pertenece el paciente	Femenino Masculino	Base de datos SSV
	Edad	Longevidad del individuo	Años cumplidos	Base de datos SSV

Tipo de Variable	Variable	Definición Nominal	Definición Operacional	Verificación
Características sociodemográficas y epidemiológicas	Estado civil	Situación civil del individuo	Soltero Casado Separado Viudo Conviviente	Encuesta
	Procedencia	Lugar geográfico donde se encuentra el usuario	Provincia Comuna	Base de datos SSV
	Religión	Un sistema de fe y culto	Católico Evangélico Luteranos Mormones Agnósticos Ateos Otra	Encuesta
	Previsión	Entidad de salud a la cual se encuentra afiliada	Fonasa A Fonasa B Fonasa C Fonasa D Isapre Particulares F.F.A.A No tiene previsión	Base de datos SSV
	Nivel de escolaridad	Ultimo nivel de educación que aprobó en la enseñanza formal	Analfabeto. Enseñanza básica incompleta. Enseñanza básica completa. Enseñanza media incompleta. Enseñanza media completa. Educación técnica profesional incompleta. Educación técnica profesional completa. Enseñanza superior incompleta. Enseñanza superior completa.	Encuesta
	Ocupación	Cargo, oficio o profesión que tiene una persona al momento de la aplicación del cuestionario	Dueña de casa Dependiente Profesional Estudiante Cesante Independiente Otra	Encuesta

Tipo de Variable	Variable	Definición Nominal	Definición Operacional	Verificación
Características sociodemográficas y epidemiológicas	Ingreso familiar	Renta mensual que percibe la familia (según clasificación Consultorio Externo Valdivia)	Menor a 25.000 25.000 - 127.500 127.500 - 186.150 Mayor a 186.150	Encuesta
	Antecedentes mórbidos	Patologías que tiene el usuario	Si No Cuales	Ficha clínica
	Hospitalizaciones previas	Si ha tenido hospitalizaciones	Si No Causas	Ficha clínica
	Hospitalizaciones durante el periodo estudiado	Cuál fue el servicio de hospitalización durante este periodo	Si No Cuales	Ficha clínica
	Atenciones durante el periodo estudiado	Cual fue el policlínico de atención	Si No Cuales	Ficha Clínica

Tipo de Variable	Variable	Definición Nominal	Definición Operacional	Verificación
Características Familiares	Tipo de familia	Conformación de la familia, con las personas que vive actualmente	Unipersonal. Nuclear monoparental. Nuclear biparental. Extensa monoparental. Extensa biparental.	Encuesta
	Funcionamiento familiar	Proceso interactivo entre los miembros de la familia. De acuerdo a FACES III	Grado de cohesión. Grado de adaptabilidad.	Encuesta
	Percepción del funcionamiento familiar	Según cuestionario APGAR familiar	Buena función familiar. Disfunción familiar. Mala función familiar.	Encuesta

Tipo de Variable	Variable	Definición Nominal	Definición Operacional	Verificación
Redes de apoyo	Relación con cada red de apoyo	Carácter o forma de la relación entre el paciente y sus redes sociales, según la opinión del mismo, de acuerdo al ECOMAPA	Buena (color verde). Regular (color amarillo). Mala (color rojo). No hay (color azul).	Encuesta

Tipo de Variable	Variable	Definición Nominal	Definición Operacional	Verificación
Características de las consultas	Momento de Consulta	Horario en que solicito atención el encuestado, según clasificación del SSV	8:00 – 20:00 horas 20:00 – 24:00 horas 24:00 – 8:00 horas	Base datos SSV
	Lugar de Derivación	El lugar de derivación cuando fue atendido en el Servicio de Emergencia	Servicio de Hospitalizado CAE Servicio de Atención Primaria Domicilio	Base de datos SSV
	Periodo en que solicito atención	De acuerdo al mes de atención	Meses	Base de datos SSV
	Diagnóstico ingreso	Diagnóstico Unidad de Emergencia	Diagnóstico según CIE 10	Base de datos SSV
	Pertinencia de la consulta	Según criterios de categorización	C1 C2 C3 C4	Base de datos SSV
	Número de consultas	Según número de consultas anuales	10 – 19 consultas 20 – 29 consultas 30 – 39 consultas 40 – 49 consultas 50 – 59 consultas	Base de datos SSV

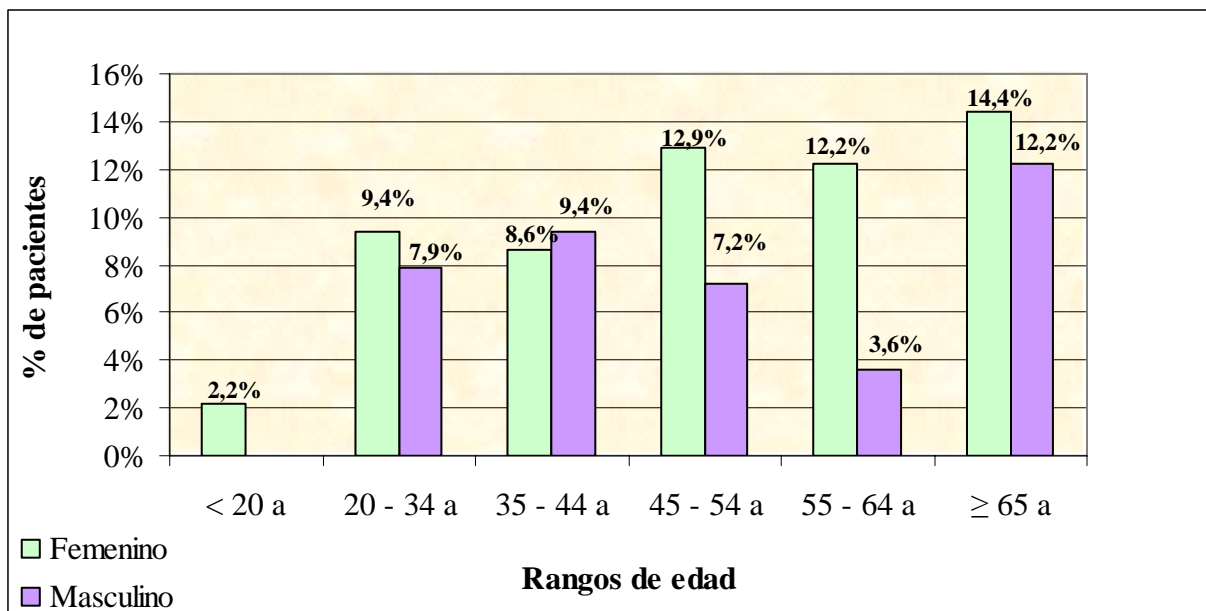
Tipo de Variable	Variable	Definición Nominal	Definición Operacional	Verificación
Itinerario terapéutico	Patologías del usuario	Características relacionadas con la patología	Enfermedad. Causa percibida de la enfermedad. Como se da cuenta que esta enfermo. Tratamiento. Costo del tratamiento. Posibles medidas preventivas (autocuidado).	Encuesta
	Recursos de salud	Los recursos que utiliza el usuario para mantener o recobrar la salud	Recurso que utiliza cuando se siente enfermo	Encuesta

5. RESULTADOS

5.1 RESULTADOS CUANTITATIVOS DE TODA LA POBLACION SELECCIONADA

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la base de datos del Servicio de Salud de Valdivia, de las consultas (2119) realizadas por los usuarios hiperpoliconsultantes vivos (139), en la Unidad de Emergencia Adulto del Hospital Clínico Regional Valdivia, durante el período noviembre 2003 – octubre 2004.

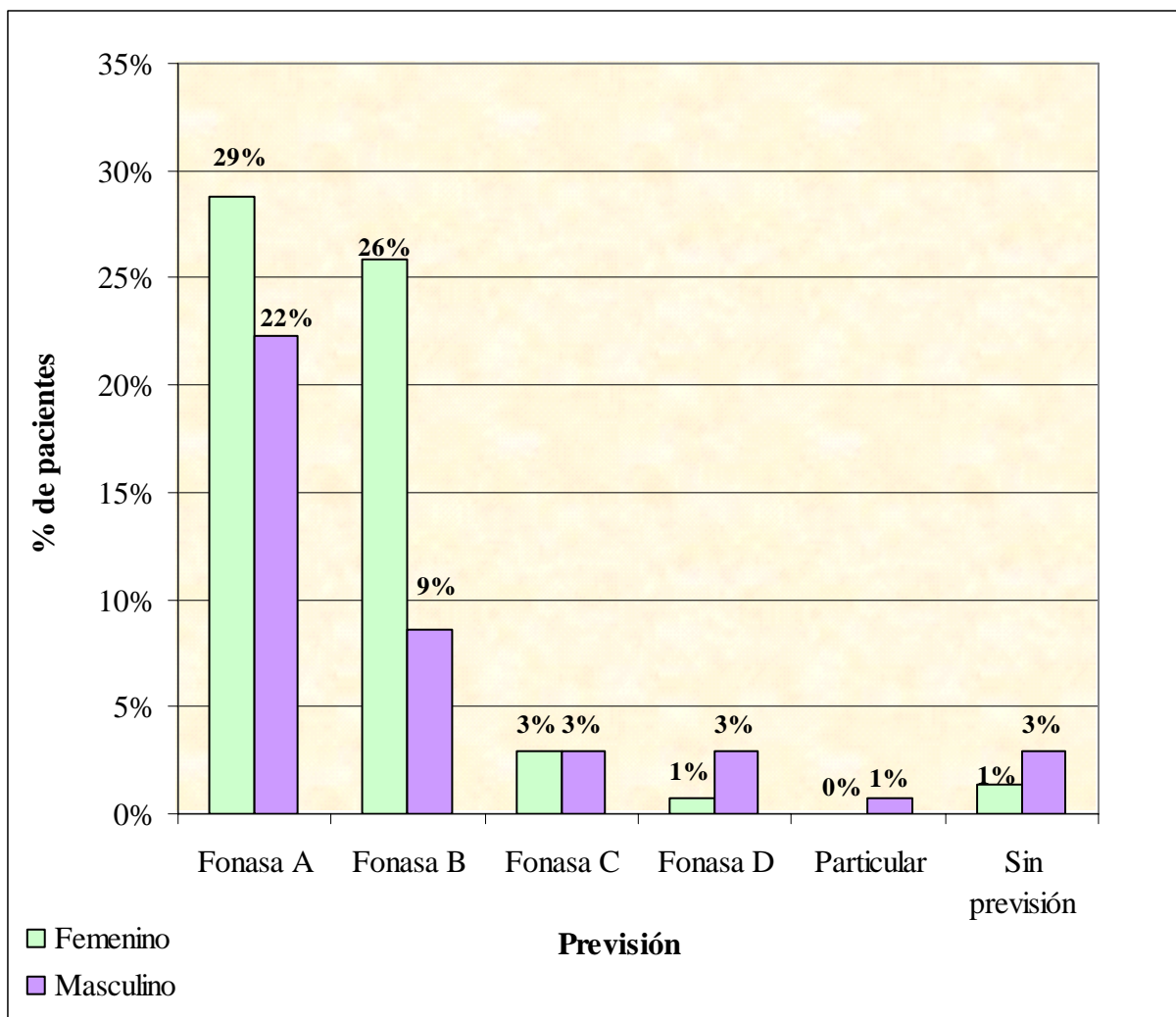
Gráfico 1. Distribución porcentual de los usuarios hiperpoliconsultantes de la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., según sexo y edad. Noviembre 2003 – Octubre 2004.



n = 139

La mayoría de los usuarios hiperpoliconsultantes que concurrieron a la UEH corresponden al sexo femenino, que sigue la tendencia nacional y de los policonsultantes. De acuerdo al rango de edad la mayoría son adultos mayores, condición para ambos sexos, que coincide con la evolución epidemiológica donde van en aumento los adultos mayores, que son portadores de patologías crónicas.

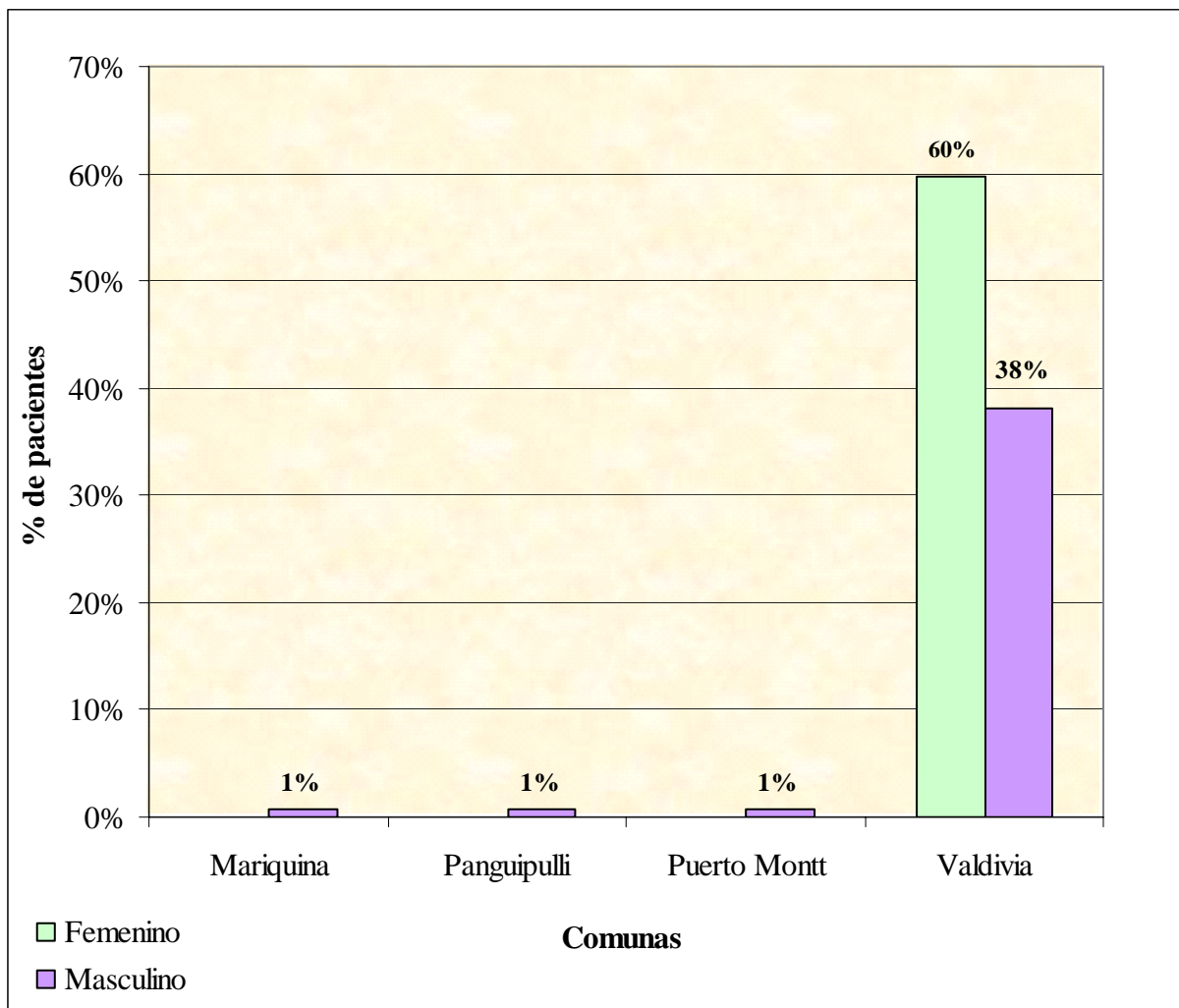
Gráfico 2. Distribución porcentual de los usuarios hiperpoliconsultantes de la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., según sexo y previsión. Noviembre 2003 – Octubre 2004.



n = 139

La mayoría de los usuarios hiperpoliconsultantes de ambos sexos gozan de gratuidad en la atención. De lo cuál se puede inferir que utilizan la UEH por la resolutivez en la atención, evitándose los tramites para ser atendidos en otros niveles de salud. Es importante destacar que Fonasa D y Particular es mayoría el sexo masculino, demostrando una tendencia, ya que en estos tramos se debe cancelar la atención, por lo cual se puede deducir que poseen trabajos más estables o mejor remunerados.

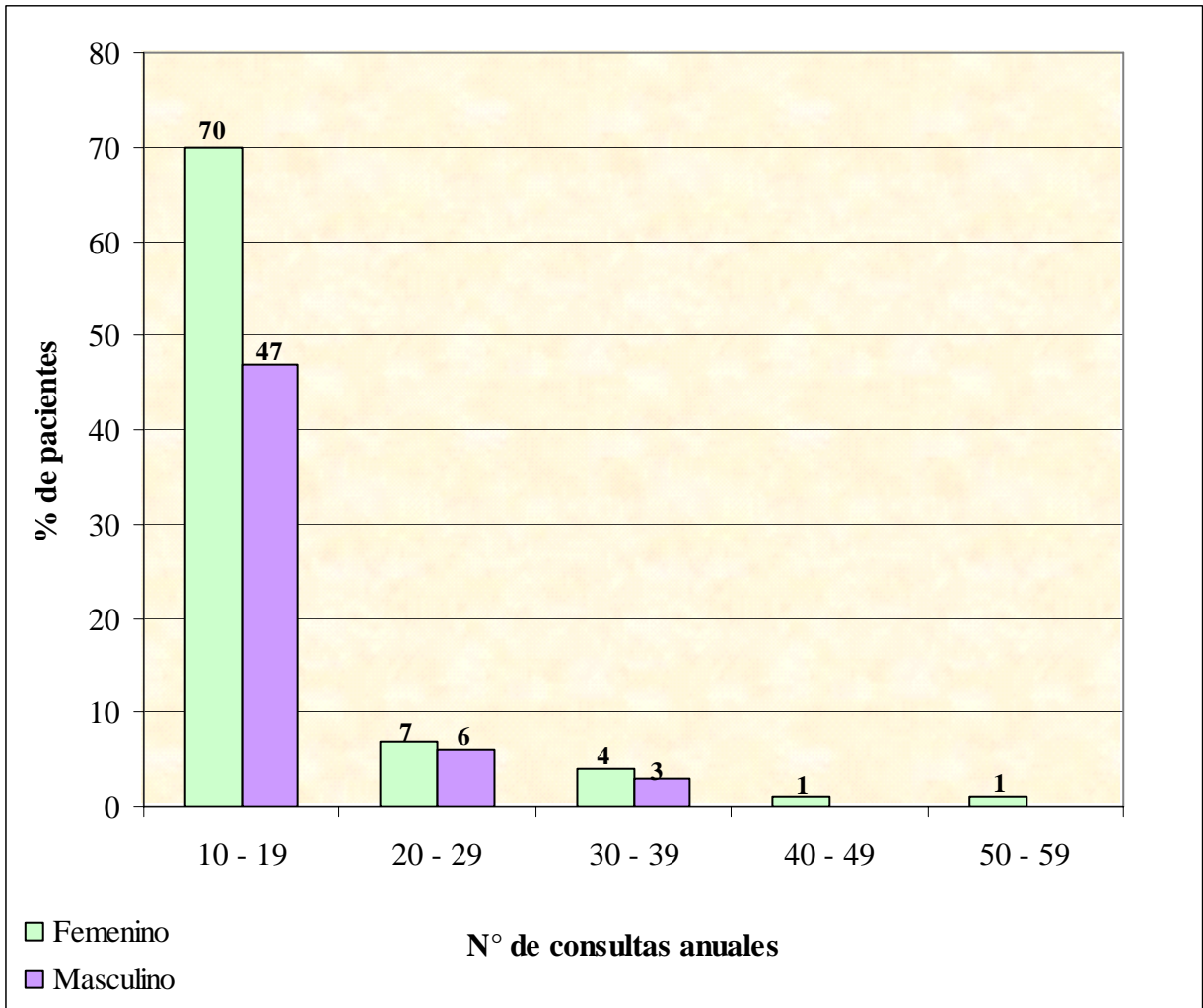
Gráfico 3. Distribución porcentual de los usuarios hiperpoliconsultantes de la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., según sexo y comuna de procedencia. Noviembre 2003- Octubre 2004.



n = 139

Los usuarios hiperpoliconsultantes pertenecen a la X región, siendo la mayor proporción a la Comuna de Valdivia, lo cual puede ser un factor influyente para que consulten repetitivamente en la UEH, por la cercanía al centro hospitalario.

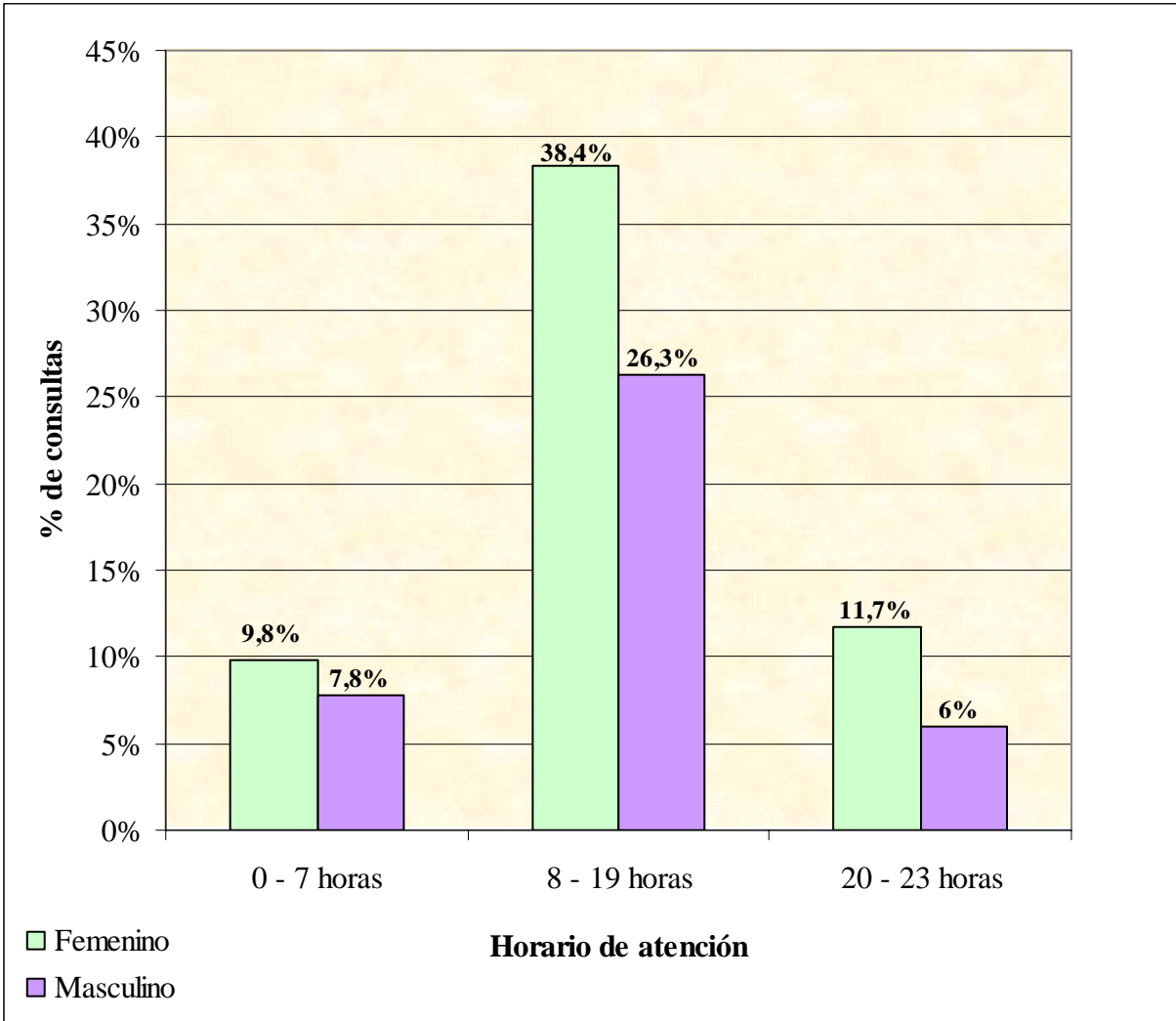
Gráfico 4. Distribución numérica de los usuarios hiperpoliconsultantes de la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., según número de consultas anuales y sexo. Noviembre 2003 – Octubre 2004.



n = 139

Se observa que la mayoría de los pacientes hiperpoliconsultantes de ambos sexos realizan entre 10 a 19 consultas anualmente en la Unidad de Emergencia. A medida que aumenta la cantidad de consultas anuales disminuye el número de usuarios, pero consultan excesivas veces en el año, absorbiendo el 30% de las consultas totales, considerando que es una menor cantidad de pacientes que corresponden a 22 personas, en comparación con 117 usuarios que consumen el 70% del total de las consultas.

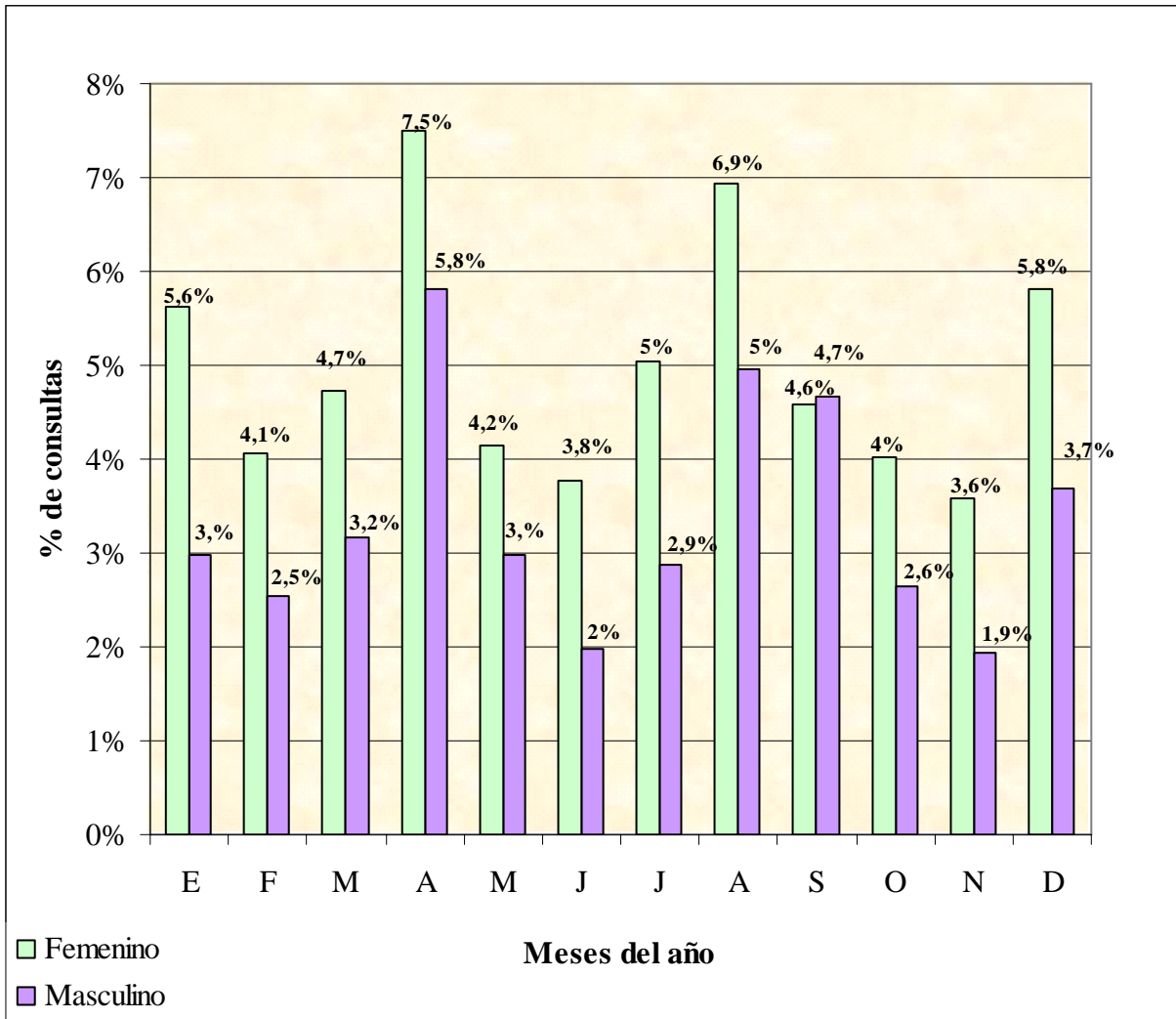
Gráfico 5. Distribución porcentual de consultas efectuadas en la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., por los usuarios hiperpoliconsultantes, según sexo y horario de atención. Noviembre 2003 – Octubre 2004.



n = 2119

La mayoría de las consultas de los hiperpoliconsultantes de ambos sexos se otorgaron en un horario diurno, disminuyendo hacia el horario nocturno, de lo que se puede deducir que es una consulta intencionada, que les evita los trámites para ser atendido en otro nivel de atención, y al mismo tiempo que les permite una resolución inmediata a sus problemas de salud.

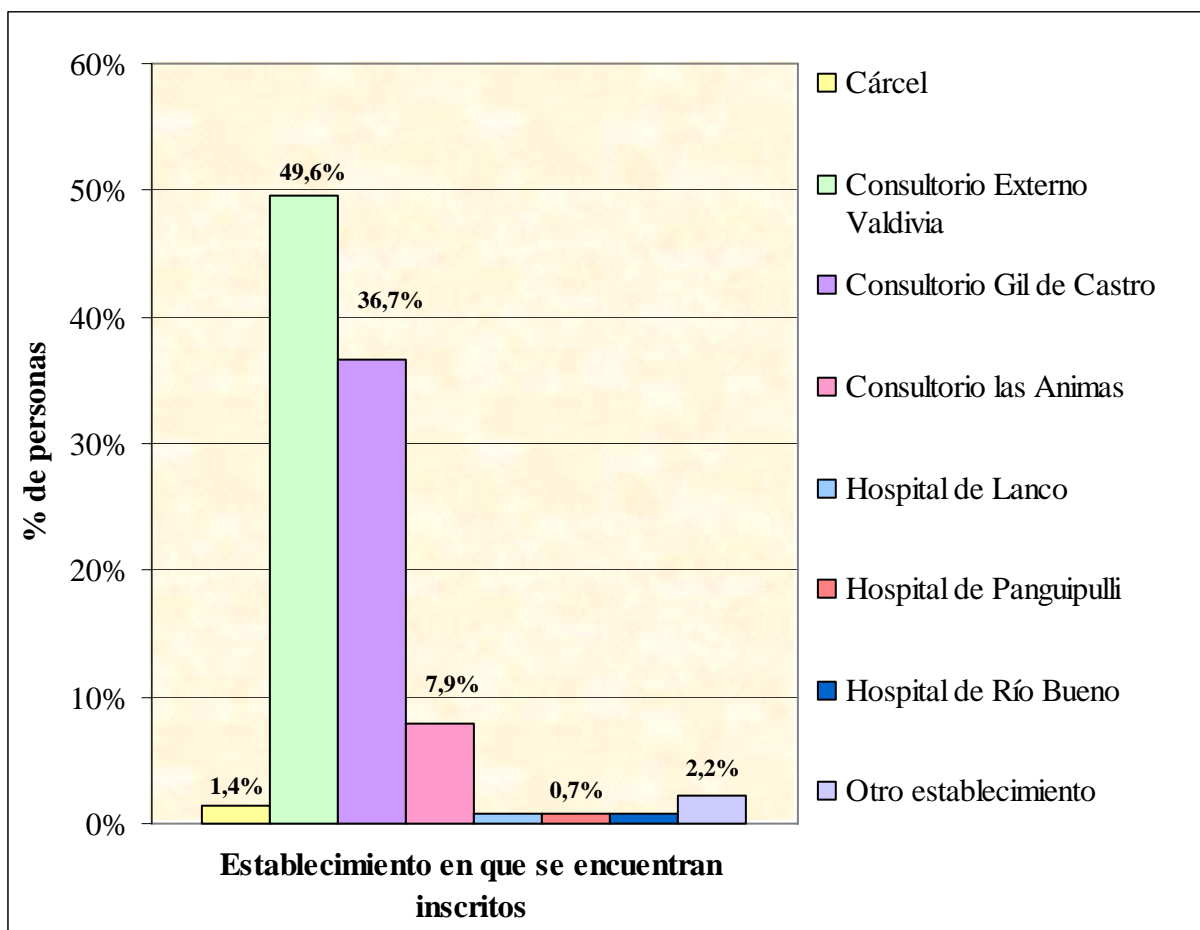
Gráfico 6. Distribución porcentual de consultas efectuadas en la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., por los usuarios hiperpoliconsultantes, según meses del año y sexo. Noviembre 2003 – Octubre 2004.



n = 2119

Los usuarios hiperpoliconsultantes no mostraron una tendencia estacional en su demanda de atención en la UEH, por el contrario, se observó que estos no acudieron a esa unidad en los meses que normalmente existe una mayor demanda en otros puntos de la Red Asistencial.

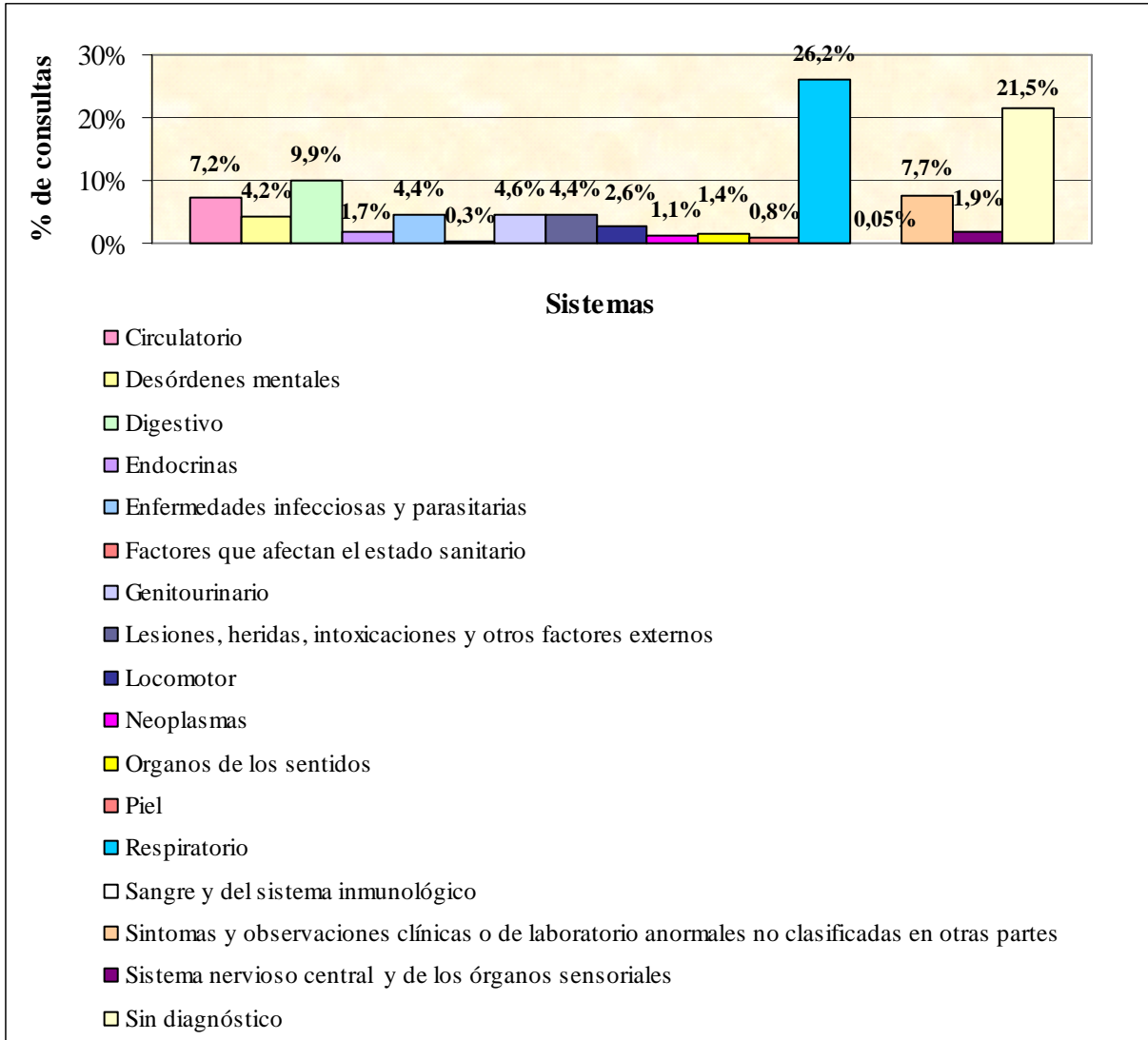
Gráfico 7. Distribución porcentual de los usuarios hiperpoliconsultantes de la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., según establecimientos en el que se encuentran inscritos. Noviembre 2003 – Octubre 2004.



n = 139

Se puede observar que casi todos los usuarios se encuentran inscritos en algún establecimiento de atención primaria, lo cuál es un factor positivo al momento de referir a estos pacientes, que realizan consultas no pertinentes en la Unidad de Emergencia, porque pueden efectuar su tratamiento y control de sus patologías en el establecimiento al que se encuentran suscritos. También se puede inferir que estos usuarios no tienen adherencia a los establecimientos al que se encuentran inscritos. La mitad de los usuarios que consultan repetitivamente en la UEH están inscritos en el Consultorio Externo Valdivia, que no es un establecimiento de salud que haya innovado en su modelo de atención, marcando diferencia respecto a los otros establecimientos de Valdivia que son CESFASM y que tienen un SAPU.

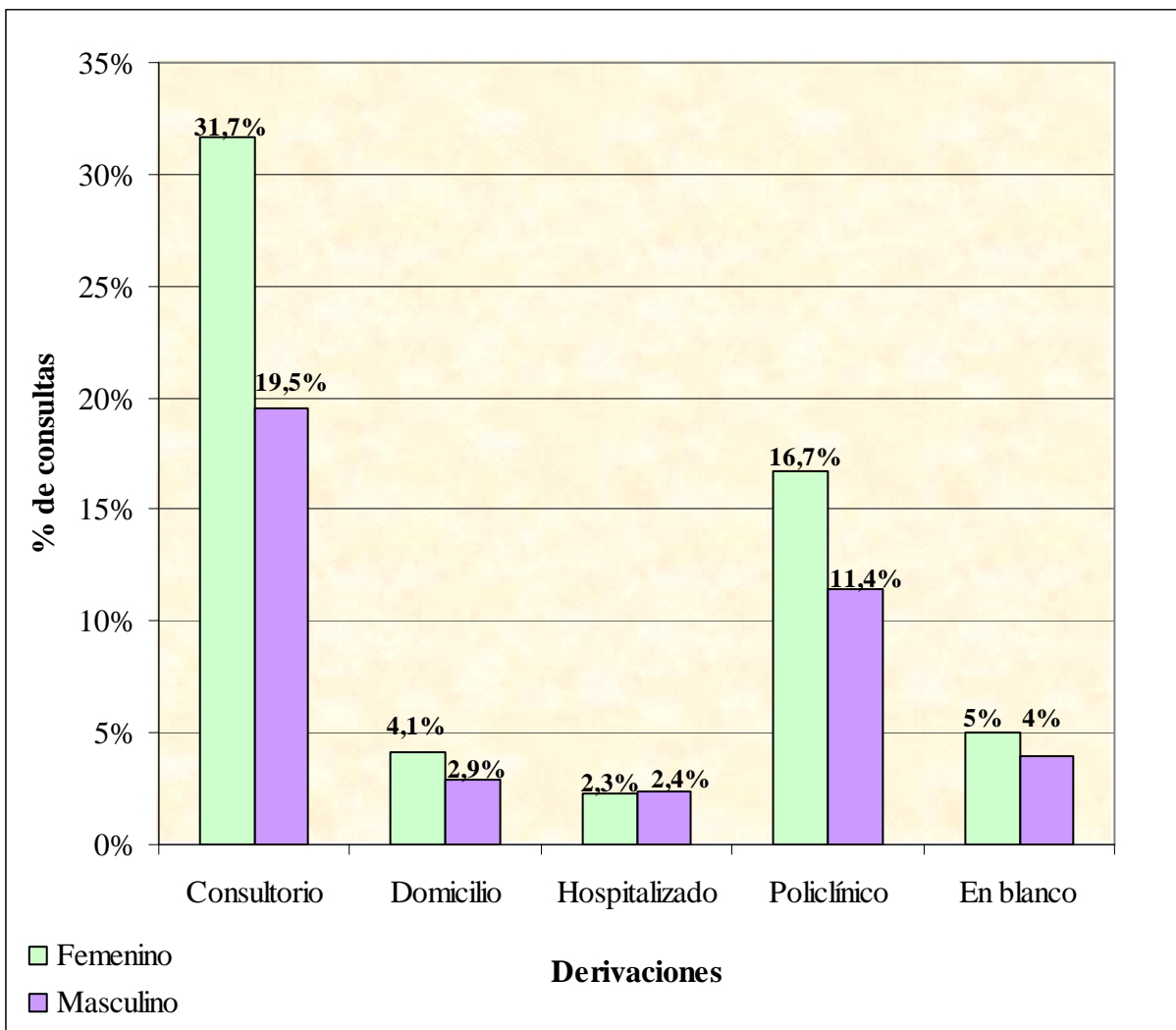
Gráfico 8. Distribución porcentual de consultas efectuadas en la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., por los usuarios hiperpoliconsultantes, según sistemas. Noviembre 2003 – Octubre 2004.



n = 2119

Una de las principales causas de consulta médica en el sistema público de salud están relacionadas con las enfermedades del aparato respiratorio, estas también son el principal motivo de consultas de la población hiperpoliconsultante de la UEH, por patologías crónicas respiratorias, que deberían ser tratadas y controladas en un centro de atención primaria, no siendo pertinentes a la Unidad de Emergencia. Condición para ambos sexos, en su mayoría 65 o más años. Es importante mencionar que hay consultas sin diagnósticos, que generan una distorsión en los resultados, por ser una cantidad considerable. Ver anexo N° 1.

Gráfico 9. Distribución porcentual de consultas efectuadas en la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., por los usuarios hiperpoliconsultantes, según sexo y derivación. Noviembre 2003 – Octubre 2004.

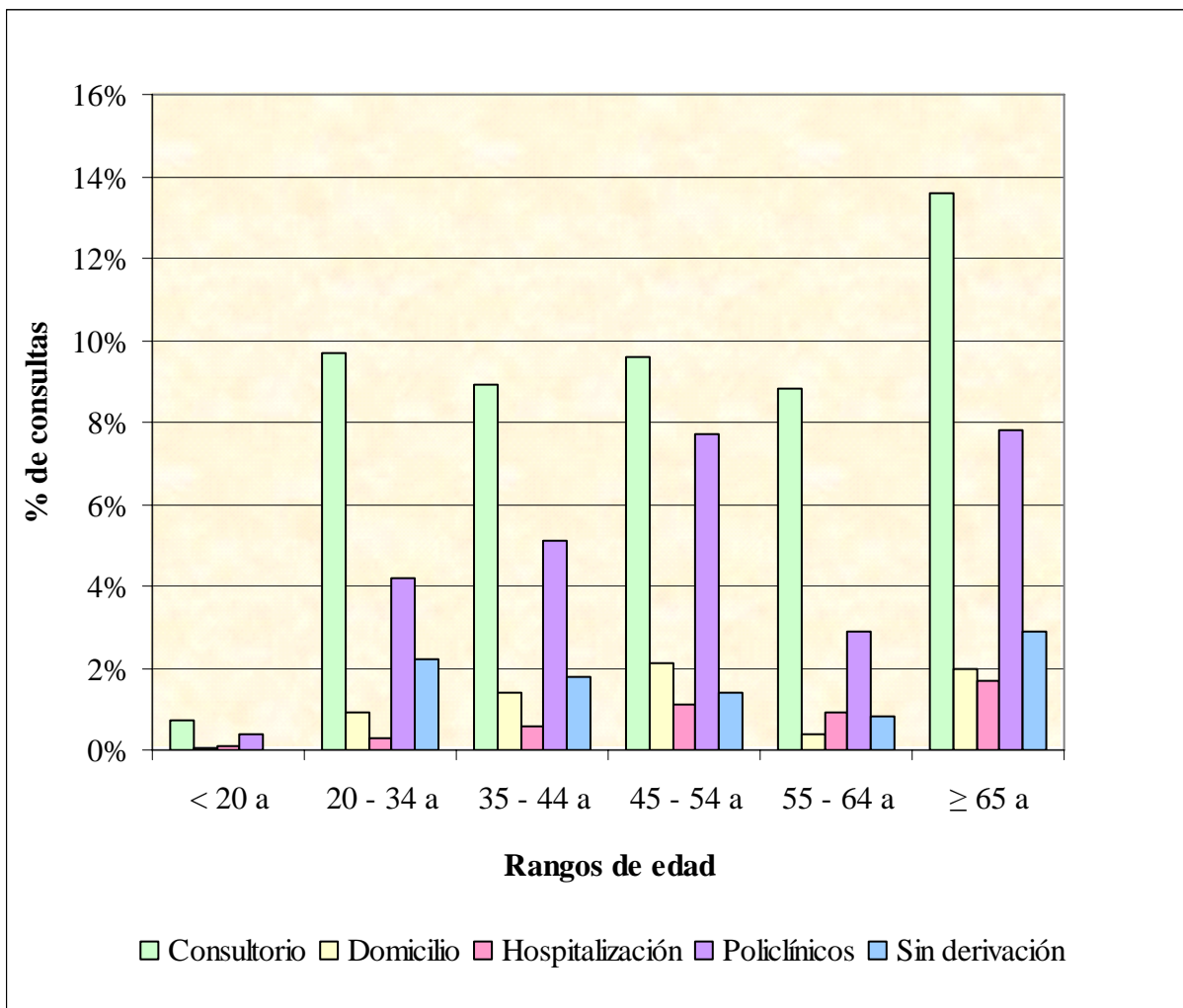


n = 2119

Después de consultar en la UEH los usuarios hiperpoliconsultantes de ambos sexos fueron derivados a su consultorio de pertinencia o a su domicilio (58,2%), lo que permite inferir que una gran proporción de sus consultas son de baja complejidad o no pertinentes de ser atendidas en la UEH. Sin embargo, un 28,1% de las consultas motivaron una derivación al policlínico de especialidades, derivación expedita que de alguna manera pudiera estar reforzando la policonsulta en la UEH.

Es importante señalar que un 9,1% de las consultas no registran derivaciones, valor que puede sesgar estos resultados.

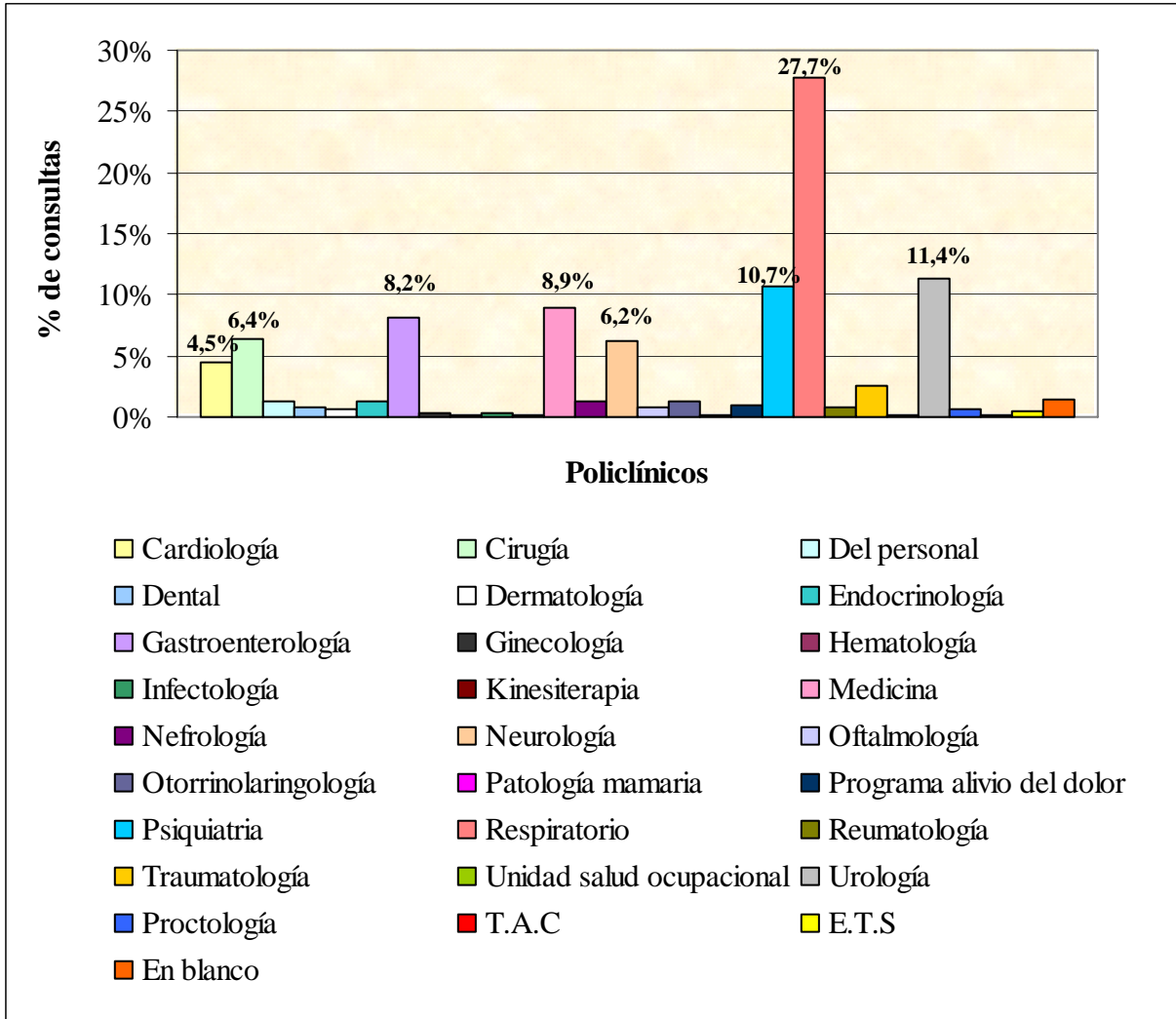
Gráfico 10. Distribución porcentual de consultas efectuadas en la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., por los usuarios hiperpoliconsultantes, según rango de edad y derivación. Noviembre 2003 – Octubre 2004.



n = 2119

En todos los rangos de edad la mayoría de las derivaciones corresponden a establecimientos de atención primaria, por lo cual en todos los rangos de edad realizan consultas banales, que no son pertinentes a la Unidad de Emergencia.

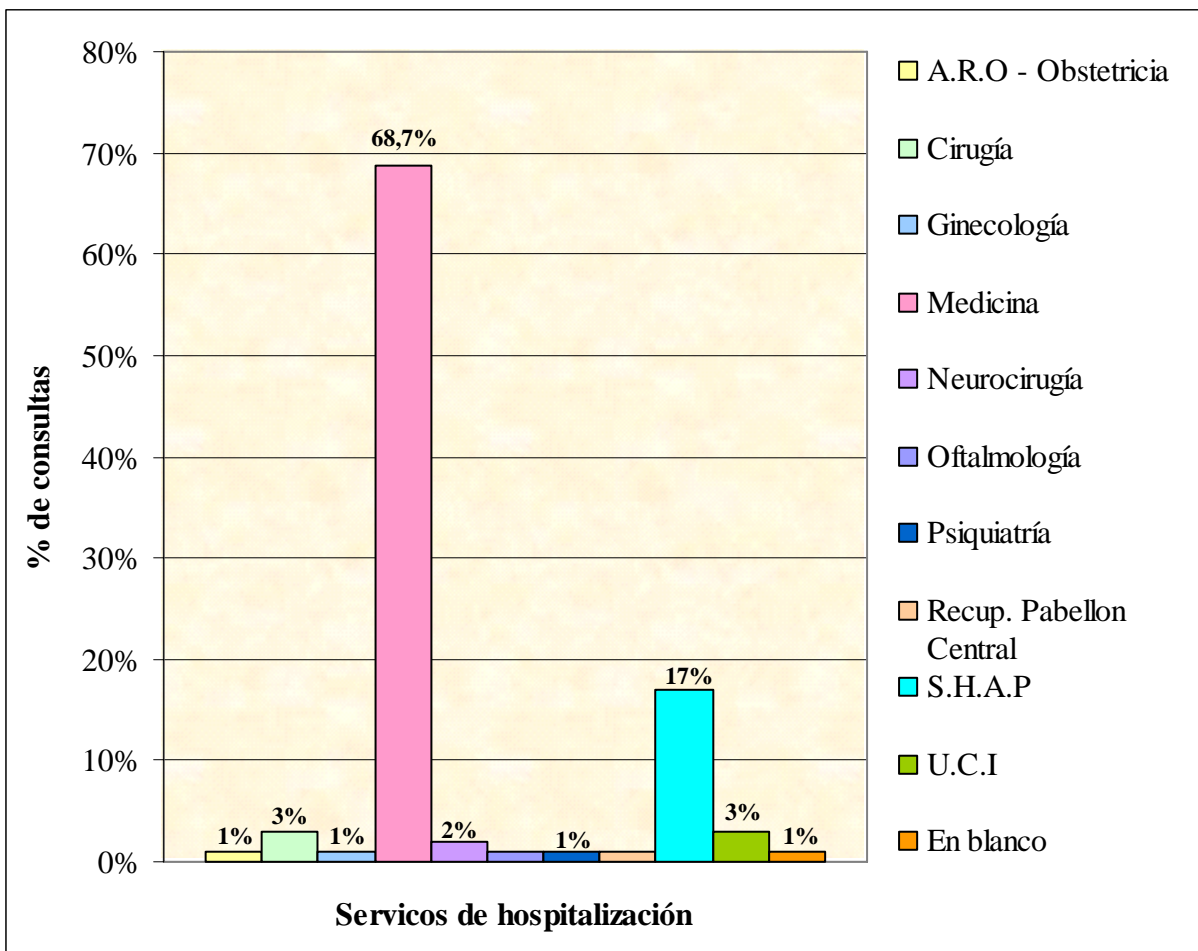
Gráfico 11. Distribución porcentual de consultas efectuadas en la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., por los usuarios hiperpoliconsultantes, según policlínico de derivación. Noviembre 2003 – Octubre 2004.



n = 596

Las derivaciones a policlínico demuestran directa relación con las consultas más frecuentes que corresponden al sistema respiratorio. Se puede inferir que muchas de estas derivaciones pueden ser como puerta de entrada a un policlínico de atención, para evitar los trámites burocráticos, como los problemas psicosomáticos. Llama la atención las derivaciones al policlínico del personal, aunque es un 1,3%, pero nos indica que funcionarios del sistema de salud están dentro de este grupo de hiperpoliconsultantes, de lo cuál se puede deducir que no esta presente el autocuidado en estos funcionarios, resultando absurdo porque trabajan en el sistema de salud.

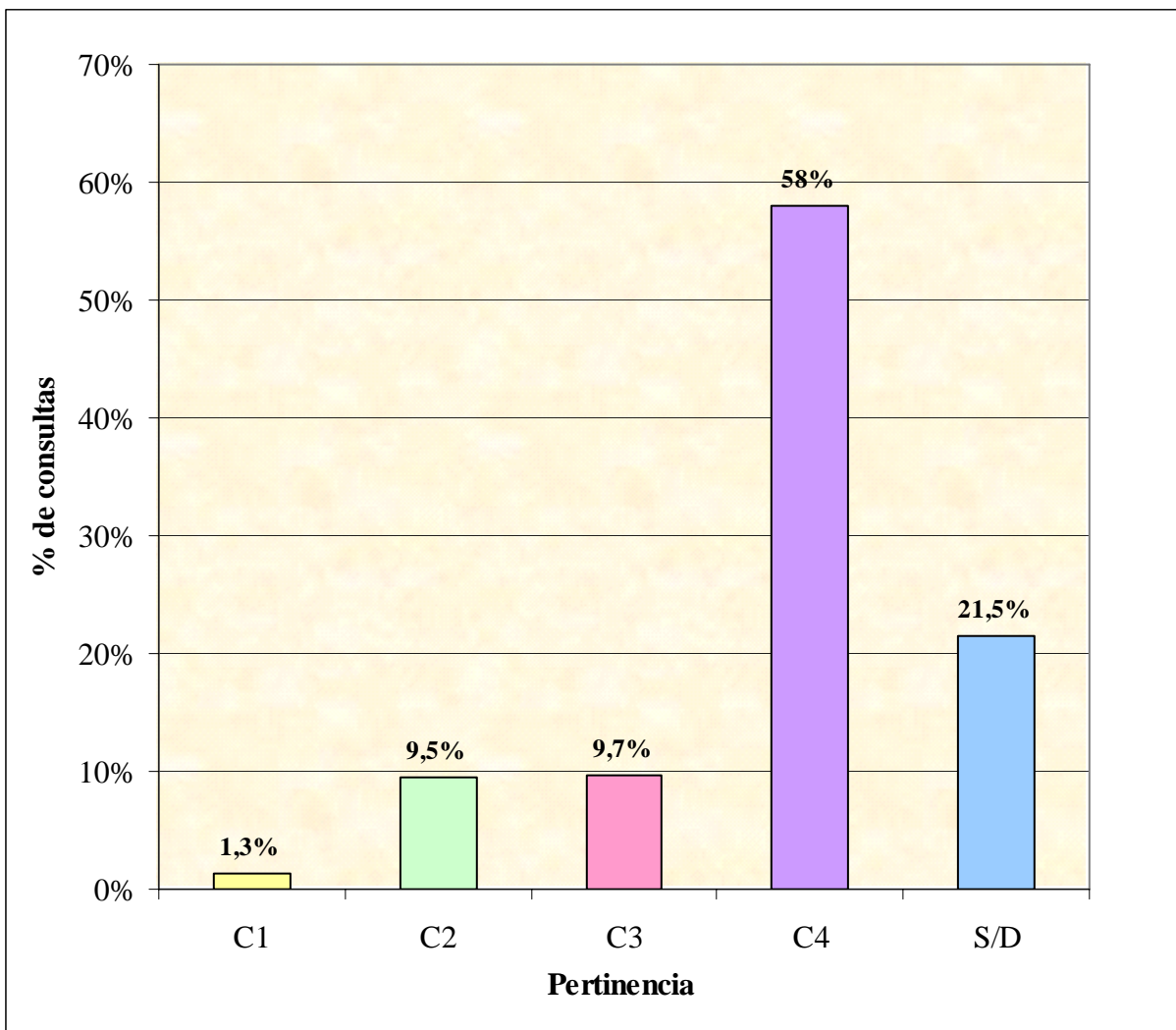
Gráfico 12. Distribución porcentual de consultas efectuadas en la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., por los usuarios hiperpoliconsultantes, según servicio de hospitalización. Noviembre 2003 – Octubre 2004.



n = 99

Se observa que la mayor proporción de las hospitalizaciones pertenecen al Servicio Medicina Adulto, debido principalmente a enfermedades relacionadas con el aparato respiratorio. Ver anexo N° 2.

Gráfico 13. Distribución porcentual de consultas efectuadas en la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., por los usuarios hiperpoliconsultantes, según pertinencia. Noviembre 2003 – Octubre 2004.



n = 2119

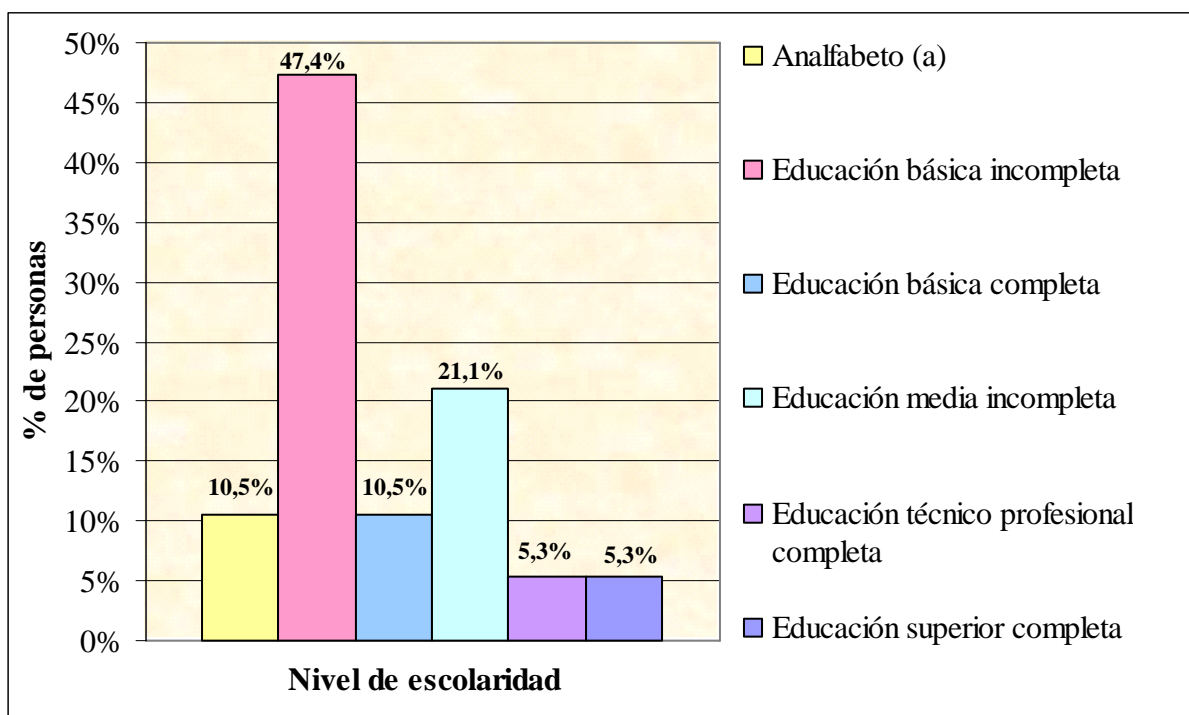
La mayoría de las consultas realizadas en la UEH corresponden a la pertinencia C4, es decir consultas banales que deberían ser resueltas en otros niveles de atención, por lo cual son derivadas a otros establecimientos o unidades. También es importante mencionar que un 21,5% de las consultas no tienen diagnóstico, pudiendo generar una distorsión en los resultados, ya que es una cantidad considerable.

Por lo expuesto anteriormente se puede decir que el perfil de estos usuarios hiperpoliconsultantes son en su mayoría, mujeres, de 65 o más años, previsión Fonasa A, residentes en la comuna de Valdivia, están inscritos en algún establecimiento de salud, consultan preferentemente en un horario diurno, la mayoría de las consultas son derivadas a centros de atención primaria, los diagnósticos más frecuentes están relacionados con el sistema respiratorio, y por último la mayoría de las consultas realizadas no son pertinentes a la Unidad de Emergencia.

De acuerdo a este perfil se seleccionaron 20 casos, que se les aplico una encuesta con dos ítems, cuantitativo y cualitativo.

5.2 RESULTADOS CUANTITATIVOS DE LOS CASOS SELECCIONADOS

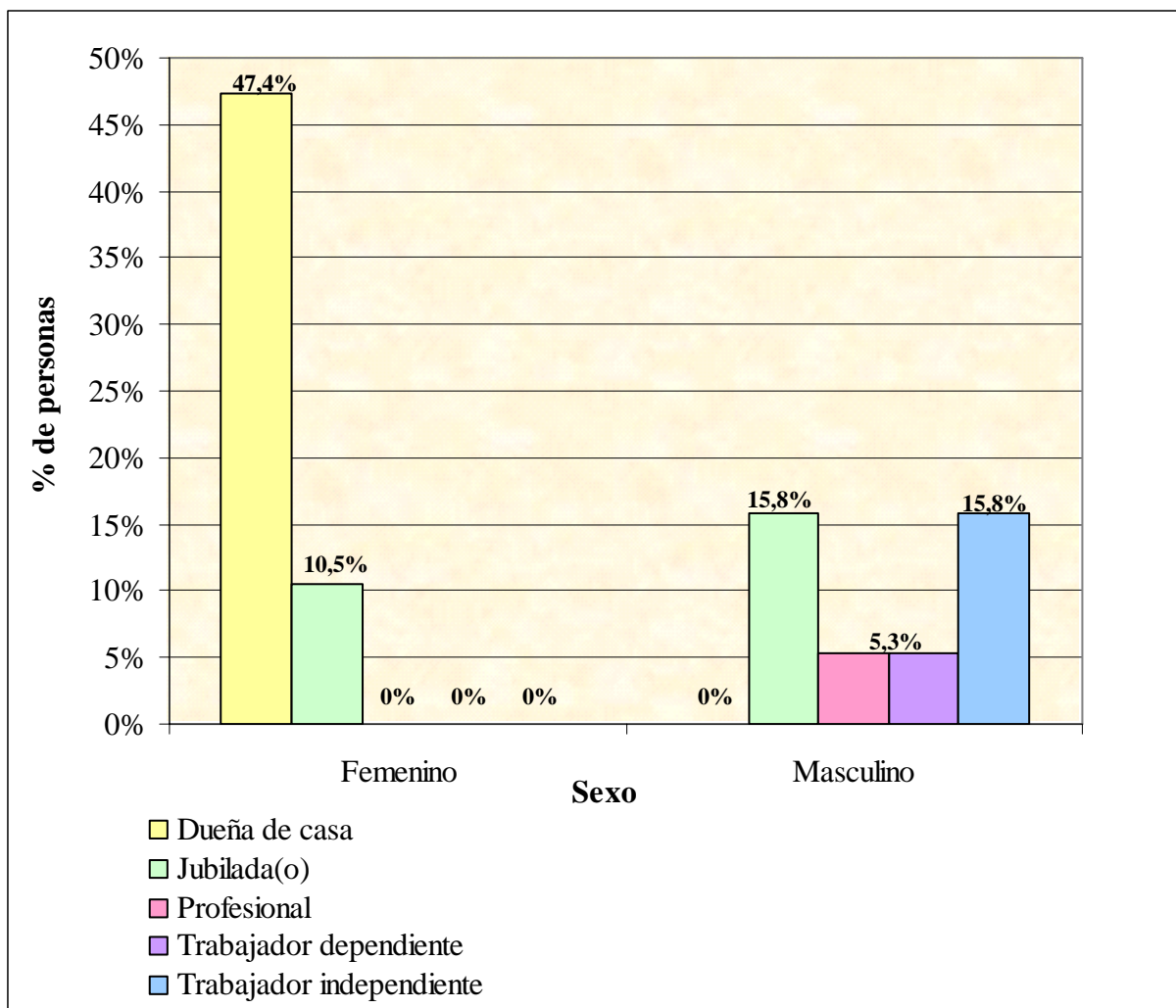
Gráfico 14. Distribución porcentual de los usuarios hiperpoliconsultantes de la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., según nivel de escolaridad. Noviembre 2003 – Octubre 2004.



n = 20

La mayoría de los usuarios hiperpoliconsultantes tienen un bajo nivel de escolaridad, entre los cuales existe un porcentaje de analfabetismo superior a los índices nacionales.

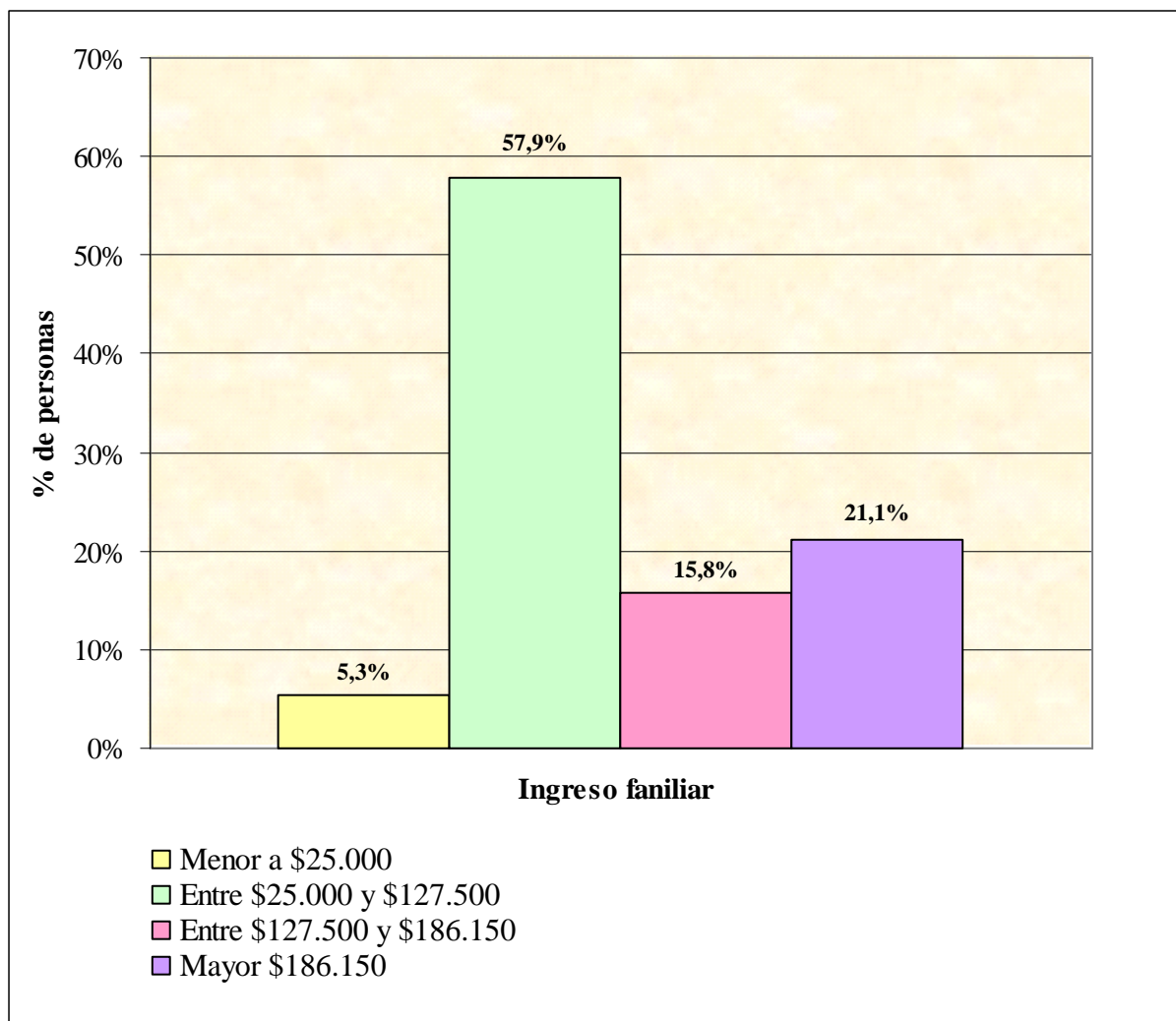
Gráfico 15. Distribución porcentual de los usuarios hiperpoliconsultantes de la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., según ocupación y sexo. Noviembre 2003 – Octubre 2004.



n = 20

Los hiperconsultantes del sexo masculino son económicamente activos, a diferencia de las hiperconsultantes, quienes en su mayoría son dueñas de casa, que no perciben ingresos.

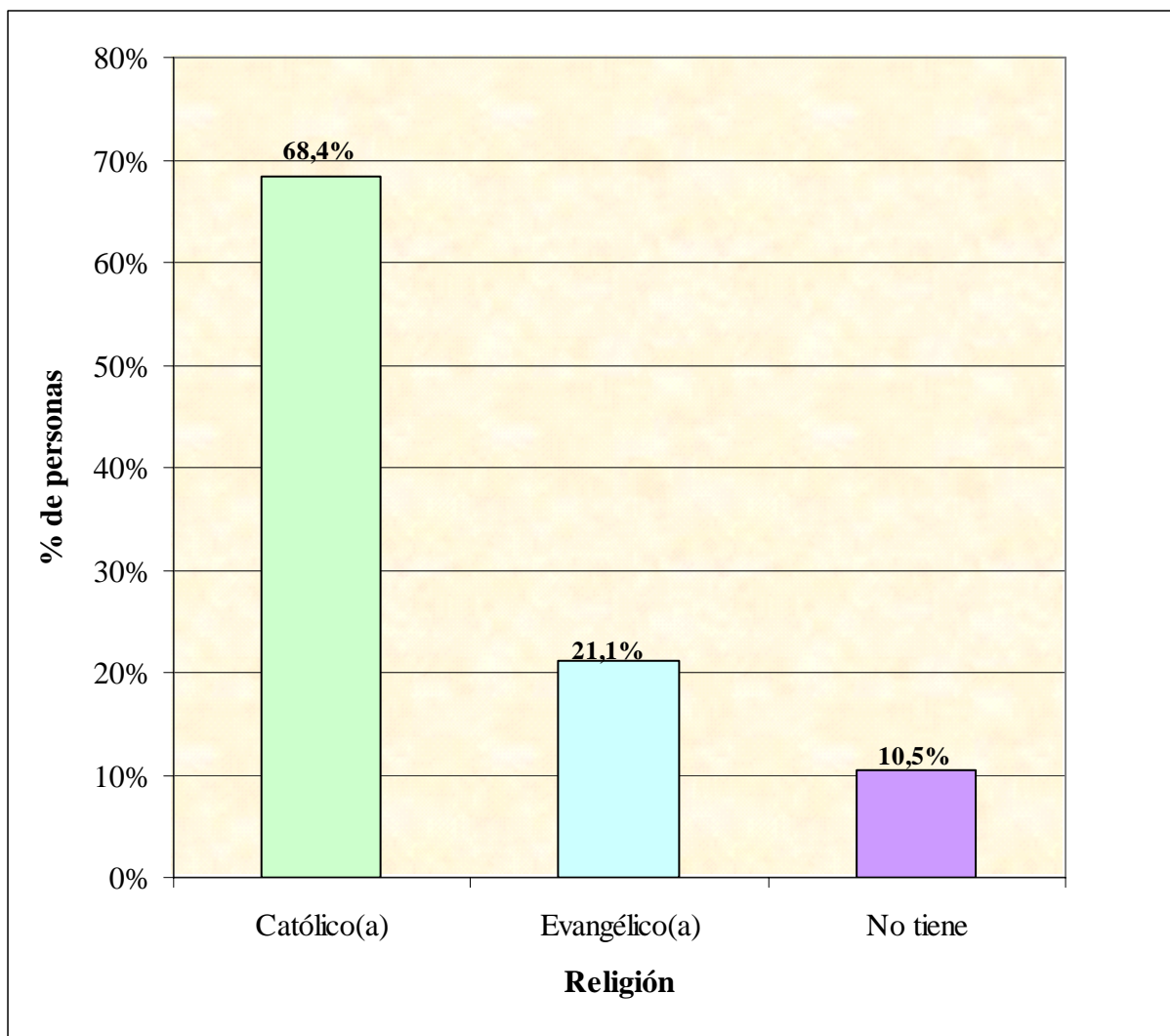
Gráfico 16. Distribución porcentual de los usuarios hiperpoliconsultantes de la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., según ingreso familiar. Noviembre 2003 – Octubre 2004.



n=20

La mayoría de los usuarios hiperpoliconsultantes que consultan en la UEH, son familias de escasos recursos, lo que se correlaciona con la previsión que predomina en este grupo, Fonasa A, que es para aquellas personas carentes de recursos.

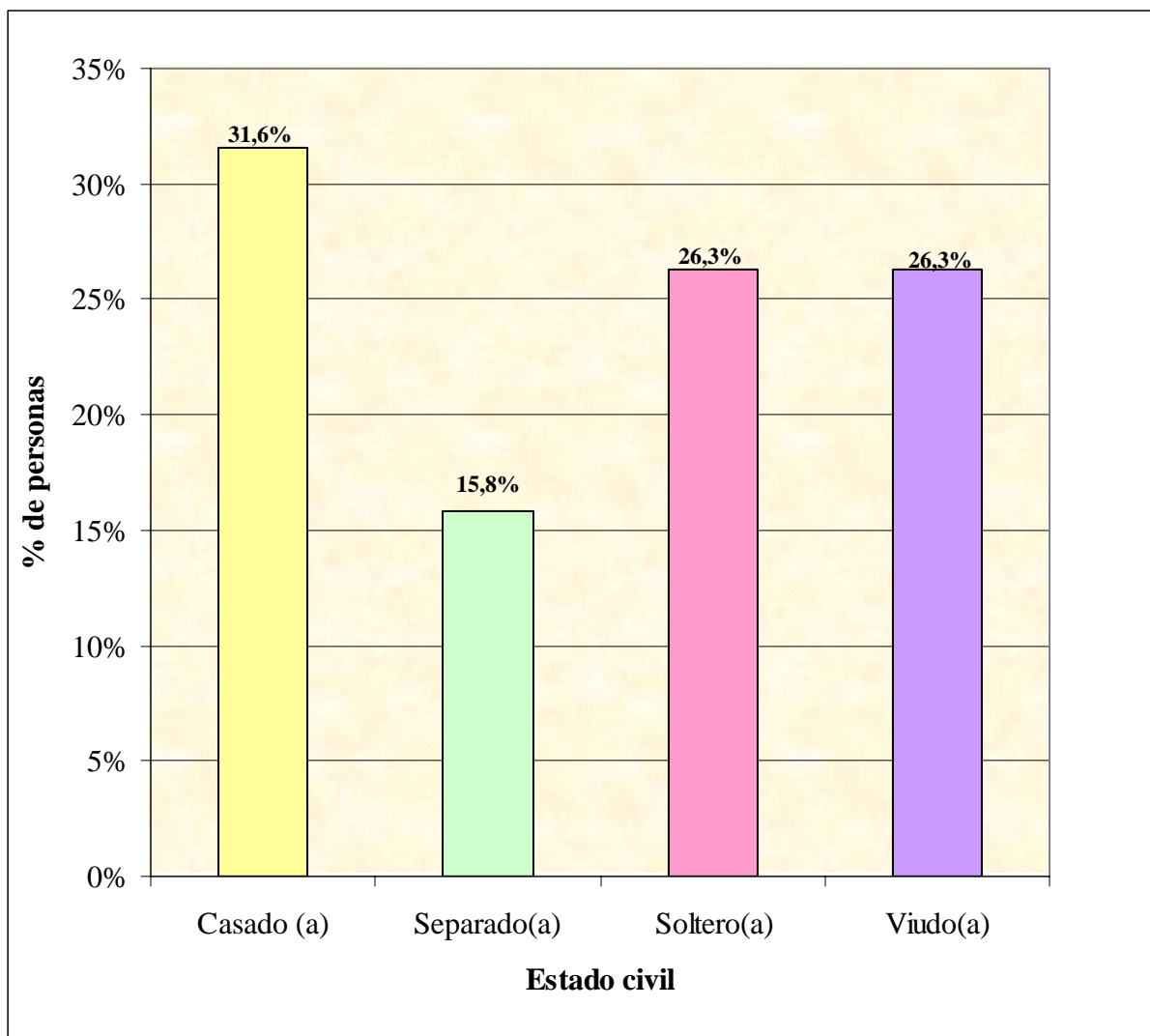
Gráfico 17. Distribución porcentual de los usuarios hiperpoliconsultantes de la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., según religión. Noviembre 2003 – Octubre 2004.



n=20

La religión de los usuarios hiperpoliconsultantes sigue la tendencia nacional, por lo cuál se puede inferir que no es un factor que va afectar la policonsulta.

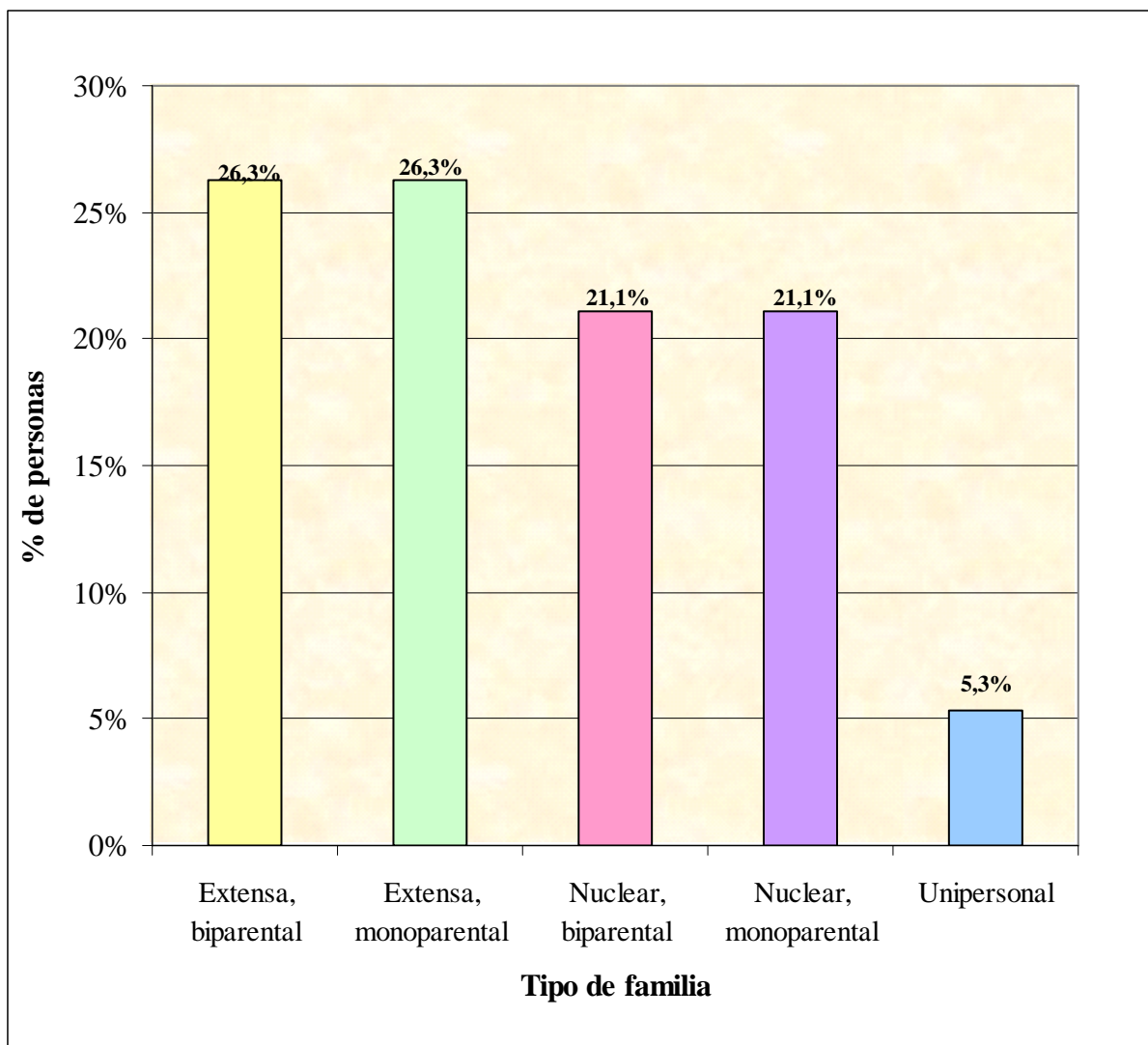
Gráfico 18. Distribución porcentual de los usuarios hiperpoliconsultantes de la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., según estado civil. Noviembre 2003 – Octubre 2004.



n=20

Los usuarios que consultan en la UEH, la mayoría son personas que viven sin pareja, con un 68,4%, de lo que se puede deducir que es un factor que va a influir en la policonsulta.

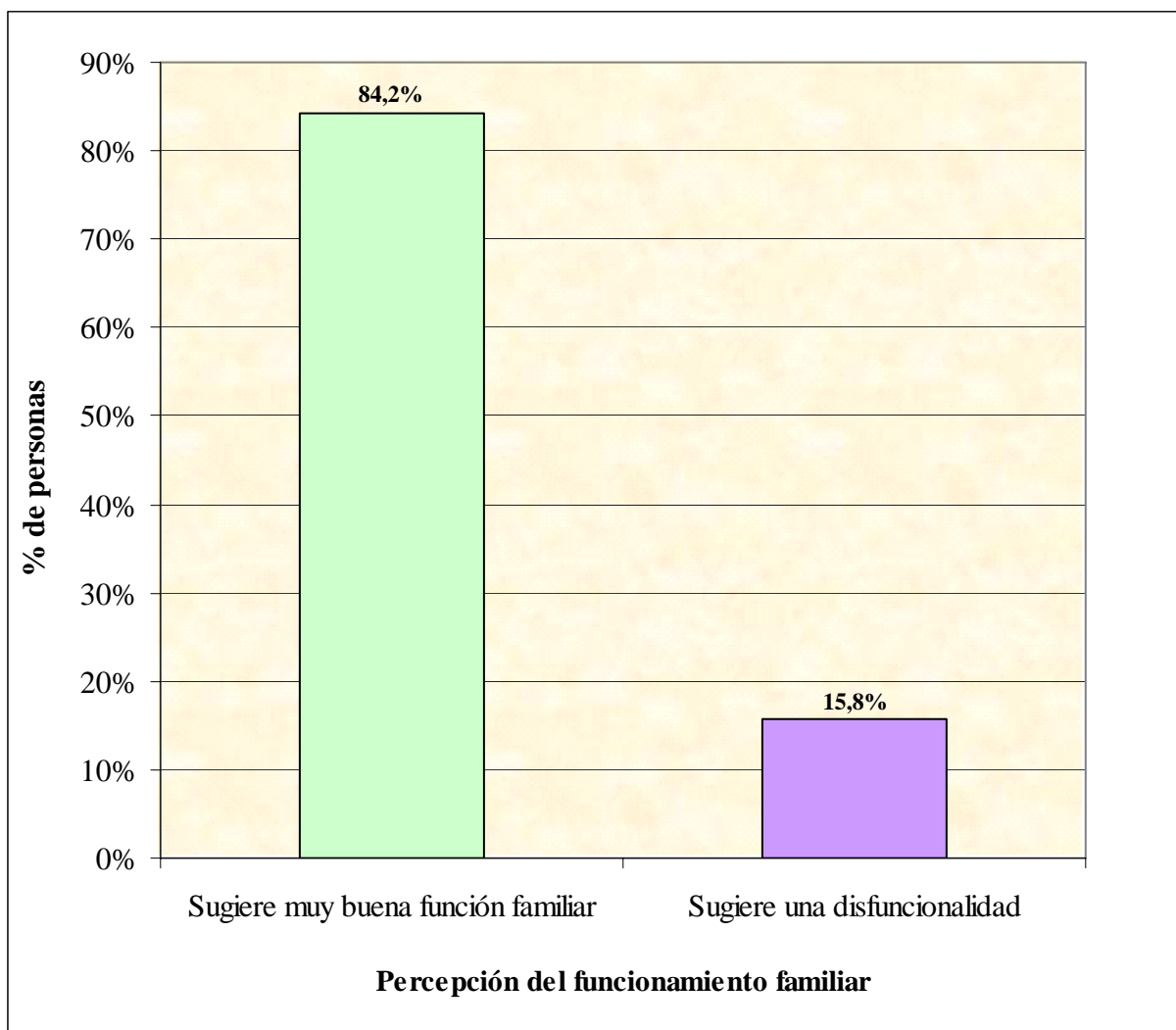
Gráfico 19. Distribución porcentual de los usuarios hiperpoliconsultantes de la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., según tipo de familia. Noviembre 2003 – Octubre 2004.



n=20

Existe una variedad de tipos de familias. Siendo la mayoría la familia extensa biparental y monoparental, continuando con la nuclear biparental y monoparental, y por último la unipersonal.

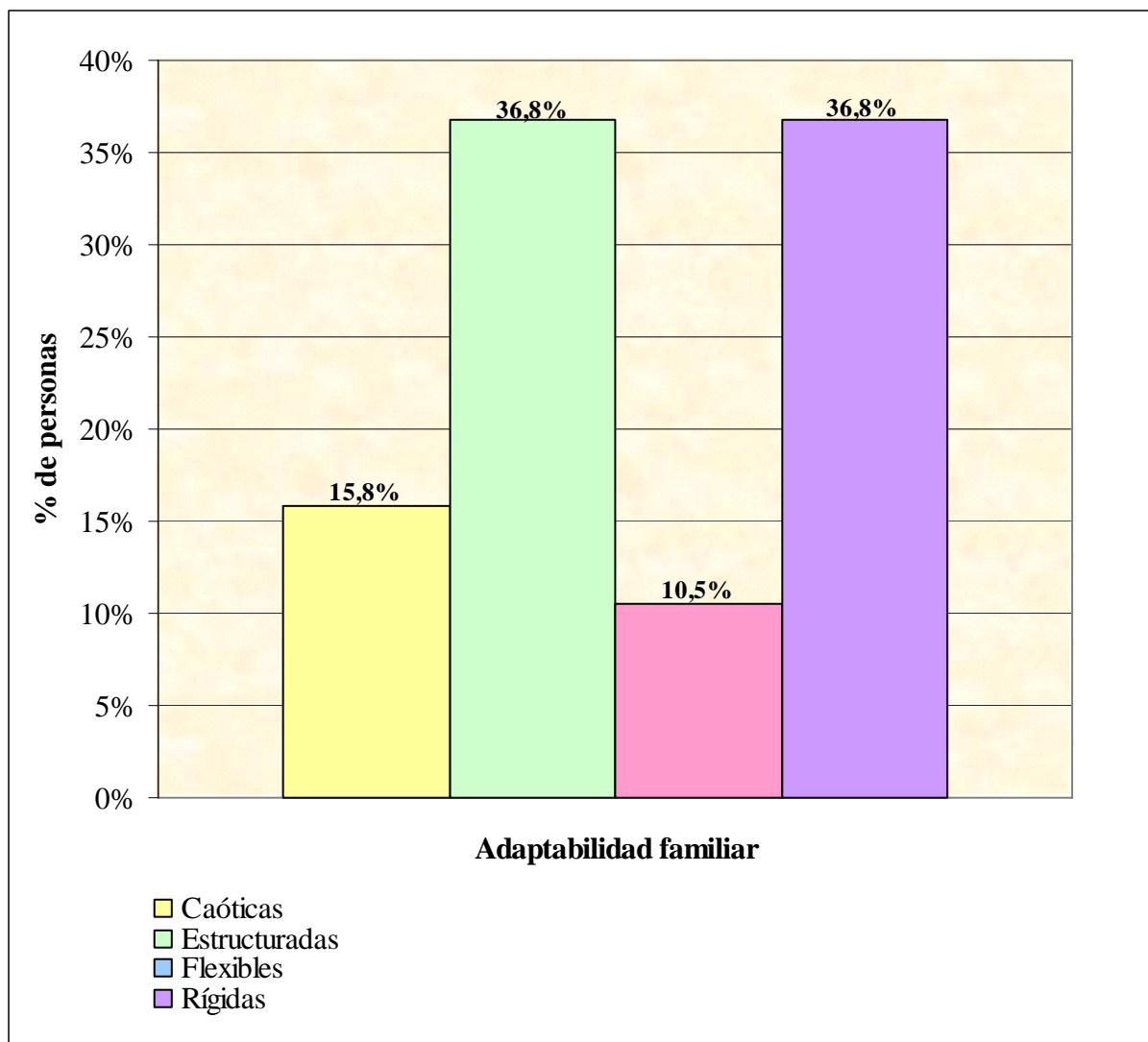
Gráfico 20. Distribución porcentual de los usuarios hiperpoliconsultantes de la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., según percepción del funcionamiento familiar. Noviembre 2003 – Octubre 2004.



n=20

Este resultado no es el que se esperaba, sino que una predominancia de una disfuncionalidad o mal funcionamiento familiar, por lo cual se puede inferir que no es un factor que influya en la policonsulta en este grupo de usuarios.

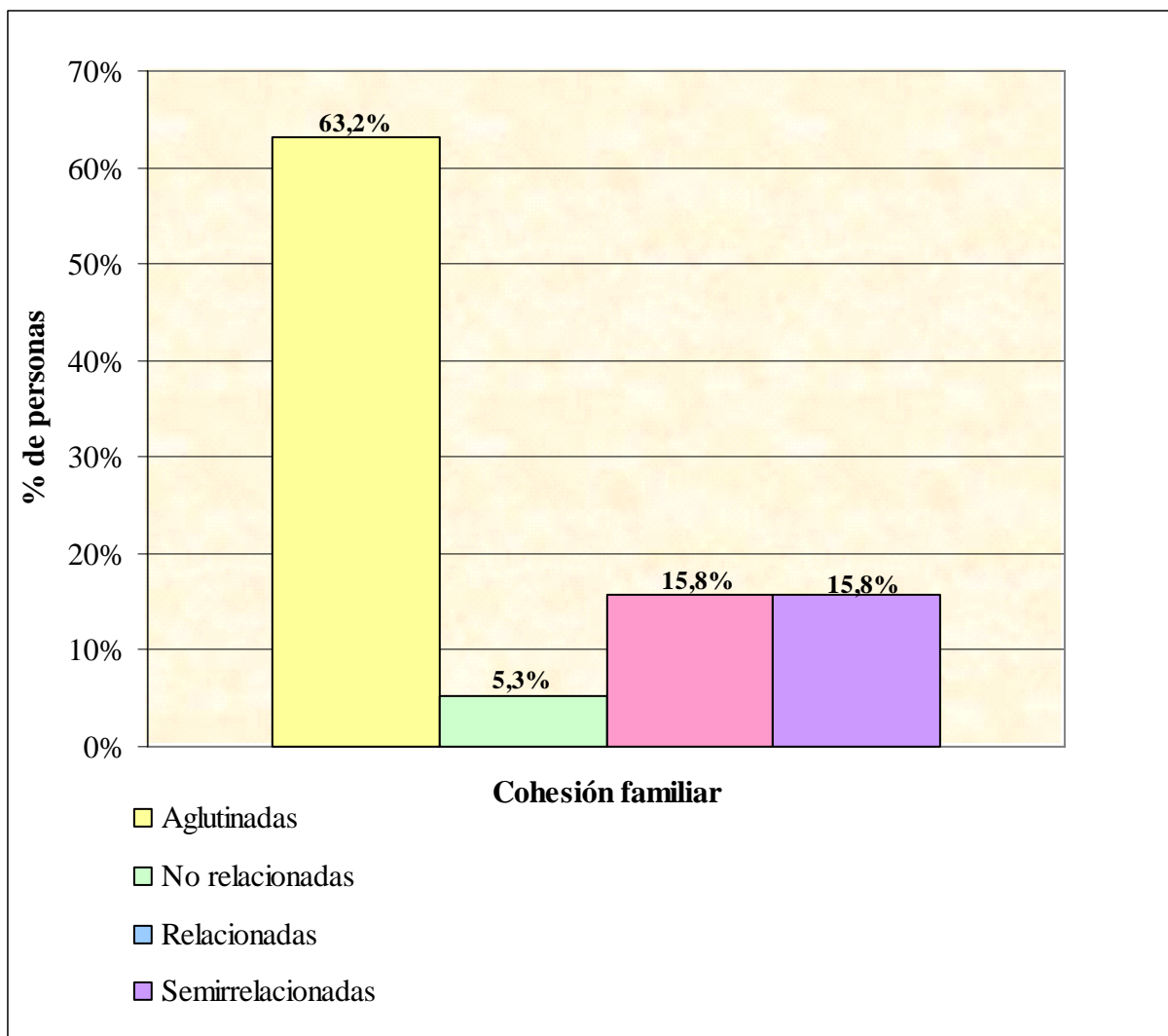
Gráfico 21. Distribución porcentual de los usuarios hiperpoliconsultantes de la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., según adaptabilidad familiar. Noviembre 2003 – Octubre 2004.



n=20

La mayoría de los encuestados clasifican a sus familias como estructuradas y rígidas, lo cuál es bueno cuando corresponde a una adaptabilidad estructurada, ya que existe un control de la familia frente a los diferentes cambios, porque manejan de la mejor manera posible las situaciones sin afectar la convivencia familiar, en cambio las familias rígidas poseen el nivel más bajo de adaptación a un cambio, lo cual es perjudicial para las familias, porque causa un mal funcionamiento familiar.

Gráfico 22. Distribución porcentual de los usuarios hiperpoliconsultantes de la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., según cohesión familiar. Noviembre 2003 – Octubre 2004.



n =20

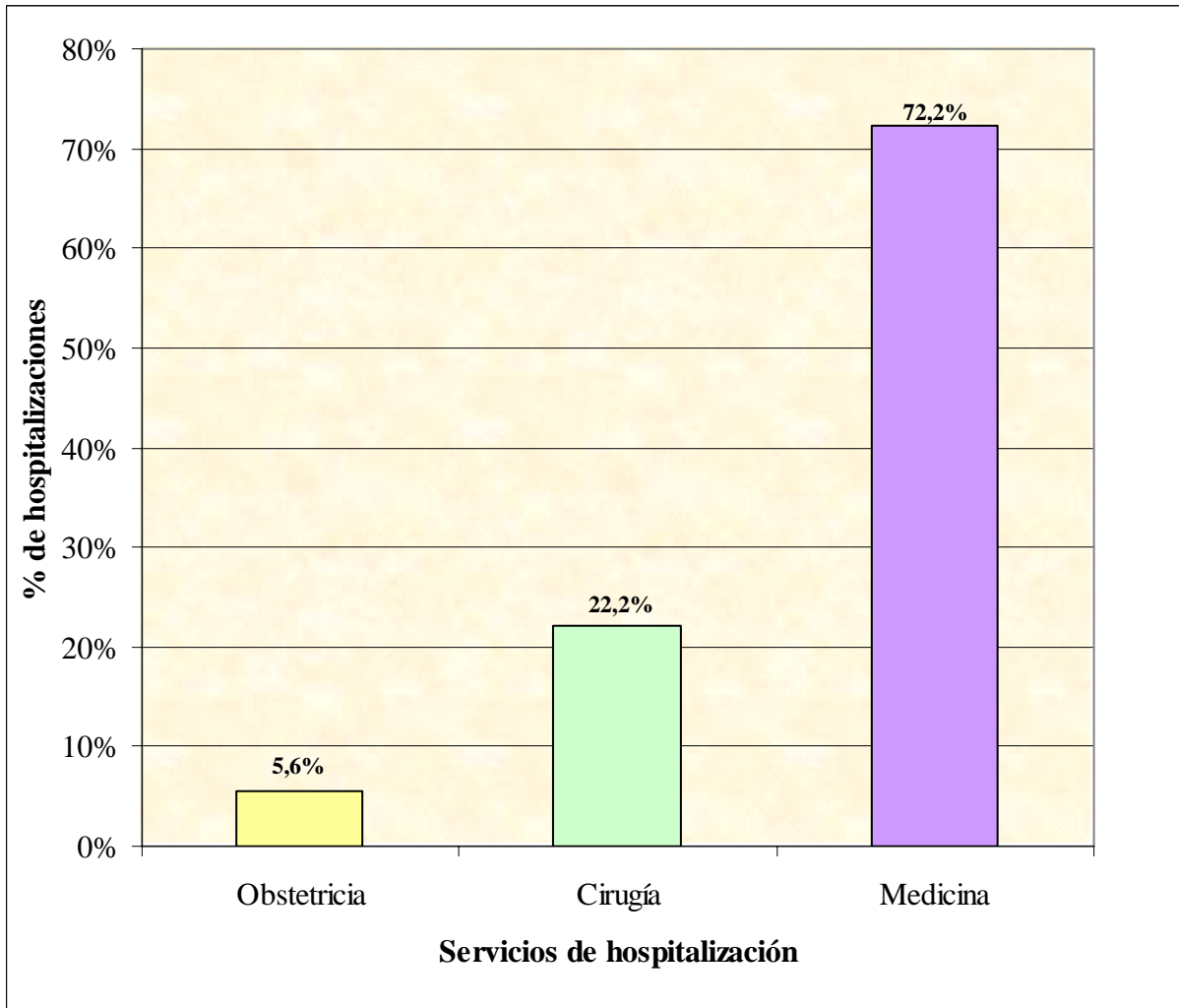
En cuanto a la cohesión familiar la mayoría de los encuestados corresponden a familias aglutinadas, lo cuál significa que existe un nivel muy alto de cohesión y unión afectiva entre los familiares, afectando negativamente al usuario, porque hay un alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común, que muchas veces no van hacer las más adecuadas, y además no permiten la independencia del usuario ni su autocuidado.

Tabla 1. Distribución porcentual de los usuarios hiperpoliconsultantes de la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., según percepción de la calidad de la relación con cada red de apoyo. Noviembre 2003 – Octubre 2004.

Redes de apoyo	Buena	Regular	Mala	No tiene	Total
Trabajo	5,3%	0%	0%	94,7%	100%
Familia paterna	10,5%	21,1%	0%	68,4%	100%
Familia materna	36,8%	21,1%	0%	42,1%	100%
Vecinos	47,4%	10,5%	0%	42,1%	100%
Escuela	10,5%	5,3%	0%	84,2%	100%
Iglesia	21,1%	5,3%	0%	73,7%	100%
Consultorio	57,9%	10,5%	5,3%	26,3%	100%
Hospital (UEH)	73,7%	15,8%	0%	10,5%	100%

En cuanto a las redes de apoyo, se puede observar que la mayoría aprecian de buena calidad la red de apoyo de los vecinos, consultorio y hospital, específicamente la Unidad de Emergencia, siendo esta predominante como red de apoyo, de lo cuál se puede inferir y explicar que concurren reiteradas veces al año a esta unidad, siendo un apoyo durante el proceso de enfermedad. Es importante mencionar que aprecian como apoyo las redes extrafamiliares, ya que el ítem de la familia paterna y materna no la consideran apoyo, porque no tienen relación con ellos o por defunción, pero esto no quiere decir que su núcleo familiar no sea un apoyo.

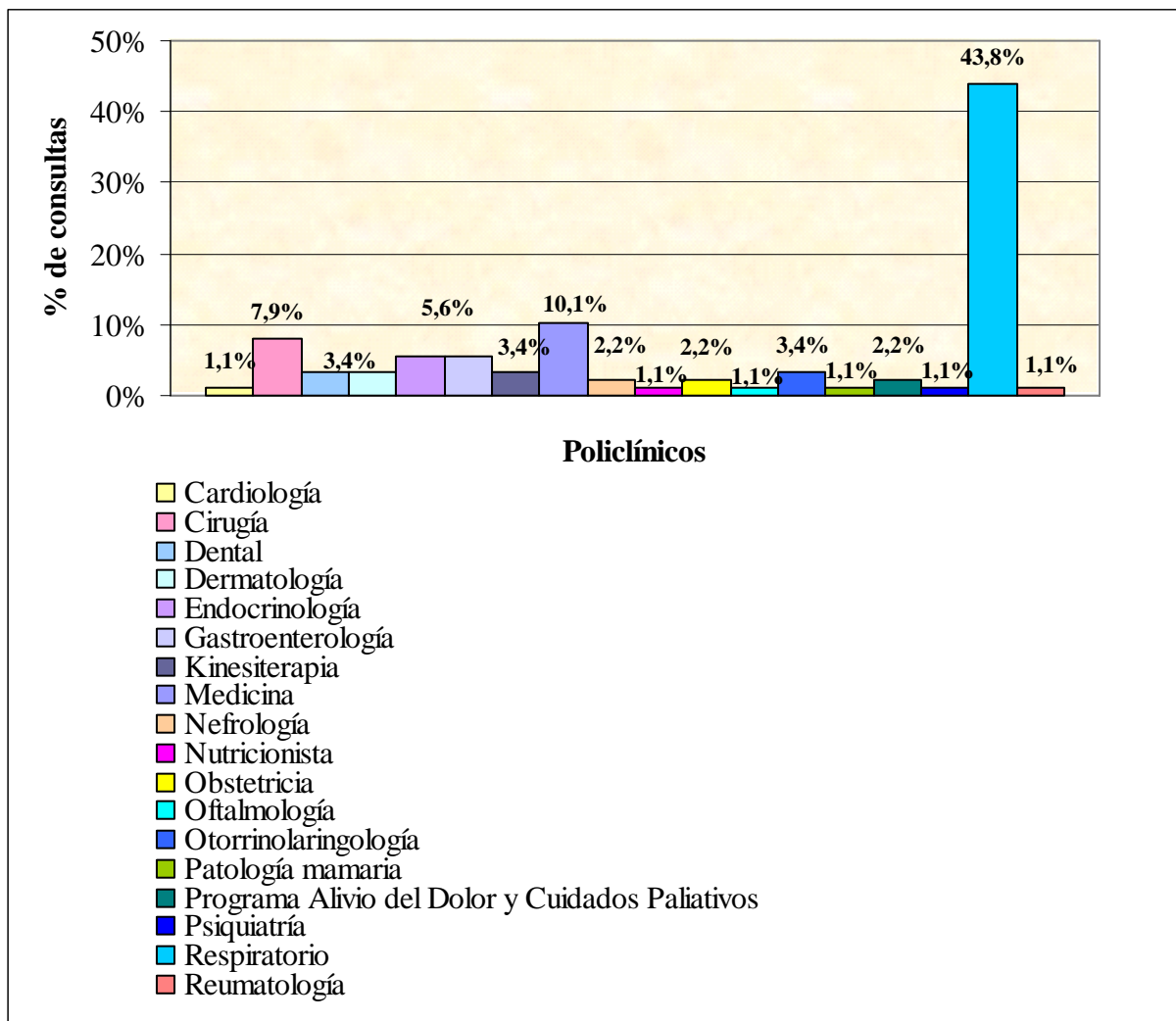
Gráfico 23. Distribución porcentual de hospitalizaciones de los usuarios hiperpoliconsultantes de la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., durante el periodo estudiado, según servicio de hospitalización. Noviembre 2003 – Octubre 2004.



n = 18

La mayoría de los usuarios encuestados que debieron ser hospitalizados fueron ingresados al Servicio de Medicina, lo que es coincidente con lo ocurrido con las hospitalizaciones observadas en la población total de hiperpoliconsultantes.

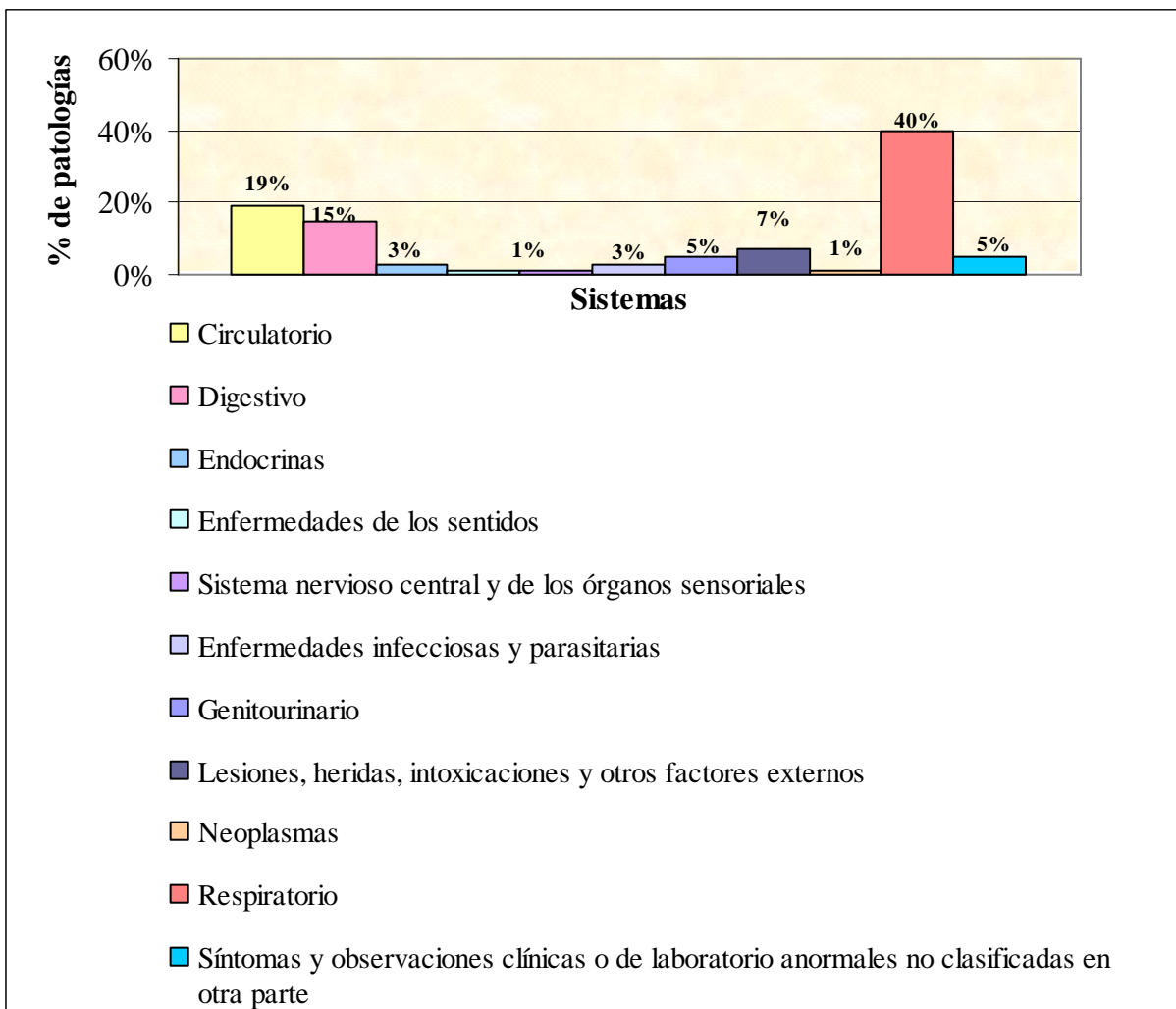
Gráfico 24. Distribución porcentual de atenciones de los usuarios hiperpoliconsultantes de la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., durante el periodo estudiado, según referencia a Policlínico de Especialidades. Noviembre 2003 – Octubre 2004.



n = 89

Un 43,8% de las derivaciones a policlínico de especialidades correspondieron a derivaciones a la especialidad de enfermedades respiratorias. Estos resultados coinciden con la frecuencia de estas enfermedades como motivo de consultas en la UEH.

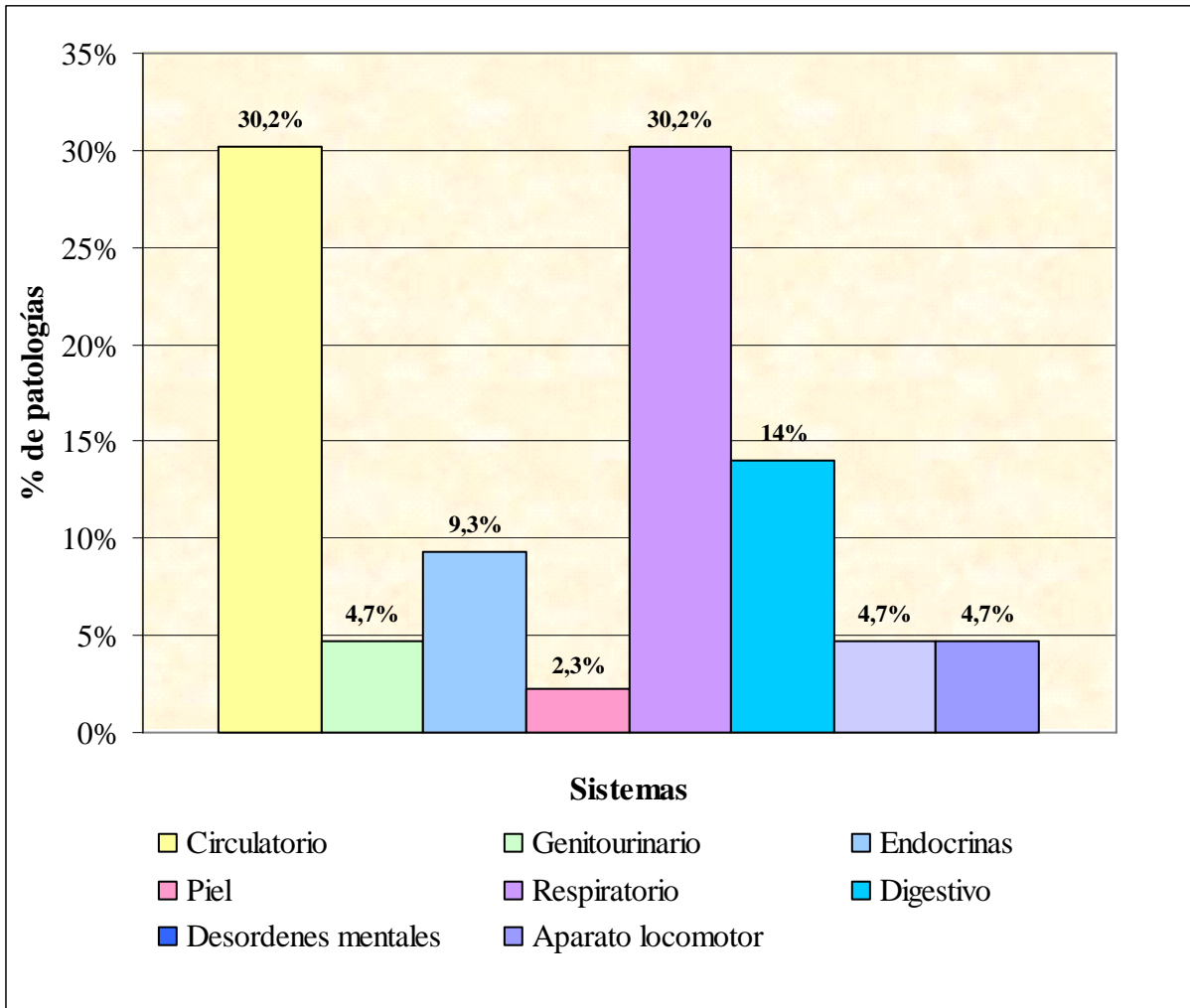
Gráfico 25. Distribución porcentual de hospitalizaciones previas de los usuarios hiperpoliconsultantes de la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., según sistemas. Noviembre 2003 – Octubre 2004.



n = 109

La investigación del antecedente de hospitalizaciones previas de los usuarios hiperpoliconsultantes, reveló que la mayoría de estos usuarios a lo largo de su historia clínica han padecido patologías respiratorias, circulatorias, y digestivas, lo cuál indica que son pacientes crónicos, que se rehospitalizan por descompensaciones de sus patologías, probablemente por un control inadecuado de éstas y un deficiente autocuidado para la prevención de estas enfermedades.

Gráfico 26. Distribución porcentual de patologías que padecen los usuarios hiperpoliconsultantes de la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., según sistemas. Noviembre 2003 – Octubre 2004.



n = 44

La mayoría de las patologías que padecen los usuarios encuestados pertenecen al sistema circulatorio y respiratorio, siendo en su mayoría asma e hipertensión arterial, es decir son pacientes crónicos, lo que coincide con la población total que en su mayoría consultan por patologías respiratorias, como también un porcentaje significativo por enfermedades circulatorias.

5.3 RESULTADOS CUALITATIVOS DE LOS CASOS SELECCIONADOS

5.3.1 Conductas del usuario: Carrera del enfermo o itinerario terapéutico: Se refiere a lo que las personas hacen, ya sea individual o colectivamente para mantener la salud y/o curarse.

A cada entrevistado se le consulta respecto de su patología: sus causas, tratamiento y costos de él, los síntomas y las medidas preventivas, ya que estos puntos van a influir sobre las medidas que adoptan ante una enfermedad. Ver anexo N° 3. A continuación se presenta el resumen de los resultados de 20 entrevistas

Estos usuarios no reconocen las causas de su patología y pese a los múltiples contactos con el equipo de salud, no expresan buena información respecto de ella. Las transgresiones más frecuentes mencionadas son las alimentarias y las relacionadas con el frío y el calor, es decir factores ambientales. También se reconocen estados emocionales como causa desencadenante.

Respecto del momento en que se declaran enfermos, lo hacen frecuentemente ante el dolor y también ante dificultades respiratorias. Entre las causas que revisten menos urgencia para declararse enfermo y acudir a la Asistencia Pública se mencionan el decaimiento, falta de apetito, sudoración y frío.

Los hiperpoliconsultantes se tratan con medicamentos y no los complementan con otras medidas terapéuticas, y sólo dos pagan parte de su tratamiento.

En cuanto a las medidas preventivas, éstas se encuentran relacionadas con la alimentación y la restricción de actividades, además reconocen que la correcta administración de medicamentos les ayuda a no tener nuevas crisis.

Se puede deducir que existen usuarios que desconocen las causas de sus enfermedades y su prevención, por lo cuál no adoptan medidas de un autocuidado necesario para evitar la descompensación de sus patologías.

Ante la pregunta sobre los recursos de salud que utilizan para recuperar el estado de salud, todos los usuarios encuestados utilizan la urgencia ante un problemas de salud, ya que en este lugar encuentran la solución para aliviar sus molestias que los aquejan, por lo que se puede concluir que es el recurso más utilizado, lo cual provoca que consulten

repetitivamente en la Unidad de Emergencia, ya que la acción a seguir ante una complicación de su salud es dirigirse a dicha unidad, aunque no se justifique, y no utilizan otros recursos que sean pertinentes a la complejidad de la consulta. Ver anexo N° 3.

Es importante señalar que los usuarios concurren más al Servicio de Urgencia del Hospital que al de los Consultorios, de lo cual se puede deducir que existe falta de información sobre los SAPU, como también deficiencia en la articulación de las redes asistenciales, ya que las consultas que se realizan en la Unidad de Emergencia del Hospital no son pertinentes a este nivel.

Se transcriben las siguientes afirmaciones respecto de los recursos de salud.

“Ahora voy al consultorio, no he ido a la urgencia hace mucho tiempo, voy al consultorio cuando tengo dolor y estoy resfriada.”

“Voy a la urgencia, porque no se puede ir a otro lugar.”

“Salgo arrancando para la urgencia, pero primero al consultorio Angachilla y si no está abierto al hospital.”

“Voy a la guardia, porque me hacen bajar la presión.”

“Me siento mal, acudo al consultorio primero, sino voy a la urgencia.”

“Voy a la urgencia cuando me siento mal, me solucionan mi problema de inmediato, en cambio en el consultorio me mandan a tomar exámenes y no me dan nada para el malestar.”

“Voy a la urgencia del hospital y del consultorio Gil de Castro, cuando me siento demasiado mal, no doy más, muchos dolores, me solucionan mi problema, me dan calmantes, quedo un poco mejor.”

“Voy a la urgencia nomás, porque se me va el aire, porque aquí en mi casa no me hacen respirar, en cambio en el hospital me hacen respirar, me dan oxígeno.”

“Voy a la urgencia cuando me siento enferma, mal. Es muy buena la atención, excelente.”

“Voy a la guardia del hospital o del consultorio Gil de Castro, para que no se agrave la enfermedad, me ven al tiro.”

“Voy a la urgencia, cuando es mucho, no lo puedo controlar sola.”

“Le consulto a mi señora. Voy al hospital a la urgencia, cuando me siento mal por mis enfermedades, después me siento bien.”

“Me abrigo, tomo mis remedios a la hora. Voy a la urgencia también.”

“Voy a la urgencia al tiro cuando me siento mal.”

6. DISCUSION

De acuerdo a la evolución epidemiológica de Chile, la población mayor de 60 años aumenta, cambiando la morbilidad y mortalidad, existiendo una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles²³. Esto concuerda con la población en estudio, en la cual predominan los adultos mayores, y en las consultas efectuadas en la Unidad de Emergencia del H.C.R.V prevalecen las enfermedades crónicas, siendo destacable mencionar el diagnóstico de bronquitis crónicas obstructivas, asma e Hipertensión esencial primaria.

De acuerdo a las características socio-culturales, el sexo predominante en esta población sigue la tendencia nacional y además concuerda con los resultados mostrados por Uribe²⁴, el nivel de escolaridad no sigue la tendencia nacional, ya que podemos encontrar en la población encuestada un porcentaje mayor de analfabetismo (6% en la región de los Lagos y 2% en el País)²⁵, según ocupación la mayoría corresponde a mujeres económicamente inactivas, lo que se contrapone con la realidad actual donde la participación laboral femenina esta en aumento, la religión concuerda con la población nacional, al igual que el estado civil donde la condición de casado (a) va en descenso²⁶.

Según FONASA los grupos A y B gozan de gratuidad en la atención²⁷, y son estos grupos los que predominan en la población hiperpoliconsultante. Por lo anterior, la mayoría de los usuarios que realizan consultas no pertinentes repetitivamente en la Unidad de Emergencia, tienen gratuidad en la atención, concurriendo a esta unidad porque encuentran una solución más rápida a su problema de salud, por la resolutividad en este nivel. Además esto afirma que la población en estudio tiene un bajo nivel socioeconómico, lo que fue confirmado en el estudio realizado en los usuarios que fueron encuestados.

La familia constituye la principal fuente de apoyo emocional y social de sus integrantes, son quienes comparten la frustración, el desaliento y la desesperación que ocasiona el vivir con una enfermedad crónica, por lo cuál es muy importante valorar las características familiares en el abordaje de los que padecen este tipo de enfermedades²⁸.

²³ http://www.medichi.cl/web/de_scargas/fd_obesidad_2006.pdf.

²⁴ URIBE, C. 2006. Servicio atención primario de urgencias y su influencia en la existencia de pacientes policonsultantes Unidad de Emergencia Hospital Clínico Regional Valdivia. Tesis licenciado en Enfermería. Valdivia, Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina - Instituto Salud Pública.

²⁵ <http://sir.mideplan.cl>

²⁶ <http://www.ine.cl/cd2002/sintesisencensal.pdf>

²⁷ www.fonasa.cl

²⁸ http://www.val.cl/Materiales/md3/hta/recursos/Pdfs_AbrevidadosII/12Orientacion_Familiar_ECNT.pdf

En este estudio la dinámica familiar se cuantificó mediante el apgar familiar, encontrando que la mayoría tenía un buen funcionamiento familiar (84,2%), hallazgo similar al de un estudio realizado en España²⁹, en pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, donde un 79,7% tiene una buena función familiar.

Según el módulo “dificultades en la evolución de las enfermedades crónicas”³⁰, la mayoría de los pacientes y sus familias, cuando éstas son estructuradas, se adaptan adecuadamente a las tensiones y exigencias de la enfermedad crónica, tienden a aunar esfuerzos y fortalecer sus lazos, lo cual coincide con una de las mayorías de las familias de nuestros usuarios encuestados (36,8%), donde la adaptabilidad familiar resultó ser estructurada, es decir, adaptable a los cambios generados por la enfermedad de sus miembros. Por otra parte, también se observó un igual porcentaje de usuarios que provenían de familias de adaptabilidad rígida, característica que según Steinberg,³¹ en su experiencia con familias afectadas por una enfermedad crónica, refiere que con frecuencia sus miembros pasan a considerar cualquier cambio, en este caso la enfermedad, como una amenaza al equilibrio que han logrado hasta ese momento. Por lo anterior, el primer objetivo con las familias afectadas por una enfermedad crónica es lograr un equilibrio entre las necesidades del individuo enfermo y el resto de sus miembros.

La cohesión familiar de los policonsultantes resultó ser aglutinada en un 63,2% lo que significa que existe un nivel muy alto de cohesión y unión afectiva entre los familiares, los cuales ante la enfermedad de uno de sus miembros se cierran en sí mismos y quedan atrapados, llegando a asumir en exceso la responsabilidad del cuidado del enfermo, limitando su autonomía o independencia, a pesar que en la mayoría de los casos los pacientes crónicos si desarrollan un buen autocuidado pueden tener una autonomía cotidiana plena³².

Por lo expuesto anteriormente, considero muy importante abordar en investigaciones posteriores el aspecto familiar de estos usuarios hiperpoliconsultantes, ya que sin duda pueden influir en la policonsulta.

Influyen distintos factores al momento que el usuario decide concurrir a la Unidad de Emergencia Hospitalaria, entre ellos esta el conocimiento de la oferta del servicio, que se caracteriza por presentar un alto nivel de resolutivez³³, lo cual es percibido por la población estudiada, ya que la consideran una red de apoyo, como también un recurso para la solución de

²⁹http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113157682001000900003&lng=idioma&nrm=io

³⁰http://www.val.cl/Materiales/md3/hta/recursos/Pdfs_AbrevidadosII/12Orientacion_Familiar_ECNT.pdf

³¹ Citado en el artículo (29) sin referencias adicionales

³² http://www.val.cl/Materiales/md3/hta/recursos/Pdfs_AbrevidadosII/12Orientacion_Familiar_ECNT.pdf

³³ <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=13087318>

sus problemas de salud, que según Scrimshaw y Hurtado³⁴ corresponde a la carrera del enfermo, que son las acciones que adoptan estas personas ante un problema de salud, que van a ser influenciadas por factores individuales, familiares, culturales, económicos y sociales.

La mayoría de los usuarios hiperpoliconsultantes consultaron en la UEH en horario diurno, en una consulta intencionada, para evitar los trámites burocráticos previos a su atención, y por la alta resolutivez que a esta unidad le reconocen. Además, la demanda de estos usuarios no mostró una tendencia estacional, lo que coincide con lo publicado por Uribe (2006)³⁵.

Los hiperpoliconsultantes mayoritariamente residen en la comuna de Valdivia, lo que puede influir para consultar repetitivamente en la UEH, tal como demuestra Esparza (2003)³⁶, que menciona que la procedencia es determinante en aumentar la tasa de reingresos, debido principalmente a la cercanía del centro de salud, lo que genera una mayor accesibilidad, promoviendo la policonsulta. Por otra parte, es importante destacar, que la mayor proporción de hospitalizaciones observada en esta población de usuarios de la UEH, fue en el Servicio de Medicina Adulto, debido a patologías respiratorias, lo que permite presumir que éstas corresponden a rehospitalizaciones de pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas, de acuerdo con el estudio realizado por Esparza que demostró que la principal causa de rehospitalizaciones en el Servicio de Medicina Adulto del Hospital Clínico Regional son las enfermedades respiratorias, las que también son la primera causa de la demanda por morbilidad en los otros establecimientos de la Red Asistencial³⁷, en los cuales especialmente en la Atención Primaria deberían ser tratados y controlados los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas.

Respecto a la gravedad de los consultantes y de acuerdo con estadísticas norteamericanas, se ha estimado que entre un 15% a 50% de los pacientes que acuden a los Servicios de Urgencias presentan problemas menores. En la Unidad de Emergencias del Hospital Barros Luco Trudeau, correspondiente al Servicio de Salud Metropolitano Sur de nuestro país, esta cifra es entre un 50% a un 60% de los casos³⁸, lo que coincide con la

³⁴ SCRIMSHAW, S.; E. HURTADO. 1988. Procedimientos de asesoría rápida para programas de nutrición y atención primaria de salud. Estados Unidos de América.

³⁵ URIBE, C. 2006. Servicio atención primario de urgencias y su influencia en la existencia de pacientes policonsultantes Unidad de Emergencia Hospital Clínico Regional Valdivia. Tesis licenciado en Enfermería. Valdivia, Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina - Instituto Salud Pública.

³⁶ ESPARZA, K. 2003. Análisis descriptivo del perfil sociodemográfico de los pacientes portadores de patologías crónicas rehospitalizados en el servicio de medicina adulto H.C.R.V. durante el año 2001. Tesis licenciado en Enfermería. Valdivia, Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina – Escuela de Enfermería.

³⁷ www.minsal.cl

³⁸ MINISTERIO DE SALUD (CHILE). 2004. Borrador priorización unificada para consultas de urgencias del adulto en la Región Metropolitana. División de gestión de redes equipo de monitoreo integral R.M. Santiago, Chile.

mayoría de las consultas realizadas por los hiperpoliconsultantes en la Unidad de Emergencia del H.C.R.V, que corresponden a la pertinencia C4 con un 58%, es decir consultas banales que podrían resolverse en la atención primaria, y que en el caso de los hiperpoliconsultantes fueron derivadas en un 51,2% a ese nivel de Atención..

Lo anterior justifica organizar el trabajo diario de las Unidades de Emergencias Hospitalarias, según el proceso de priorización en la atención, con el fin de retornar a la Atención Primaria lo que sea de resolución en este nivel, que muchas veces corresponde a descompensaciones de patologías crónicas mal o nunca controladas o patologías que requieren mayores estudios para su solución definitiva, con el objetivo de lograr una utilización racional de los recursos, según el grado de complejidad de los consultantes, para así descongestionar la Unidad de Emergencia por consultas no pertinentes, como es el caso del H.C.R.V³⁹.

Al respecto es importante mencionar que en diferentes estudios del perfil de los consultantes, realizados al menos en tres Servicios de Urgencia de la Región Metropolitana, se ha determinado que entre un 20 a 30% de los consultantes habituales no están inscritos en ningún Centro de Salud, perdiéndose con ello la oportunidad de otorgarles una atención continuada e integral, que les resuelva realmente sus problemas de salud de tipo crónico y/o agudo, además de perderse o dificultarse la posibilidad de trabajar con ellos en el marco del modelo de atención familiar y comunitario⁴⁰, lo que se diferencia de los usuarios hiperpoliconsultantes de la Unidad de Emergencia del H.C.R.V, donde el 96,3% está inscrito en algún establecimiento de salud, lo que eventualmente le permitiría una atención integral y continua en estos centros de salud, si es que fuese necesaria.

Por lo expuesto anteriormente es muy importante la coordinación y comunicación entre las redes asistenciales de un mismo territorio, ya que están compuestas por establecimientos con diferentes niveles de complejidad, que se relacionan entre si, a través de los sistemas de referencia y contrarreferencia de los pacientes, de acuerdo al nivel de resolutivez que éstos requieren según la complejidad del problema de salud que presenten⁴¹.

³⁹ MINISTERIO DE SALUD (CHILE). 2004. Borrador priorización unificada para consultas de urgencias del adulto en la Región Metropolitana. División de gestión de redes equipo de monitoreo integral R.M. Santiago, Chile.

⁴⁰ MINISTERIO DE SALUD (CHILE). 2004. Borrador priorización unificada para consultas de urgencias del adulto en la Región Metropolitana. División de gestión de redes equipo de monitoreo integral R.M. Santiago, Chile.

⁴¹ MINSAL (CHILE). 2005. Borrador modelo de gestión de establecimientos hospitalarios. Subsecretaría de redes asistenciales. Santiago, Chile. (Original no consultado, citado por: URIBE, C. 2006. Servicio atención primario de urgencias y su influencia en la existencia de pacientes policonsultantes Unidad de Emergencia Hospital Clínico Regional Valdivia. Tesis licenciado en Enfermería. Valdivia, Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina - Instituto Salud Pública.

El buen funcionamiento de la red, disminuye el riesgo de duplicidad y subutilización de recursos humanos y tecnológicos, como también evita que se efectúen procedimientos o intervenciones en una Unidad de Emergencia, que pudieran haberse efectuado a menor costo, con mayor oportunidad y satisfacción del usuario en un centro de salud comunitario. La Unidad de Emergencia de un Establecimiento Hospitalario, debe ser considerada como una unidad distribuidora de pacientes, articulada con la atención primaria y coordinada con la hospitalización en el establecimiento, de modo que los servicios clínicos sean integralmente responsables de los pacientes de su especialidad, desde el momento de su ingreso a la Unidad de Emergencia. Para estos efectos, es imprescindible que exista claridad de la misión de cada uno de los establecimientos asistenciales, para que la red como un todo pueda brindar una atención integral y de calidad a sus usuarios⁴².

Por último este estudio cumple con los objetivos de caracterizar el perfil de estos usuarios que concurren repetitivamente a la Unidad de Emergencia del Hospital Clínico Regional Valdivia, ya que la ventaja de la muestra no probabilística es su utilidad para un determinado estudio, explicando esta situación en particular, así como la desventaja que estos resultados no se pueden extrapolar a otra población⁴³. Los sesgos de este estudio están relacionados a que el análisis estadístico puede requerir del cálculo de significancia estadística, para profundizar el análisis de los datos.

⁴²MINSAL (CHILE). 2005. Borrador modelo de gestión de establecimientos hospitalarios. Subsecretaría de redes asistenciales. Santiago, Chile. (Original no consultado, citado por: URIBE, C. 2006. Servicio atención primario de urgencias y su influencia en la existencia de pacientes policonsultantes Unidad de Emergencia Hospital Clínico Regional Valdivia. Tesis licenciado en Enfermería. Valdivia, Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina - Instituto Salud Pública.

⁴³HERNANDEZ, R.; C. FERNANDEZ.; P. BAPTISTA. 2003. Metodología de la investigación. México, tercera edición en español, McGraw-Hill/Interamericana editores, S.A. de C.V.

7. CONCLUSIONES

El perfil socio psico biológico de los usuarios adultos hiperpoliconsultantes, que realizan más de diez consultas anualmente, en la Unidad de Emergencia adulto del Hospital Clínico Regional Valdivia (HCRV), durante el período comprendido entre noviembre de 2003 a octubre de 2004 se caracteriza por:

1. Características sociodemográficas y epidemiológicas de los hiperpoliconsultantes: Según el análisis de los resultados se puede concluir que el sexo femenino es el que predomina con un 59,7%, de acuerdo al rango de edad la mayoría corresponde a los 65 o más años, es decir adultos mayores, condición para ambos sexos. En cuanto a la previsión predominan Fonasa A, para ambos sexos, que significa acceso gratis al sistema, un ingreso entre \$25.000 y \$127.500 mensuales y económicamente inactivos, en su mayor proporción dueñas de casa. Entre ellos hay un 10,5% de analfabetos y un 68,4% de religión católica. Un 96,3% se encuentra inscrito en establecimientos de atención primaria. Según las patologías que padecen corresponden a enfermedades respiratorias y circulatorias en su mayoría.
2. Características familiares de los hiperpoliconsultantes: La mayoría de los usuarios, de acuerdo al estado civil son personas que se encuentran sin una pareja, siendo frecuente las familias extensas tanto monoparental como biparental, continuando con las familias de tipo nuclear tanto biparental como monoparental, sugieren muy buena función familiar, según adaptabilidad son familias estructuradas y rígidas, y de acuerdo a cohesión son familias aglutinadas.
3. Características de las redes de apoyo de los hiperpoliconsultantes: Aprecian de buena calidad la red de apoyo de los vecinos, consultorio y hospital, específicamente la Unidad de Emergencia, siendo esta predominante como red de apoyo.
4. Características del itinerario terapéutico de los hiperpoliconsultantes: Existen usuarios que desconocen las causas de sus enfermedades y su prevención, por lo cuál no adoptan el autocuidado necesario para evitar la descompensación de su patología. Por otra parte, la mayor proporción de los pacientes eligen tratamientos gratuitos, como los del sistema público de salud. Entre ellos, la elección para recuperar su estado de salud, es la Unidad de Emergencia, ya que en este lugar encuentran la solución rápida y de mejor calidad, para aliviar las molestias que los aquejan.

5. Características de las consultas realizadas por los hiperpoliconsultantes: En cuanto al número de consultas anuales la mayoría realiza entre 10 a 19 consultas, son efectuadas preferentemente en un horario diurno, no muestran estacionalidad en el año, son derivadas en su mayoría a centros de atención primaria, según derivación a hospitalizaciones predomina el servicio de medicina adulto, en cuanto a policlínico al respiratorio. Los diagnósticos más frecuentes de consulta corresponden al sistema respiratorio, siendo preferentemente patologías crónicas. De acuerdo a la pertinencia la mayoría corresponde a C4, es decir consultas no pertinentes a la UEH.

8. BIBLIOGRAFIA

ESPARZA, K. 2003. Análisis descriptivo del perfil sociodemográfico de los pacientes portadores de patologías crónicas rehospitalizados en el servicio de medicina adulto H.C.R.V. durante el año 2001. Tesis licenciado en Enfermería. Valdivia, Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina – Escuela de Enfermería.

FLORES, C. 2003. Principales factores que motivan la consulta a la Unidad de Emergencia de pacientes adultos con patologías que no corresponden a esta unidad. Tesis licenciado en Enfermería. Valdivia, Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina – Escuela de Enfermería.

HERNANDEZ, R.; C. FERNANDEZ.; P. BAPTISTA. 2003. Metodología de la investigación. México, tercera edición en español, McGraw-Hill/Interamericana editores, S.A. de C.V.

LEDDY, S.; J. PEPPER. 1985. Bases conceptuales de la enfermería profesional. Filadelfia EE.UU, Primera edición en español, J.B. Lippincott Company.

MARRINER, A.; M. RAILE. 1999. Modelos y teorías de enfermería. Cuarta edición. España, editorial Harcourt Brace de España, S.A.

MINISTERIO DE SALUD (CHILE). 2005. Borrador modelo de gestión de establecimientos hospitalarios. Subsecretaría de redes asistenciales. Santiago, Chile. (Original no consultado, citado por: URIBE, C. 2006. Servicio atención primario de urgencias y su influencia en la existencia de pacientes policonsultantes Unidad de Emergencia Hospital Clínico Regional Valdivia. Tesis licenciado en Enfermería. Valdivia, Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina - Instituto Salud Pública.

MINISTERIO DE SALUD (CHILE). 2004. Borrador priorización unificada para consultas de urgencias del adulto en la Región Metropolitana. División de gestión de redes equipo de monitoreo integral R.M. Santiago, Chile.

SCRIMSHAW, S.; E. HURTADO. 1988. Procedimientos de asesoría rápida para programas de nutrición y atención primaria de salud. Estados Unidos de América.

URIBE, C. 2006. Servicio atención primario de urgencias y su influencia en la existencia de pacientes policonsultantes Unidad de Emergencia Hospital Clínico Regional Valdivia. Tesis licenciado en Enfermería. Valdivia, Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina - Instituto Salud Pública.

Referencias electrónicas:

<http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=13087318>. Acceso 30 de octubre de 2006.

<http://www.fonasa.cl>. Acceso 13 de septiembre de 2006.

<http://www.ine.cl/cd2002/sintesisencensal.pdf>. Acceso 30 de agosto de 2006.

<http://www.iqb.es/patologia/toc01.htm>

http://www.medichi.cl/web/de_scargas/fd_obesidad_2006.pdf. Acceso 25 de abril de 2006.

<http://sir.mideplan.cl>. Acceso 25 de octubre de 2006.

<http://www.minsal.cl>. Acceso 24 de abril de 2006.

<http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/DiaInternacionaldelasFamilias.pdf>. Acceso 20 de abril de 2006.

http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113157682001000900003&lng=idioma&nrm=iso. Acceso 10 de octubre de 2006.

http://www.val.cl/Materiales/md3/hta/recursos/Pdfs_AbreviadosII/12Orientacion_Familiar_ECNT.pdf. Acceso 29 de octubre de 2006.

ANEXOS

A continuación se presentan los siguientes anexos:

Anexo N° 1: Clasificación de las enfermedades (CIE 10) de acuerdo a sistemas.⁴⁴

Anexo N° 2: Clasificación de las hospitalizaciones derivadas al Servicio de Medicina Adulto del H.C.R.V, según sistemas.

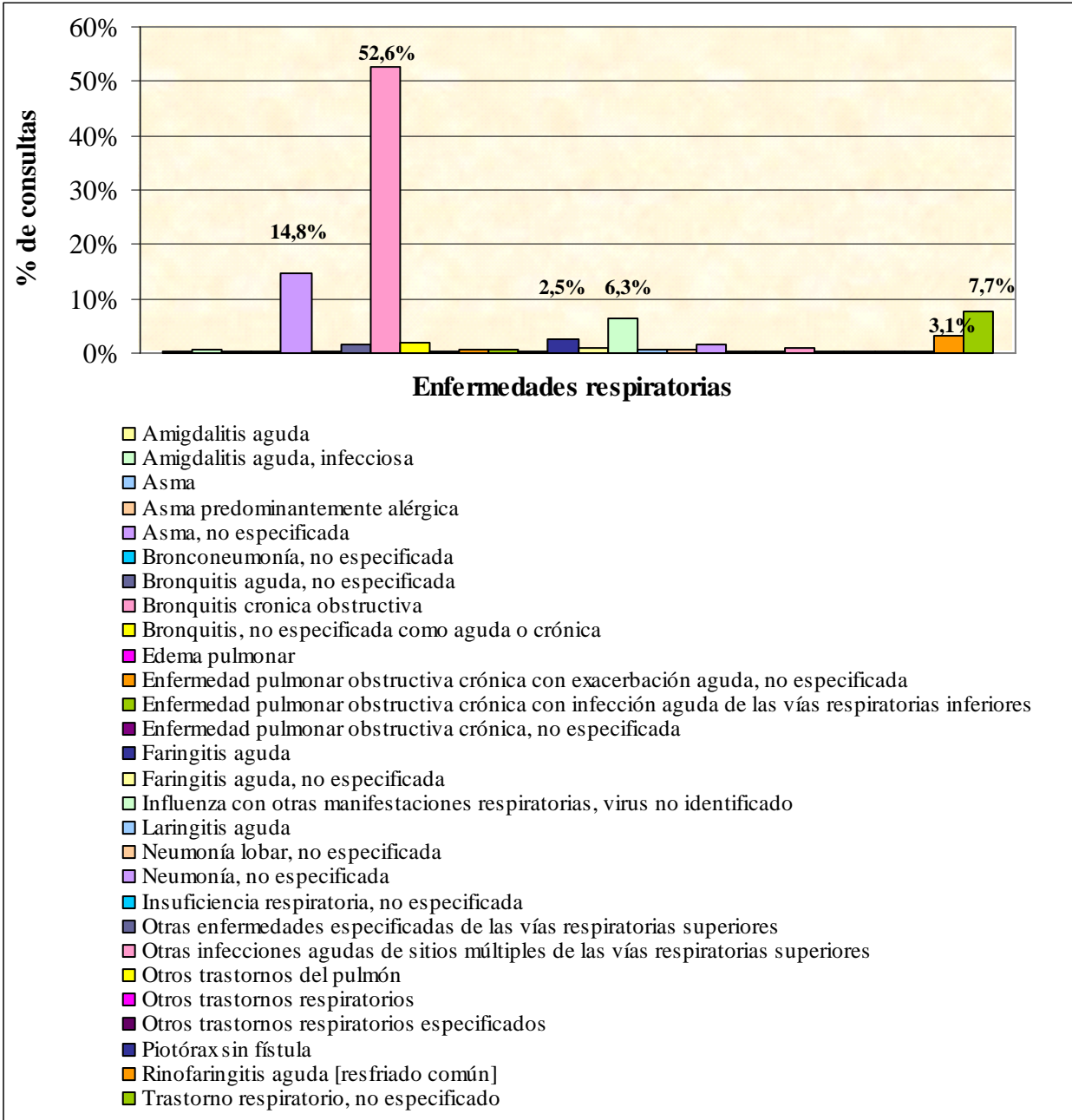
Anexo N° 3: Resultados conductas del usuario: Carrera del enfermo o itinerario terapéutico.

Anexo N° 4: Instrumentos aplicados para la recolección de información.

⁴⁴ <http://www.iqb.es/patologia/toc01.htm>

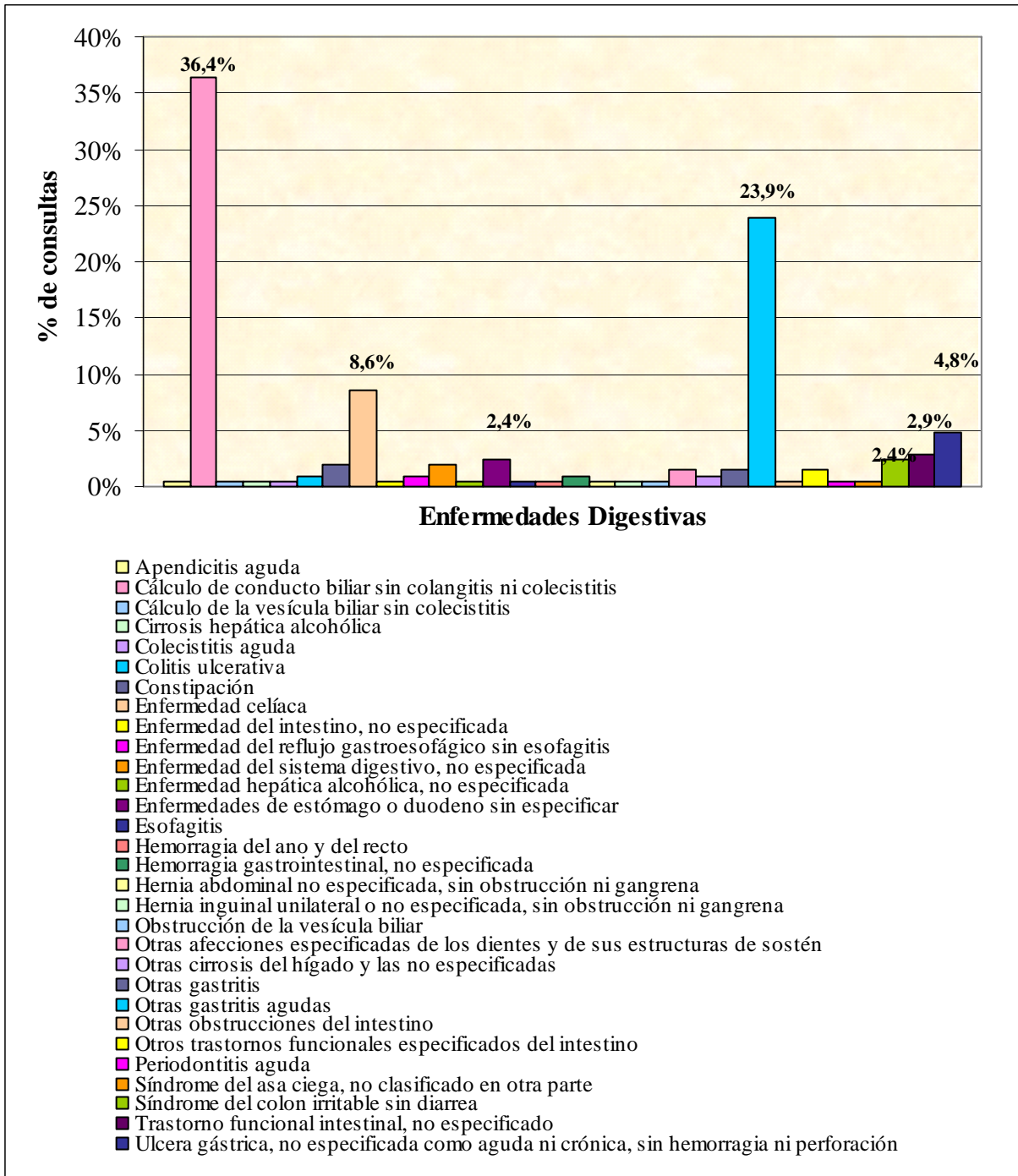
ANEXO N° 1

Gráfico 1. Distribución porcentual de consultas efectuadas en la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., por los usuarios hiperpoliconsultantes, según enfermedades del sistema respiratorio. Noviembre 2003 – Octubre 2004.



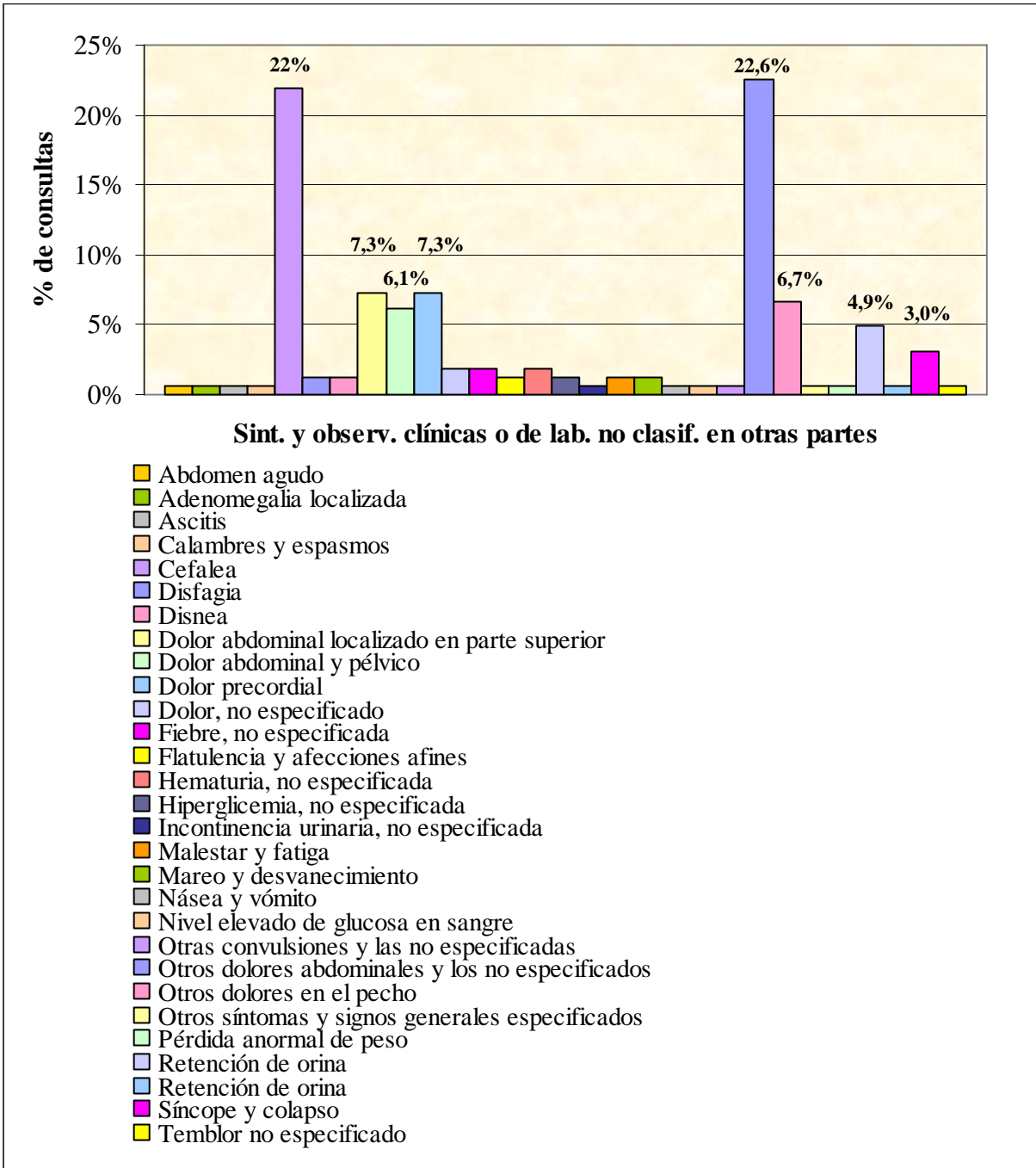
n = 555

Gráfico 2. Distribución porcentual de consultas efectuadas en la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., por los usuarios hiperpoliconsultantes, según enfermedades del sistema digestivo. Noviembre 2003 – Octubre 2004.



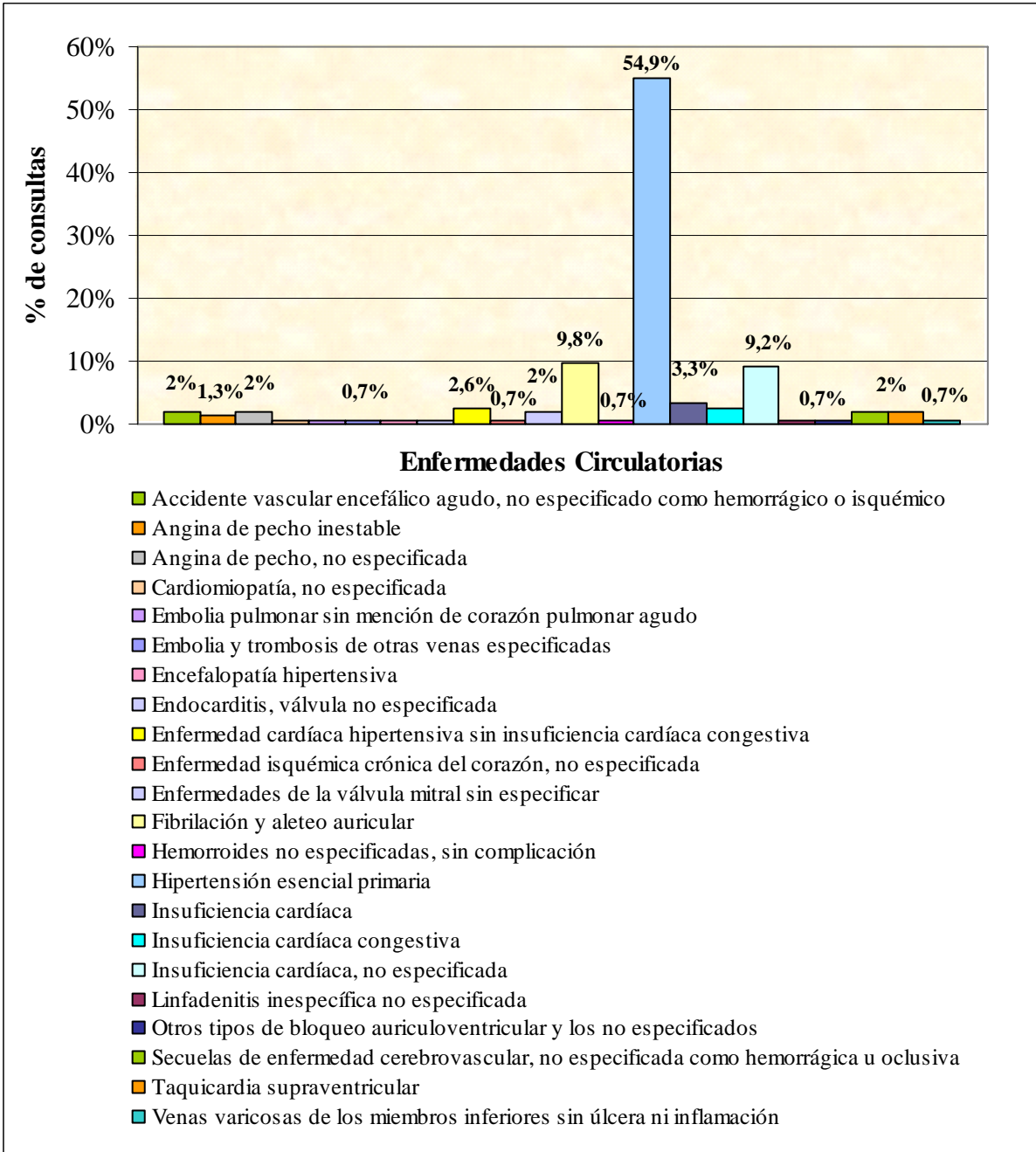
n = 209

Gráfico 3. Distribución porcentual de consultas efectuadas en la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., por los usuarios hiperpoliconsultantes, según Síntomas y observaciones clínicas o de laboratorio anormales no clasificadas en otras partes. Noviembre 2003 – Octubre 2004.



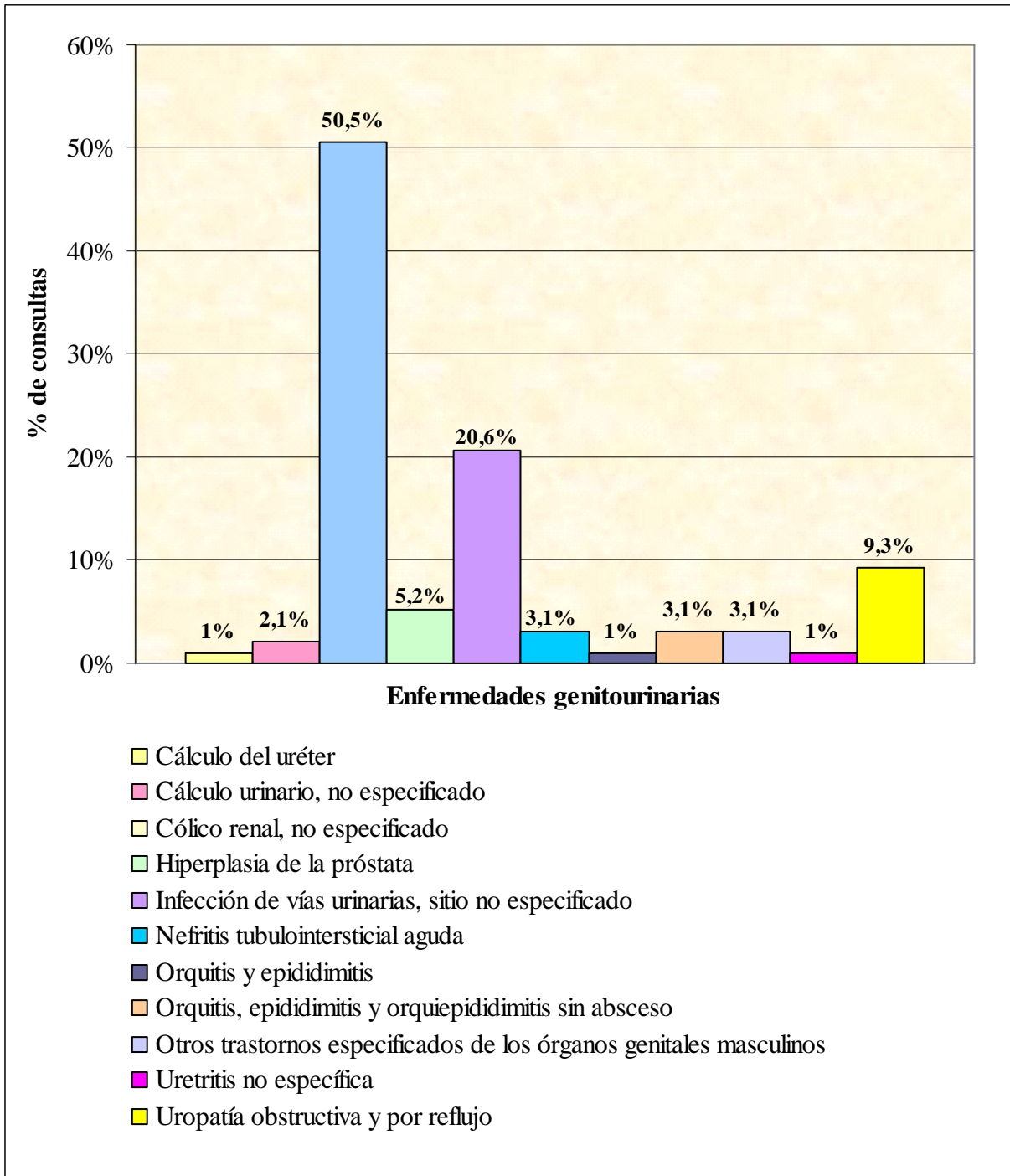
n = 164

Gráfico 4. Distribución porcentual de consultas efectuadas en la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., por los usuarios hiperpoliconsultantes, según enfermedades del sistema circulatorio. Noviembre 2003 – Octubre 2004.



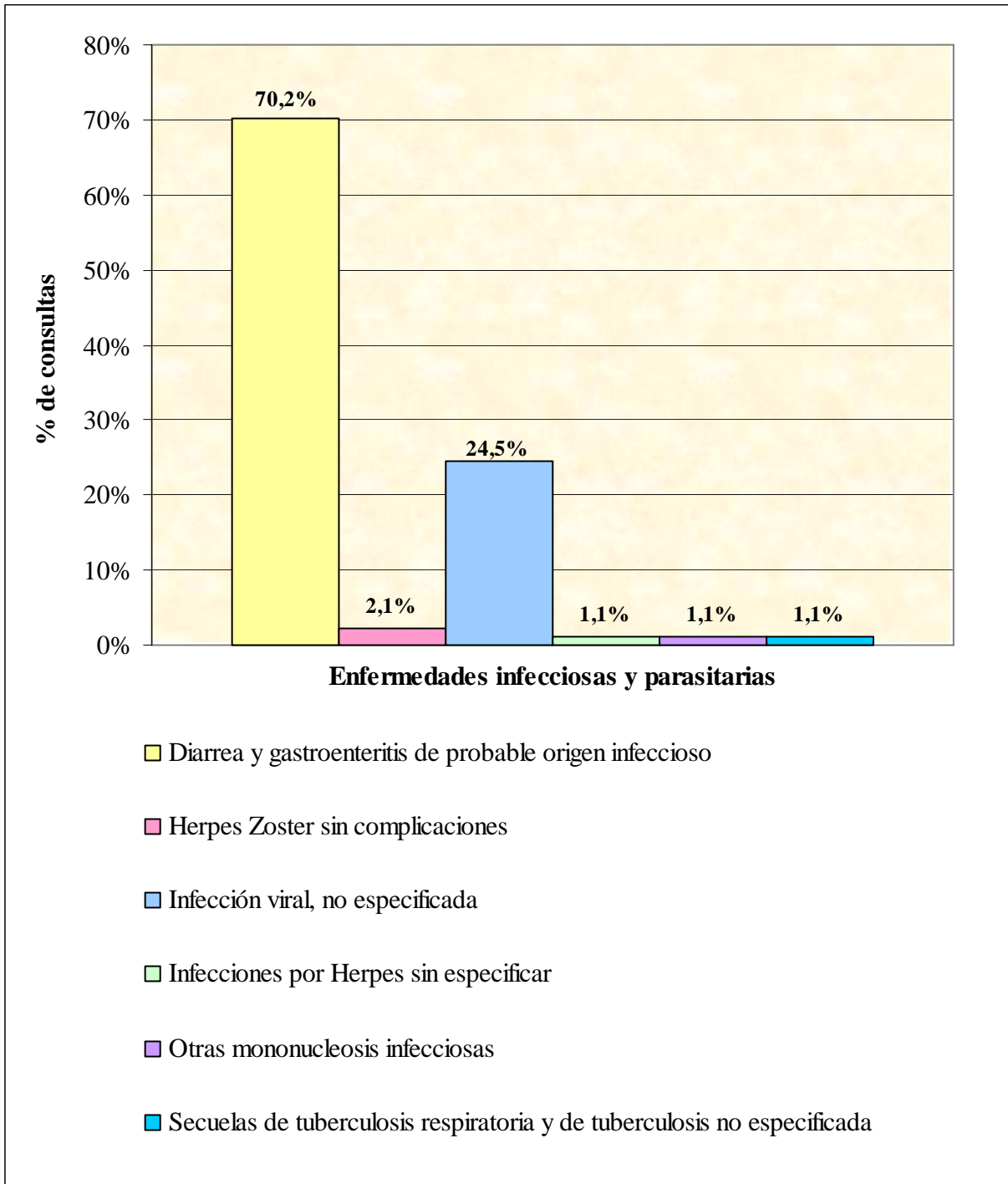
n = 153

Gráfico 5. Distribución porcentual de consultas efectuadas en la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., por los usuarios hiperpoliconsultantes, según enfermedades del sistema genitourinario. Noviembre 2003 – Octubre 2004.



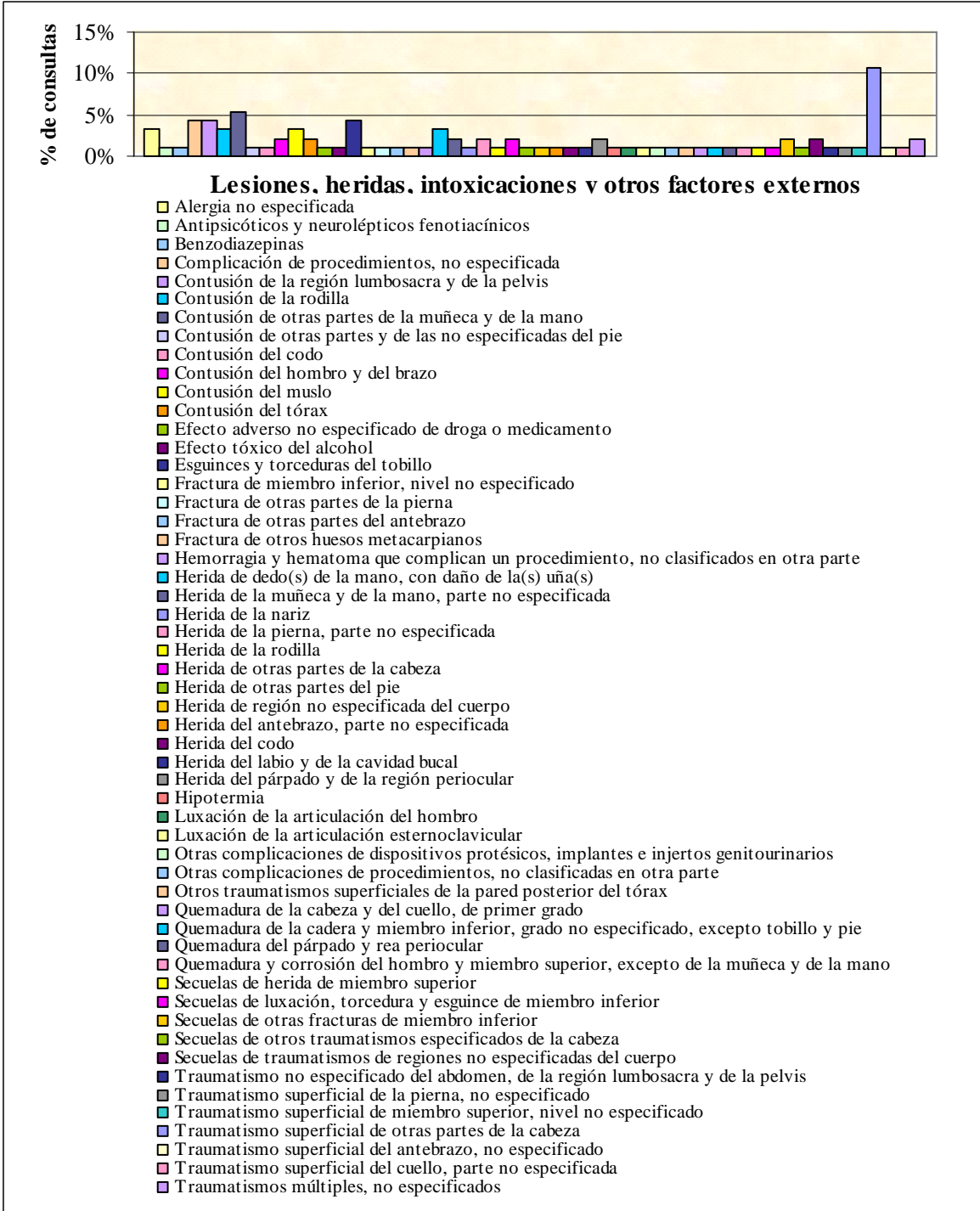
n = 97

Gráfico 6. Distribución porcentual de consultas efectuadas en la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., por los usuarios hiperpoliconsultantes, según enfermedades infecciosas y parasitarias. Noviembre 2003 – Octubre 2004.



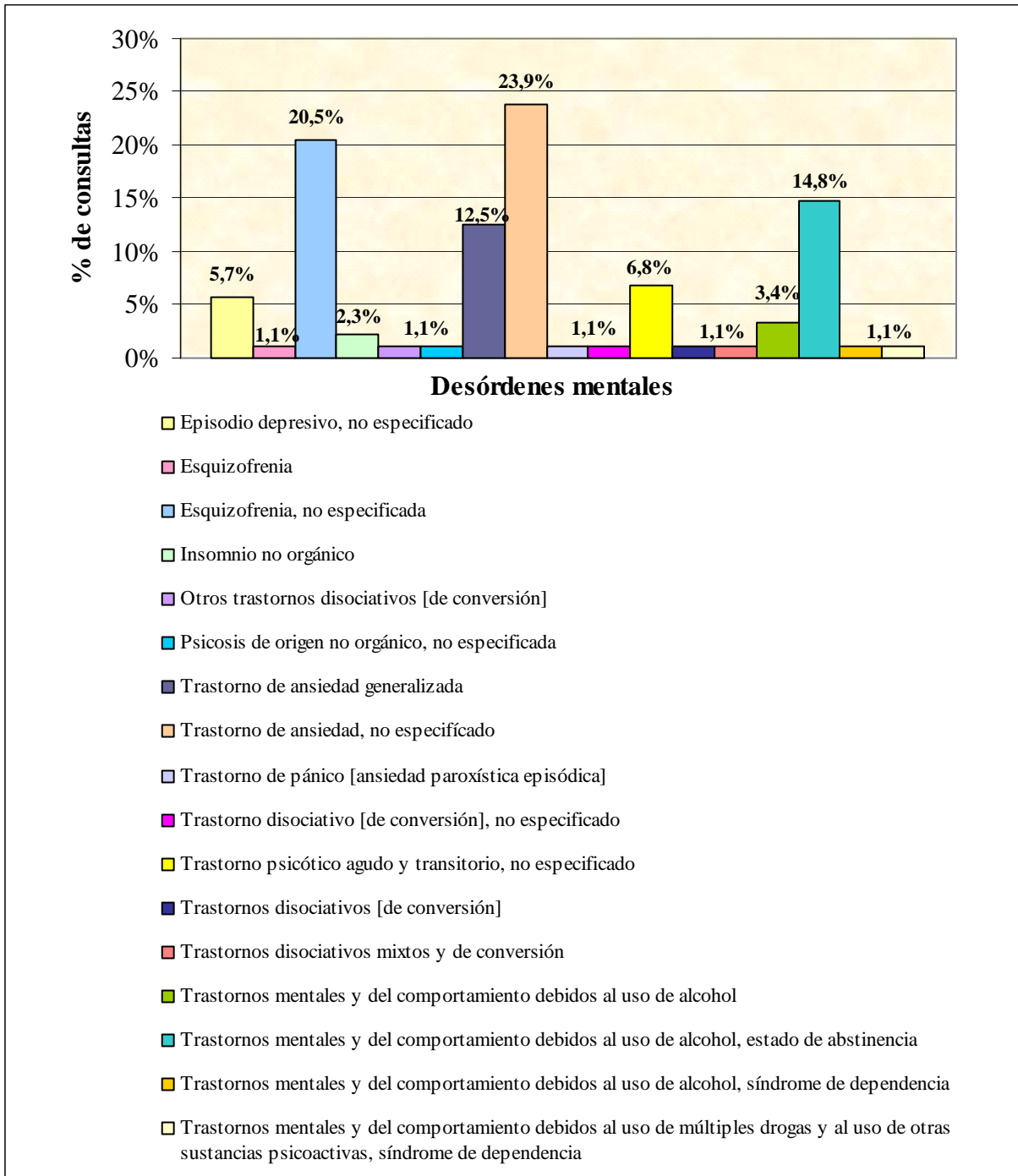
n = 94

Gráfico 7. Distribución porcentual de consultas efectuadas en la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., por los usuarios hiperpoliconsultantes, según lesiones, heridas, intoxicaciones y otros factores externos. Noviembre 2003 – Octubre 2004.



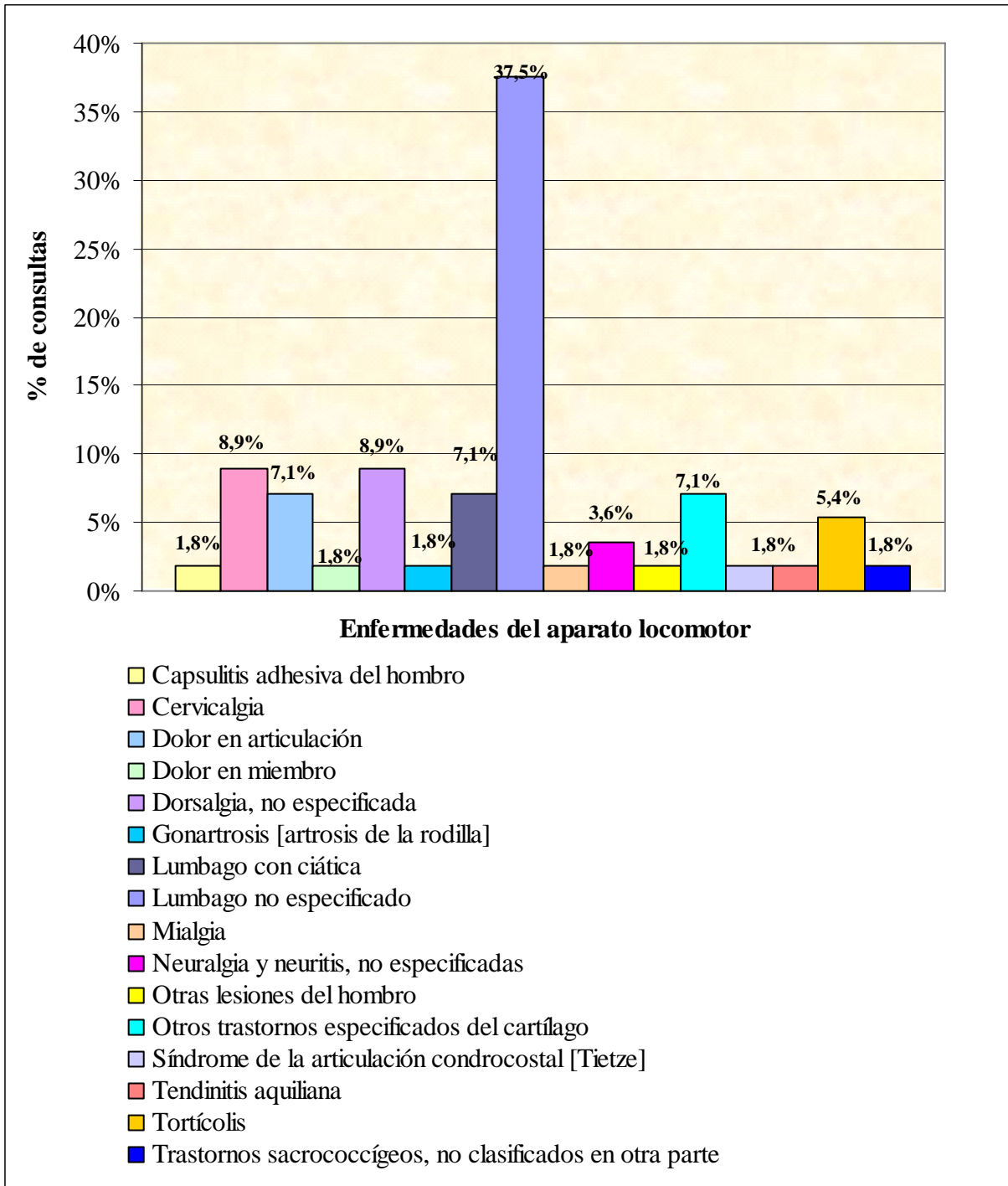
n = 93

Gráfico 8. Distribución porcentual de consultas efectuadas en la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., por los usuarios hiperpoliconsultantes, según desórdenes mentales. Noviembre 2003 – Octubre 2004.



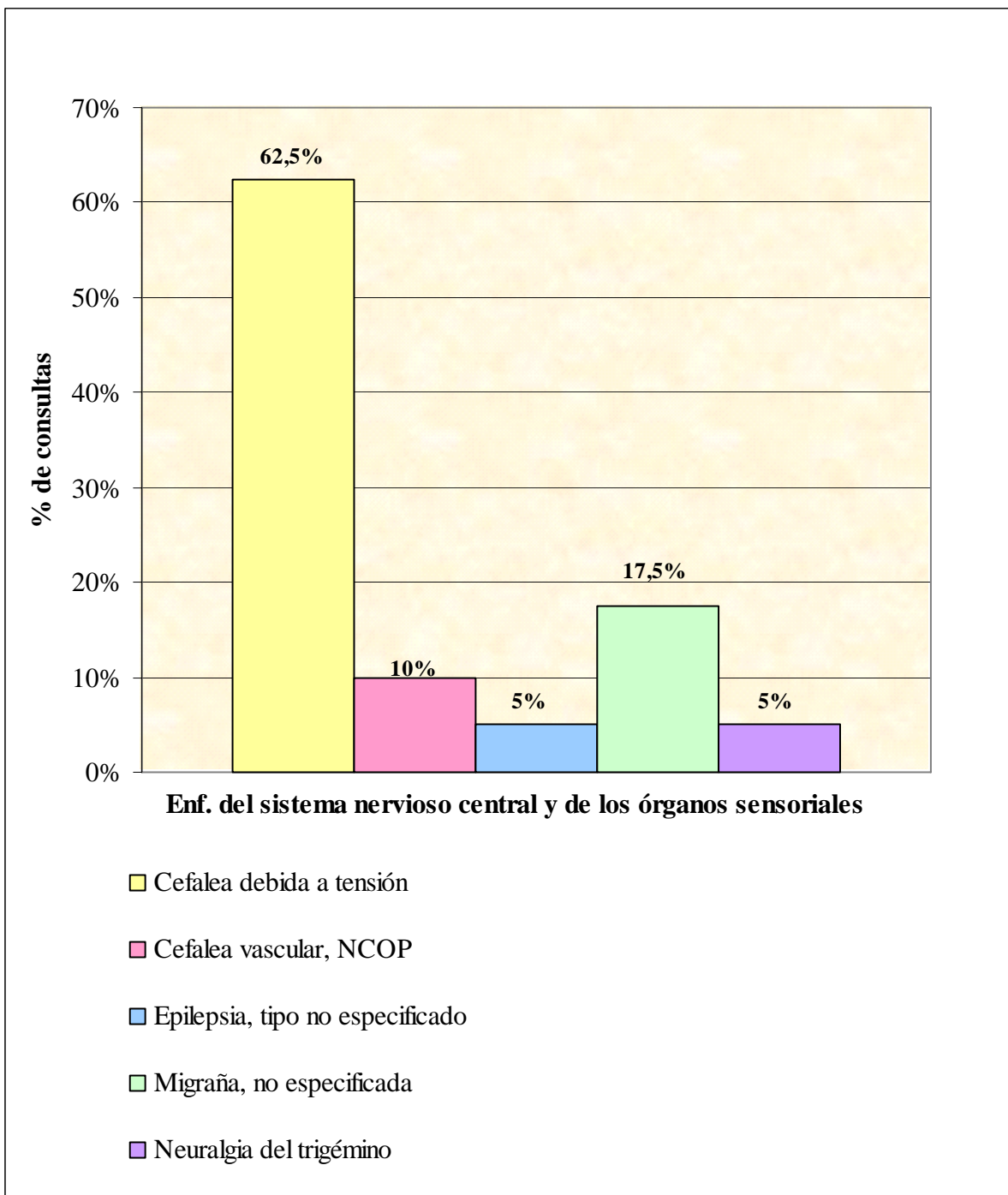
n = 88

Gráfico 9. Distribución porcentual de consultas efectuadas en la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., por los usuarios hiperpoliconsultantes, según enfermedades del aparato locomotor. Noviembre 2003 – Octubre 2004.



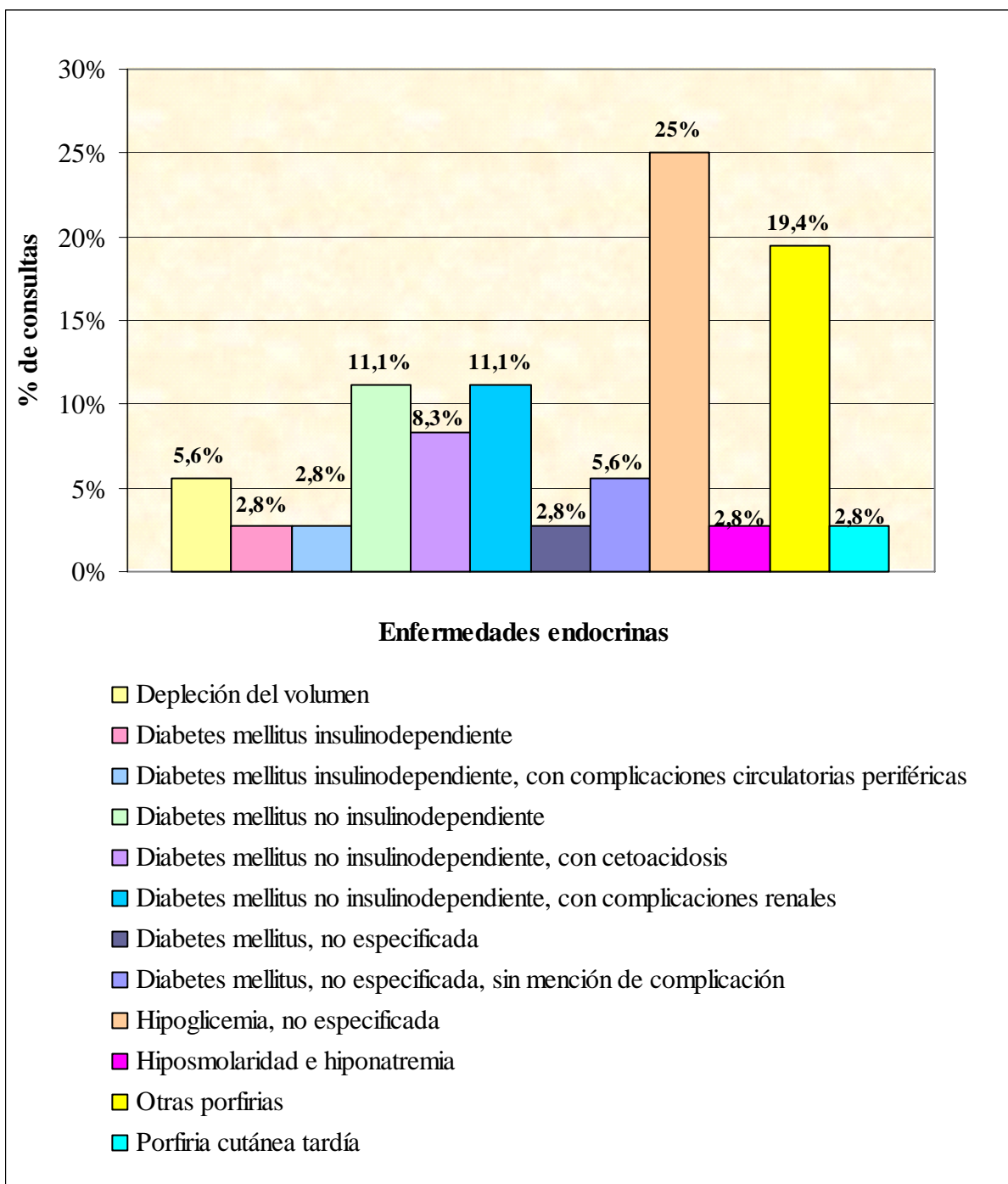
n = 56

Gráfico 10. Distribución porcentual de consultas efectuadas en la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., por los usuarios hiperpoliconsultantes, según enfermedades del sistema nervioso central y de los órganos sensoriales. Noviembre 2003 – Octubre 2004.



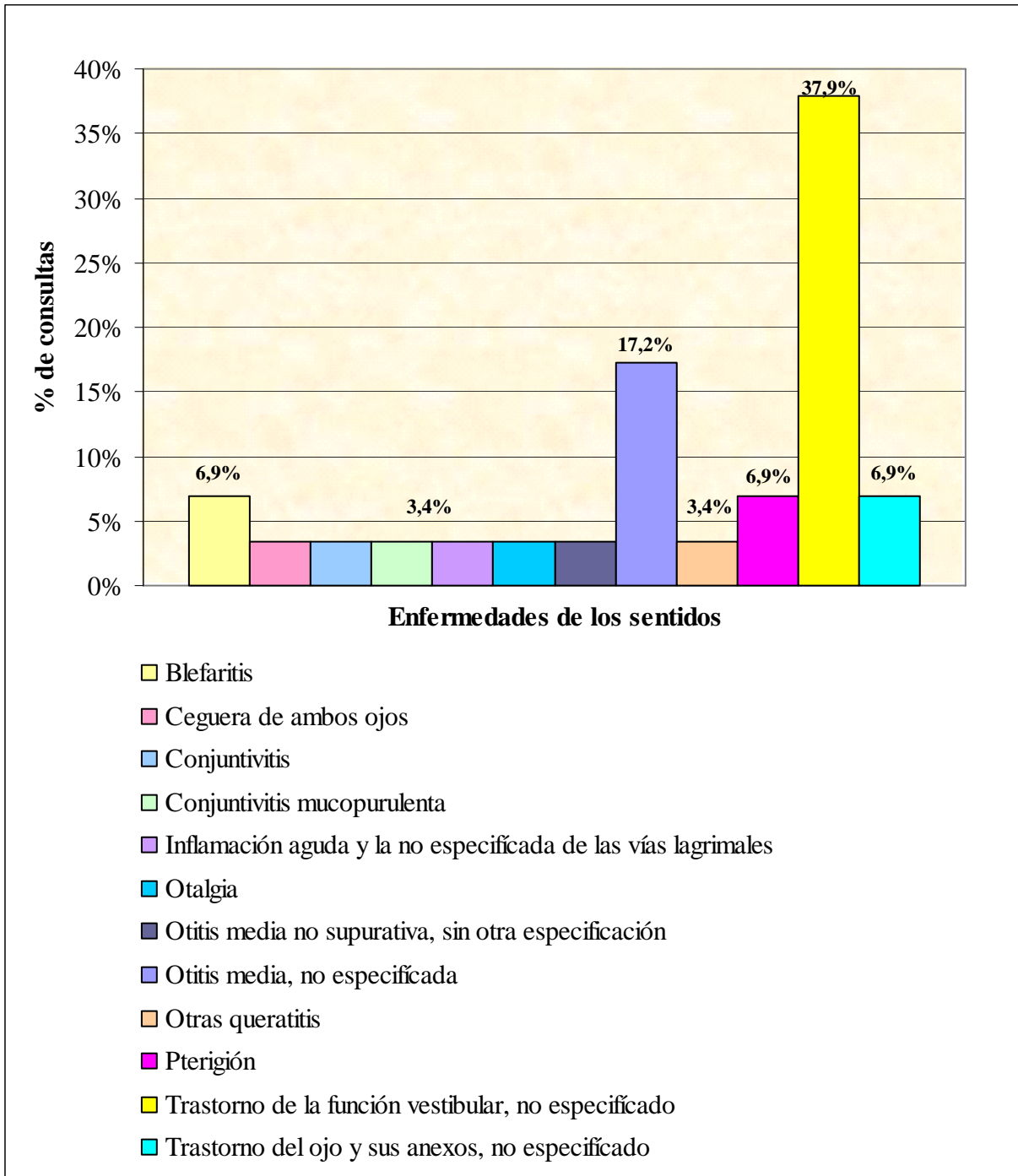
n = 40

Gráfico 11. Distribución porcentual de consultas efectuadas en la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., por los usuarios hiperpoliconsultantes, según enfermedades endocrinas. Noviembre 2003 – Octubre 2004.



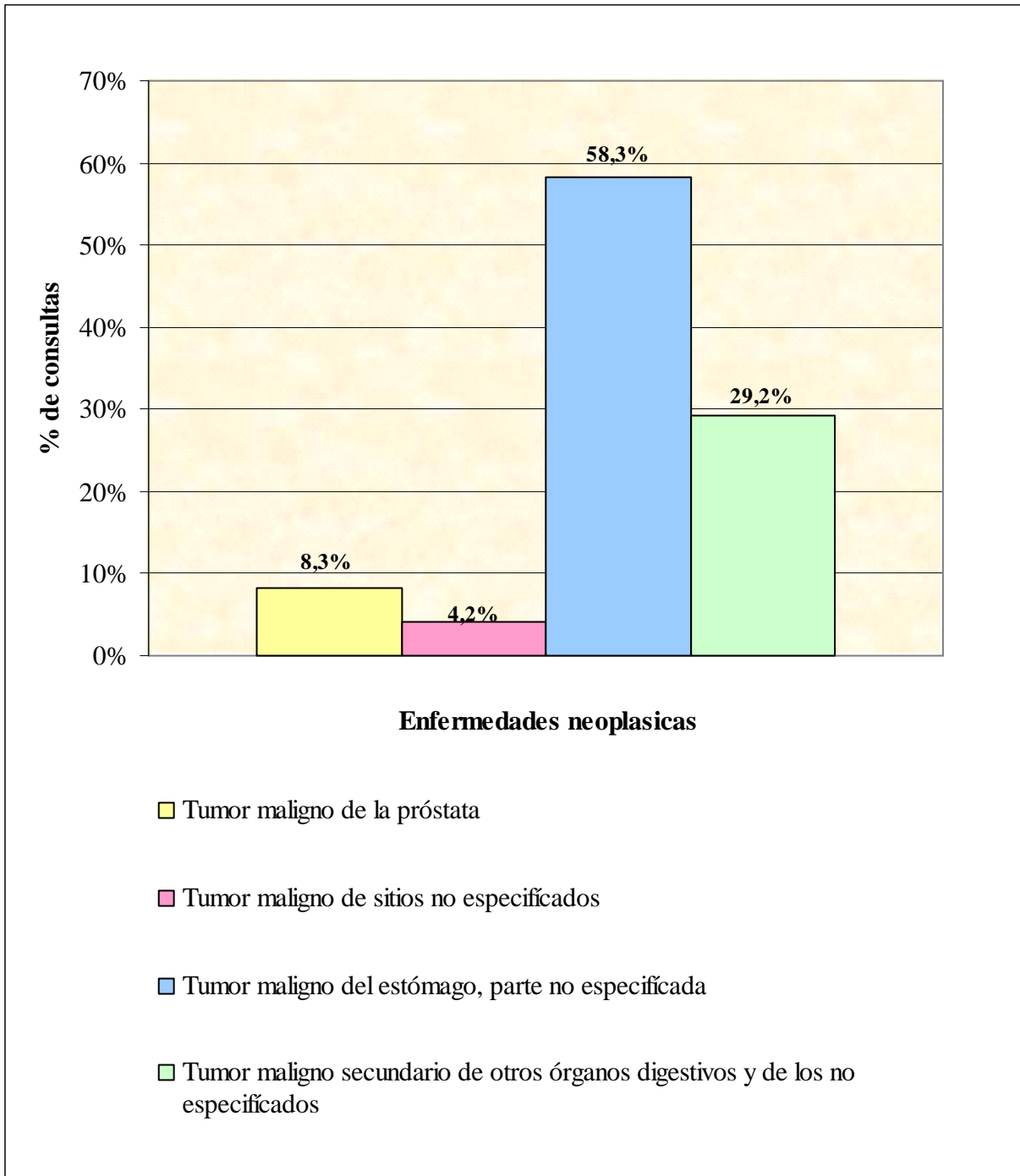
n = 36

Gráfico 12. Distribución porcentual de consultas efectuadas en la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., por los usuarios hiperpoliconsultantes, según enfermedades de los sentidos. Noviembre 2003 – Octubre 2004.



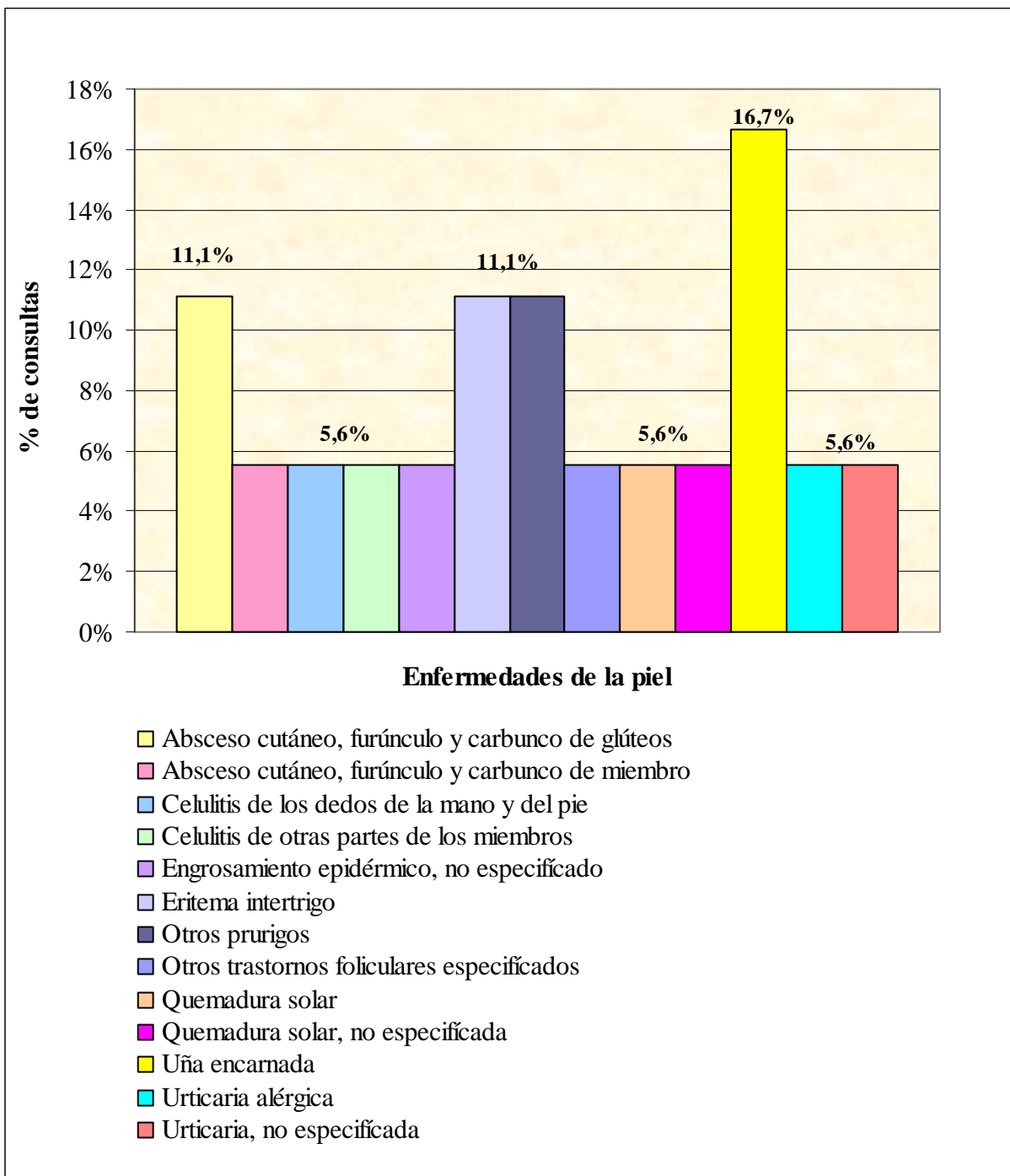
n = 29

Gráfico 13. Distribución porcentual de consultas efectuadas en la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., por los usuarios hiperpoliconsultantes, según enfermedades neoplásicas. Noviembre 2003 – Octubre 2004.



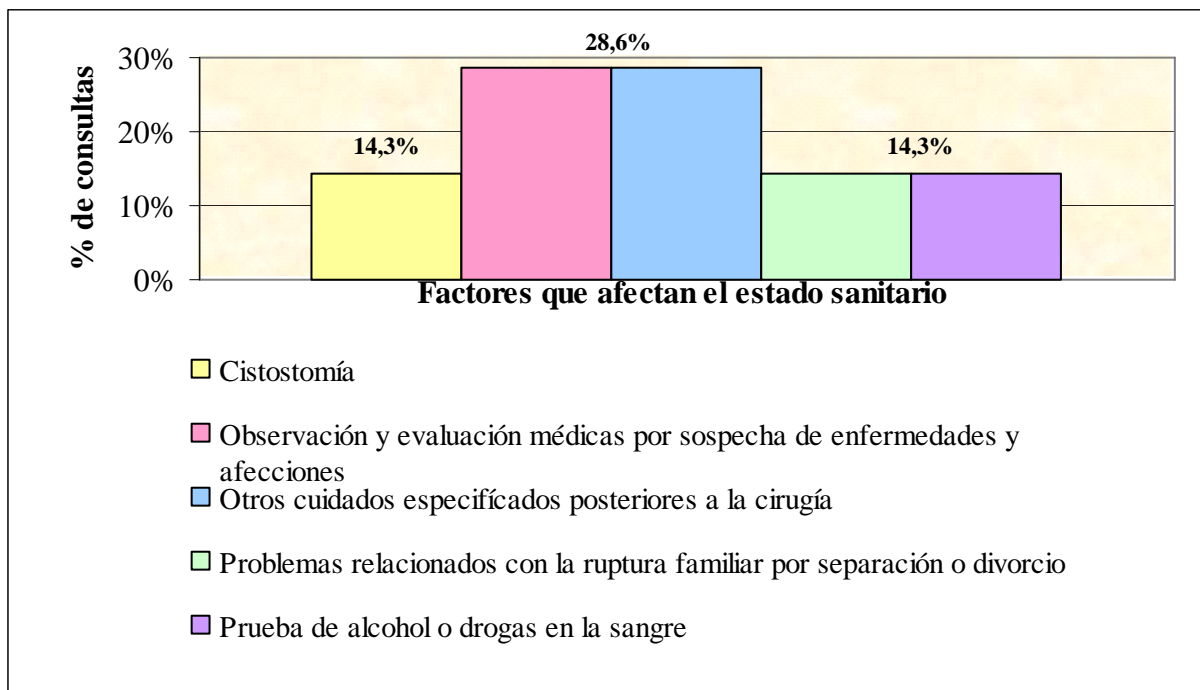
n = 24

Gráfico 14. Distribución porcentual de consultas efectuadas en la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., por los usuarios hiperpoliconsultantes, según enfermedades de la piel. Noviembre 2003 – Octubre 2004.



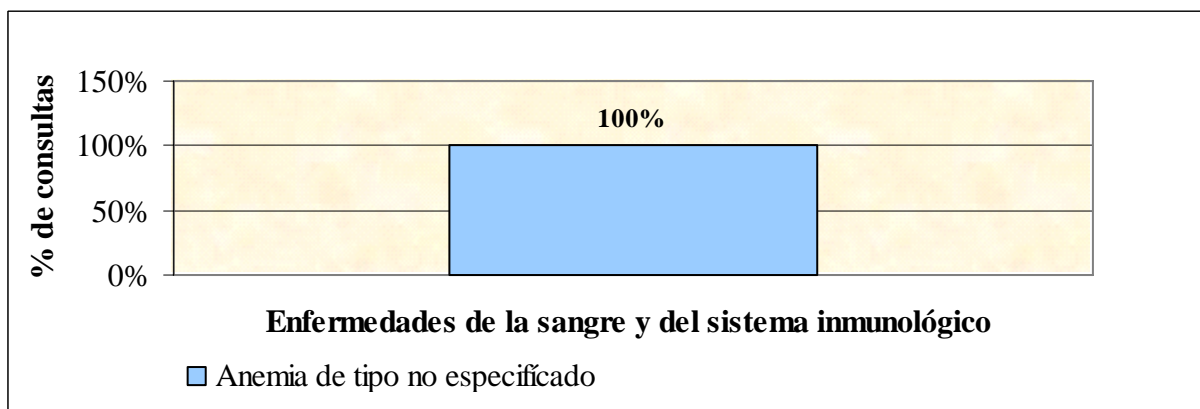
n = 18

Gráfico 15. Distribución porcentual de consultas efectuadas en la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., por los usuarios hiperpoliconsultantes, según factores que afectan el estado sanitario. Noviembre 2003 – Octubre 2004.



n = 7

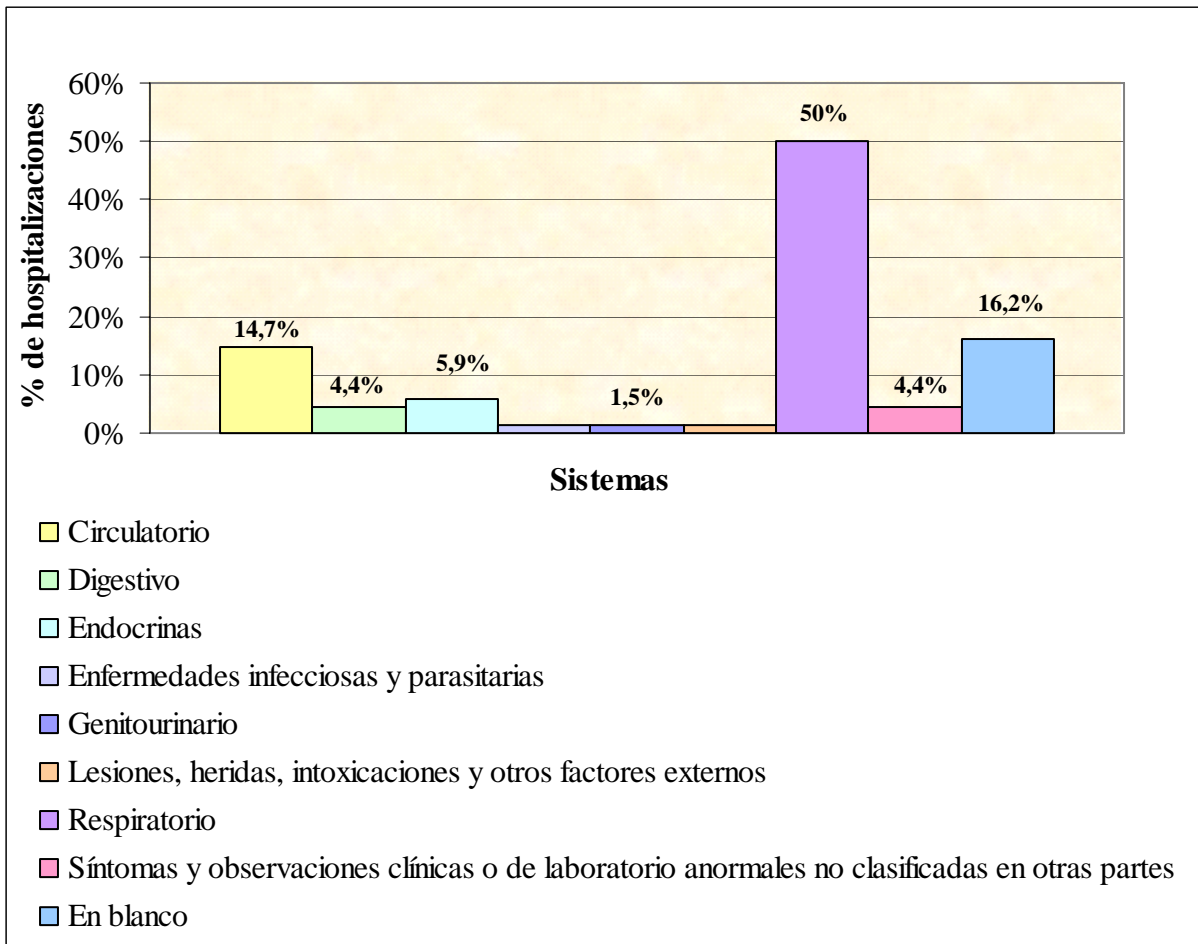
Gráfico 16. Distribución porcentual de consultas efectuadas en la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., por los usuarios hiperpoliconsultantes, según enfermedades de la sangre y del sistema inmunológico. Noviembre 2003 – Octubre 2004.



n = 1

ANEXO N° 2

Gráfico 1. Distribución porcentual de consultas derivadas a hospitalización al Servicio de Medicina, efectuadas en la Unidad de Emergencia del H.C.R.V., por los usuarios hiperpoliconsultantes, según sistemas. Noviembre 2003 – Octubre 2004.



n = 68

ANEXO N° 3

CONDUCTAS DEL USUARIO: CARRERA DEL ENFERMO O ITINERARIO TERAPEUTICO

Según patologías de los usuarios

Enfermedad	Causa percibida de la enfermedad	Como se da cuenta que esta enfermo	Tratamiento	Costo del tto.	Posibles medidas preventivas
Cólico biliar	No percibo nada	Me siento mal	Inyectable en la urgencia	Gratis	No comer grasas
Secuelado de un AVE	No me acuerdo	Quede sin movilidad	Fenitoína Ravotril	Compra	Nada, quede así
Retraso mental	Es algo que tengo nomás	De repente me descompenso	Diazepam Carbamazepina Monicate Inyectable	Gratis	Tomar mis remedios
Cólico renal	Nosé, hace tiempo que no tengo	Dolor fuerte	Viadil	Compra	Nada
Gastritis	Cuando tengo desordenes en la alimentación, Repentinamente	Dolor fuerte, se hincha la guata, dolor epigástrico	Inyectan Viadil Ranitidina	Gratis	Cuidarse de la alimentación, trato de evitar alimentos que me afectan: licor, cigarrillos, bebidas gaseosas, cosas flatulentas
Cáncer gástrico operado	Herida, secuelas de la operación	Dolor Ardor	Ranitidina, Papaverina Clorhidrato, Clorpromazina	Gratis	No hago nada
Colitis ulcerativa	Cuando tengo nervios, en realidad nosé	Dolor de guata, Diarrea	Antiinflamatorio intestinal	Gratis	Nada
Diabetes	Por comer dulces, azúcar.	Frío, tirito, trapiro excesivamente, sed, sonido y dolor de cabeza	Insulina inyectable Glibenclamida	Gratis	Nada, sacarina, tomar mis remedios, comer sin azúcar
Colesterol	Nosé, Grasas	Dolor de cabeza fuerte	Lovastatina	Gratis	Comer menos grasas, ni frituras
Vértigo	De repente	Se me da vuelta todo	Flunarizina	Gratis	Nada

Enfermedad	Causa percibida de la enfermedad	Como se da cuenta que esta enfermo	Tratamiento	Costo del tto.	Posibles medidas preventivas
Hipertensión arterial	Aumento de presión repentinamente, cuando paso rabia, cuando estoy obstruida, nosé, Cosas que no tengo que comer, Obesidad	Calor, sudoración, frío, nosé, porque he estado normal, calor de cara y manos, cara y ojos rojos, bochornos, dolor de cabeza y cerebro, empiezo a temblar	Enalapril, Nitrendipino Hidroclorotiazida Furosemida, Aspirina de niño, Lovastatina Atenolol, Ranitidina	Gratis	Poca sal, sin condimentos, tomar jugo de limón, tomar aspirina, evitar comer algunas comidas, tomo mi enalapril, no hago nada
Problemas cardiacos	Nosé, de repente	Dolor de cabeza	Nitrendipino	Gratis	Nada
Arritmia cardiaca	Repentinamente, sin causa alguna	Dolor de pecho, inflamación de las costillas	Amiodarona Aspirina de niño	Gratis	Nada
Osteoporosis	Corticoides	Dolor a los huesos	Calcio, Fijador de calcio, Colchicina, Vitamina D, Inyecciones	Gratis	Tomar mis remedios, no hacer fuerza
Artrosis					
Asma	Me da de repente, Bajas defensas, Cuando me resfrió, Cuando paso frío, Cuando estoy nerviosa, Polvo, Calor, Camino mucho, No se	No como, me empiezo a decaer, me cuesta respirar, me falta el aire, me ahogo, me suena el pecho, me ataca el pecho, me ronca el pecho, me canso, me toca la garganta, empiezo con desesperación	Oxigeno permanente Prednisona Teofilina Salbutamol (inhalador) Salbutamol más beclometasona (inhalador) Elixine Nitrendipino	Gratis	No mojarme, abrigarme, no agitarme mucho, evitar contacto con personas resfriadas, aislarme del problema, no hago esfuerzos, me cuido de las corrientes de aire, trato de no pasar frío, mis remedios nomás, nada
Limitación crónica flujo aéreo, Bula pulmón derecho	Nosé	Me falta el aire, me ahogo	Elixine, Salbutamol (inhalador) Salbutamol más beclometasona (inhalador) Prednisona	Gratis	No hago esfuerzos, me cuido de las corrientes de aire
No tengo enfermedades			Acido folico, Nitrendipino Hidroclorotiazida Diclofenaco Tioridazina	Compra	

Utilización de los recursos de salud que se utilizan para recuperar el estado de salud

Recurso	Total
Pariente	1
Vecino o amigo	
Curandero(a)	
Shamán o bruja	
Espiritista	
Santero	
Sobador(a)	
Huesero(a)	
Homeópata	
Hierbero	
Enfermera	
Comadrona	
Inyeccionista	
Farmacia	
Tienda	
Mercado	
Promotor de salud	
Centro de salud	
Puesto de salud	
Clínica móvil	
Médico Privado	
Hospital	
Hospital Unidad de Emergencia	15
Consultorio (SAPU)	6
El mismo	
Otro(s)	

ANEXO N° 4

APGAR FAMILIAR

Percepción del funcionamiento familiar.

A: Adaptación: Es la utilización de los recursos intra y extrafamiliares para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un estrés durante un período de crisis.

P: Poder (Participación como socio): Es la participación como socio en compartir la toma de decisiones y responsabilidades como miembro de la familia. Define el grado de poder de los miembros de la familia.

G: Growth (Crecimiento): Es el logro en la maduración emocional y física, y en la autorrealización de los miembros de la familia a través del soporte y guía mutua.

A: Afecto: Es la relación de amor y atención que existe entre los miembros de la familia.

R: Resolución: Es el compromiso o determinación de dedicar el tiempo, espacio, dinero, a los otros o con los otros integrantes de la familia.

Objetivo

Evaluar la percepción de un miembro específico de la familia en cinco dimensiones: ayuda de la familia frente a un problema, expresiones de afecto y apoyo emocional, y el grado de participación familiar en la toma de decisiones. Su uso periódico puede servir para detectar problemas en familia.

Descripción del instrumento

El resultado puede ser diferente en cada oportunidad que se aplique y en cada integrante de la familia, ya que la percepción individual o la situación de cada uno puede variar. Debe aplicarse a mayores de 15 años.

Puntaje:

Casi siempre	:	2 puntos
A veces	:	1 punto
Casi nunca	:	0 punto

Apgar :

8 - 10 puntos	:	Sugiere muy buena función familiar.
4 - 7 puntos	:	Sugiera una disfuncionalidad.
0 - 3 puntos	:	Sugiere disfuncionalidad severa.

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

	Casi siempre	A veces	Casi nunca
<p>1 Yo estoy satisfecho con el apoyo que recibo de mi familia cuando algo me molesta <u>Comentario:</u></p>			
<p>2 Yo estoy satisfecho de la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo <u>Comentario:</u></p>			
<p>3 Yo estoy satisfecho de la forma en que mi familia acepta y da apoyo a mis deseos de emprender nuevas actividades o metas <u>Comentario:</u></p>			
<p>4 Yo estoy satisfecho del modo en que mi familia expresa sus afectos y responde a mis emociones, tales como: tristeza, rabia, amor <u>Comentario:</u></p>			
<p>5 Yo estoy satisfecho en la forma como mi familia y yo compartimos el tiempo, el espacio y el dinero <u>Comentario:</u></p>			

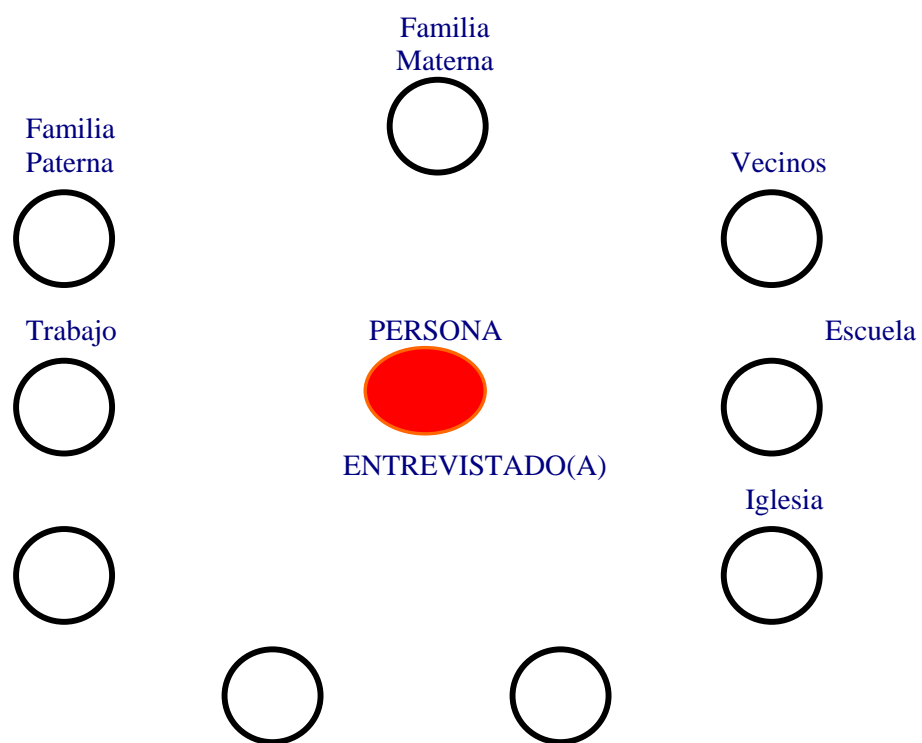
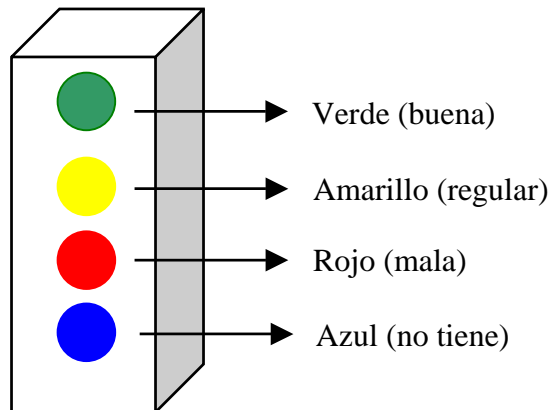
ECOMAPA

Obtener aspectos relacionados con tres medidas: tamaño y percepción por parte del entrevistado (a) sobre la calidad de la relación con cada red de apoyo existente.

Descripción del instrumento

El ecomapa contiene un conjunto de figuras simbólicas que representan las relaciones con las redes de apoyo, las cuales están previamente identificadas dejando tres sin identificación para que sea llenado por el entrevistado(a), en caso que existan otras redes que no están identificadas en el instrumento. Se diseñará un dibujo similar a un semáforo, que lleva las cuatro categorías de la percepción del entrevistado(a) en relación a cada una de las relaciones representadas en el ecomapa: mala (rojo), regular (amarillo), buena (verde), no tiene (azul). De esta manera cada entrevistado trabajará en forma autónoma marcando con un color el tipo de relación que tiene con cada red de apoyo social.

INSTRUMENTO ECOMAPA



FASES III

Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar de Olson.

Objetivo

Determinar el grado de cohesión y adaptabilidad familiar.

Descripción del instrumento

Consiste en un cuestionario de veinte afirmaciones relacionadas con la familia, de los cuales 10 ítems miden cohesión y 10 adaptabilidad. El puntaje de cohesión es la suma de todos los ítems impares. El puntaje de adaptabilidad es la suma de todos los ítems pares.

Se les pide a los miembros de la familia mayores de 12 años que describan a partir de estas afirmaciones, cómo es su familia, asignando un puntaje de 1 a 5 de acuerdo a la frecuencia en que dicha afirmación corresponde (1: casi nunca, 2: de vez en cuando, 3: a veces, 4: frecuentemente, 5: casi siempre).

Puntajes:

Cohesión:

Familias no relacionadas	: 10 – 34 puntos.
Familias semirrelacionadas	: 35 – 40 puntos.
Familias relacionadas	: 41 – 45 puntos.
Familias aglutinadas	: 46 – 50 puntos.

Adaptabilidad:

Familias rígidas	: 10 – 19 puntos.
Familias estructuradas	: 20 – 24 puntos.
Familias flexibles	: 25 – 28 puntos.
Familias caóticas	: 29 – 50 puntos.

INSTRUMENTO FACES III

1	2	3	4	5
NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE

Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar de Olson.

Describe a su familia:

- _____ 1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.
- _____ 2. En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.
- _____ 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.
- _____ 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.
- _____ 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.
- _____ 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.
- _____ 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.
- _____ 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.
- _____ 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
- _____ 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en los castigos.
- _____ 11. Nos sentimos muy unidos.
- _____ 12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones.
- _____ 13. Cuando se toma una decisión importante toda la familia está presente.
- _____ 14. En nuestra familia las reglas cambian.
- _____ 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia.
- _____ 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
- _____ 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones.
- _____ 18. En nuestra familia es muy difícil identificar quien tiene la autoridad.
- _____ 19. La unión familiar es muy importante.
- _____ 20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar.

CONDUCTAS DEL USUARIO: CARRERA DEL ENFERMO O ITINERARIO TERAPEUTICO

Listar las enfermedades que usted padece en el siguiente recuadro.

Enfermedad	Causa percibida de la enfermedad	Como se da cuenta que esta enfermo	Tratamiento	Costo del tratamiento	Posibles medidas preventivas

Utilización de los recursos de salud: Complete el siguiente cuadro de acuerdo al recurso que usted utiliza para la mantención o recuperación de su salud, marcando con una X.

Recurso	
Pariente	
Vecino o amigo	
Curandero(a)	
Shamán o bruja	
Espiritista	
Santero	
Sobador(a)	
Huesero(a)	
Homeópata	
Hierbero	
Enfermera	
Comadrona	
Inyeccionista	
Farmacia	
Tienda	
Mercado	
Promotor de salud	
Centro de salud	
Puesto de salud	
Clínica móvil	
Médico Privado	
Hospital (UEH)	
El mismo	
Otro(s)	