

Motivos de referencia al servicio de urgencias del primer al segundo nivel de atención

Reasons for Referral from the Primary Care Level to the Second Care Level of the Emergency Room

Edik Ramon Aragón Medina,* Angélica María Martínez Contreras,** Francisco López Parra,** Joan Dautt Silva,** Alfonso Magaña Méndez**

Resumen

Objetivo: conocer los motivos de referencia que causan mayor número de derivaciones desde el primer nivel de atención al Servicio de Urgencias de segundo nivel del Hospital General de Zona (HGZ) No. 30 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). **Métodos:** estudio transversal analítico, se llevó a cabo de julio a octubre de 2015. Se analizó el motivo de referencia, etiología, tratamiento previo y si requirió hospitalización. Se aplicó estadística descriptiva e inferencial; para el análisis estadístico se utilizó el programa spss v.21. **Resultados:** de los 200 pacientes analizados, todos fueron referidos por dos o más motivos, los más comunes fueron: valoración por especialista y auxiliares diagnósticos. Las etiologías abdominales y cardíacas resultaron ser las más frecuentes. 47.5% recibió tratamiento previo (n=95) y 52.5% requirió hospitalización (n=105). Se encontró una asociación entre las siguientes variables para referencia a segundo nivel: edad (p=0.023) y ausencia de tratamiento previo (p=0.016); se detectó asociación entre ser referido por cuatro motivos y requerir hospitalización (p=0.024). **Conclusiones:** la necesidad de ser valorado por un especialista y no contar con algunas pruebas auxiliares diagnósticas fueron los principales motivos de referencia del primer al segundo nivel de atención. Un alto porcentaje de pacientes requirieron hospitalización, además de no recibir tratamiento en sus unidades de referencia.

Palabras clave: procesos de referencia, servicios médicos de urgencias, atención primaria, atención secundaria

Recibido: 21/06/2019
Aceptado: 29/10/2019

*Hospital General de Subzona con Medicina Familiar No. 6. Instituto Mexicano del Seguro Social, Tecate, Baja California, México.

**Hospital General de Zona No. 30, Instituto Mexicano del Seguro Social, Mexicali, Baja California, México.

Correspondencia:
Angélica María Martínez Contreras
angelica.martinezc@imss.gob.mx

Sugerencia de citación: Aragón Medina ER, Martínez Contreras AM, López Parra F, Dautt Silva J, Magaña Méndez A. Motivos de referencia al servicio de urgencias del primer al segundo nivel de atención. *Aten Fam.* 2020;27-(1):32-37 <http://dx.doi.org/10.22201/atenfam.14058871p.2020.1.72279>

Summary

Objective: to know the reasons that cause the greatest number of referrals from the primary care level to the second care level of the Emergency Room of the General Zone Hospital (GZH) No. 30 of the Mexican Institute of Social Security (IMSS). **Methods:** cross-analytical study, carried out from July to October 2015. The referral reason, etiology, prior treatment and whether it required hospitalization were analyzed. Descriptive and inferential statistics were applied; the SPSS v.21 program was used for statistical analysis. **Results:** of the 200 analyzed patients, all were referred for two or more reasons, the most common were the specialist evaluation and the diagnostic auxiliaries. Abdominal and cardiac etiologies proved to be the most common. 47.5% received prior treatment (n=95) and 52.5% required hospitalization (n=105). It was found an association between the following variables for second-level referral: age (p=0.023) and absence of prior treatment (p=0.016); an association was detected between being referred for four reasons and requiring hospitalization (p=0.024). **Conclusions:** the need to be evaluated by a specialist and not having some diagnostic auxiliary tests were the main reasons for referral from the Primary care level to the Second care level. A high percentage of patients required hospitalization, in addition to not receiving treatment in their reference units.

Keywords: referral processes, emergency medical services, primary care, secondary care

Introducción

En México, los médicos de primer nivel de atención son los responsables de otor-

gar la mayoría de los servicios médicos.¹ Es en esa instancia en la que se deberían resolver la mayoría de los motivos de atención médica, lo que implicaría que pocos pacientes demandaran ser referidos a segundo nivel, ya sea para consulta o para tratar un problema de salud.^{2,3}

La referencia es un documento médico legal utilizado para derivar a los pacientes del primer al segundo nivel de atención, con la finalidad de obtener un procedimiento diagnóstico, consulta, valoración o tratamiento especializado.² La decisión de referir a un paciente a consulta especializada tiene que ver con complicaciones de salud y características demográficas, como el sexo o el nivel socioeconómico; estas causas tienen un impacto en la tasa de interconsulta, que es mayor en hombres, en la vejez y en un nivel socioeconómico bajo.^{4,6}

Se estima que en un periodo de cinco años la totalidad de la población adscrita a un centro de salud pasa al menos una vez por su médico de familia; este nivel asistencial mantiene una capacidad de resolución de aproximadamente 95% de la demanda de atención.³ Mantener un adecuado nivel de interconsultas o referencias a segundo nivel es fundamental para asegurar la eficiencia y calidad de atención.^{3,7}

La estructura de los servicios de salud, las características y capacidades de la unidad de primer nivel de atención, la composición del equipo y las características del cupo influyen en el número de interconsultas, además de que el exceso de pacientes y la falta de tiempo del médico familiar se traducen en una disminución de la capacidad resolutoria y un aumento en la derivación a segundo nivel de atención. La imposibilidad para solicitar pruebas diagnósticas y la existencia de dudas diagnósticas se

han reportado como los motivos más frecuentes de referencia.^{3,8}

Acorde con la División Técnica de Información Estadística del IMSS (2004), 52.4% de la atención médica se lleva a cabo en los hospitales de segundo nivel, con un perfil de demanda predominante de: traumatismos y envenenamientos (18.4%), infección aguda de vías respiratorias superiores (16.2%), diarrea (7.3%); además de presentar con especial énfasis diabetes mellitus (2.9%) y enfermedades cardíacas (3.9%).³⁻⁵

La saturación de los servicios hospitalarios de urgencias se ha incrementado en los últimos años, es un problema de todas las unidades hospitalarias. La utilización inadecuada y masiva de estos servicios se debe a diferentes motivos, entre los principales que se identifican están: accesibilidad al medio hospitalario, recursos sanitarios y el método de utilizarlos, atender pacientes con patología no urgente (>70%), alta tasa de derivación de pacientes muy ancianos y multienfermos, pacientes multifrecuentadores, factores estacionales, personal sanitario insuficiente o con inadecuada preparación, retraso en la realización de ingresos o en el transporte en ambulancia y falta de espacio físico para el ingreso a hospitalización (probablemente la causa más importante).^{9,10}

De las diez patologías descritas como las más frecuentes de pacientes derivados de primer nivel que sobrecargan los servicios de urgencias hospitalarios destacan: 1. patología traumatológica, 2. patología osteomuscular no traumática, 3. dolor abdominal, 4. dolor torácico, 5. insuficiencia respiratoria, incluida neumonía, 6. EPOC o asma, 7. gastroenteritis aguda, 8. fibrilación auricular, 9. HTA, 10. insuficiencia cardíaca, entre otras.¹⁰

Esta sobrecarga resulta perjudicial tanto para los servicios de urgencias hospitalarios (como la insuficiencia para atender las verdaderas urgencias, derroche en recursos sanitarios y materiales), como para la atención del primer nivel (pérdida del seguimiento del paciente y pérdida de la confianza del paciente en su médico), esto se refleja en un servicio sobresaturado, con una mala percepción por parte del derechohabiente y subóptimo como instrumento de salubridad.^{8,9}

El objetivo de este estudio es conocer los motivos de referencia que causan mayor número de derivaciones desde el primer nivel de atención al Servicio de Urgencias de segundo nivel del Hospital General de Zona (HGZ) no. 30 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Objetivos secundarios: identificación de etiologías derivadas, de frecuencia en cuanto al número de motivos de referencia, si recibió tratamiento en primer nivel de atención y si requirió hospitalización.

Métodos

Se realizó un estudio transversal analítico, la población incluida fue en total de 200 pacientes referidos de cuatro unidades de primer nivel de atención (Unidades de Medicina Familiar No. 4, 5, 37 y 40) al servicio de urgencias del Hospital General de Zona (HGZ) No. 30 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Se realizó la recolección de datos de expedientes médicos de pacientes mayores de diecisiete años que contaran con hoja de referencia. El periodo de estudio fue de julio a octubre de 2015.

Se seleccionaron expedientes con base en el censo del área de Información Médica y Archivo Clínico, que hubieran sido referidos de clínicas de primer nivel, y se excluyeron los expedientes que estuvieran incompletos.

La muestra se clasificó con base en los motivos de referencia, los que se catalogaron en cuatro grupos: valoración de especialidad, sin respuesta a tratamiento, requiere tratamientos definitivos o auxiliares de diagnóstico. Se indagó en los expedientes: sexo, edad, unidad de primer nivel de referencia, etiología, si recibió tratamiento previo y necesidad de hospitalización tras valoración de segundo nivel.

El análisis estadístico se hizo mediante el programa SPSS v21, reali-

zándose la descripción de las variables con los parámetros habituales (media, desviación estándar, frecuencia y porcentajes). Como medida resumen de asociación se utilizó la χ^2 de Pearson para diferencia de proporciones. Un valor $p < 0.05$ fue considerado estadísticamente significativo. El presente estudio fue aprobado por el comité local de investigación y ética correspondiente, número de registro R-2015-201-25.

Figura 1. Distribución de pacientes por grupo de edad

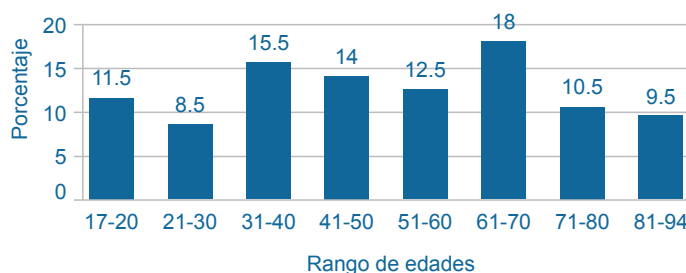
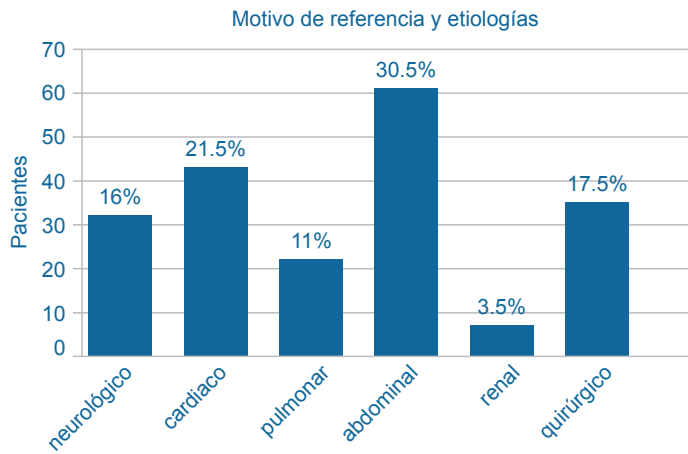


Figura 2. Porcentaje de motivo de referencias de las unidades de primer nivel



Figura 3. Distribución de etiologías por porcentajes



Resultados

Se analizaron 200 expedientes de pacientes, 51.50% correspondieron al sexo masculino (n=103) y 48.50% al sexo femenino (n=97). La edad media de los pacientes fue de 51± 21.06 años, con un mínimo de 17 y un máximo de

94 años. Se agrupó a los pacientes por rangos de edad en decenios; el grupo con mayor número de pacientes fue el de 61-70 años, conformando 18% (n=36), figura 1.

Existieron de dos a cuatro causas que fueron motivo de referencia al

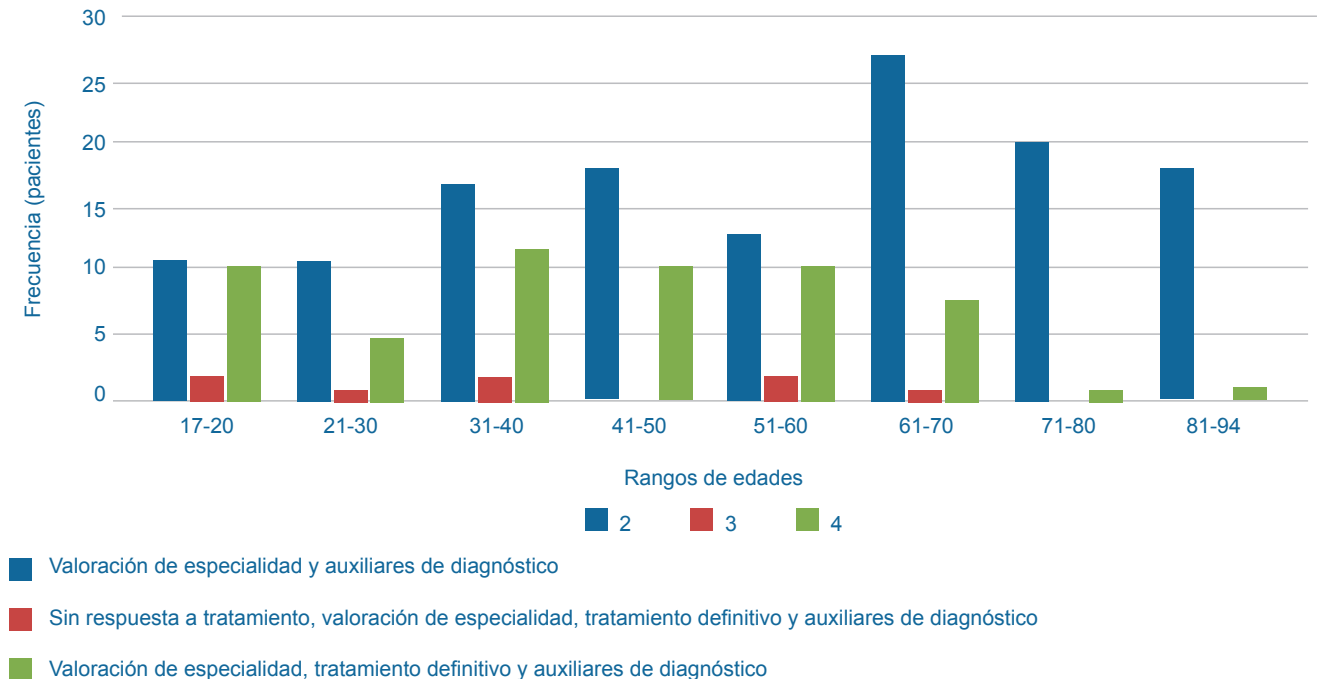
segundo nivel; la que más destacó, con dos motivos, fue para valoración por especialista, aunada al requerimiento de auxiliares diagnósticos (67.5%, n=135), ver figura 2.

Las etiologías de referencia más comunes fueron abdominales con 30.5%, seguidas por complicaciones cardiacas con 21.5% y quirúrgicas con 17.5%. Ver figura 3.

Del total de los pacientes estudiados, 52.5% no recibieron tratamiento inicial (n=105), mientras que 47.5% sí lo recibieron (n=95).

52.5% de los pacientes referidos del primer nivel al segundo nivel de atención se hospitalizaron (n=105) y 47.5% recibió atención ambulatoria (n=95). Las tasas de hospitalización para los pacientes que tuvieron dos, tres y cuatro motivos de referencia fueron 45.9%, 75.0% y 64.9% respectivamente.

Figura 4. Motivo de referencia por grupo etario



Se analizó la asociación de los motivos de referencia del primer nivel de atención al segundo nivel de atención con la edad y no se encontraron variaciones significativas ($p=0.763$).

28.5% de los pacientes tuvo cuatro motivos de referencia ($n=57$), de éstos, 64.9% fue hospitalizado ($n=37$), mientras que 35.1%, no ($n=20$). Tener cuatro motivos de referencia y requerir hospitalización tuvo una relación estadísticamente significativa ($p=0.024$).

Al analizar la relación de las variables motivo de referencia y rangos de edad se encontró que el rango de edad de 61-70 años con tres motivos de envío presentó la mayor frecuencia (20.0%) y el rango de edad con menor frecuencia fue de 17-20 años (8.1%); de los pacientes con dos motivos de atención los de rango de edad de 31-40 años fueron los más frecuentes (21.0%) y los de menor frecuencia fue el grupo de 71-80 años (1.7%), dichas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p=0.023$), ver figura 4.

La relación de los motivos de referencia y la ausencia de tratamiento previo al ingreso a segundo nivel de atención tuvo un valor $p=0.016$.

Discusión

En este estudio se determinó el motivo y la necesidad de referir a un paciente del primer al segundo nivel de atención en el HGZ no. 30.

Los resultados de esta investigación demuestran que todos los pacientes estudiados tuvieron más de un motivo de referencia, el más frecuente fue la necesidad de valoración de especialidad y la imposibilidad de solicitar determinadas pruebas auxiliares de diagnóstico desde el primer nivel de atención.

Respecto a los resultados socio-demográficos, el sexo masculino fue el

más frecuente por número de motivos de referencia. La edad promedio fue de 51 años y el rango de edad fue de 61 a 70 años. Esto concuerda con un estudio en el que el promedio de edad de los pacientes fue de 53.9 años;¹⁰ los promedios de edad fluctúan de acuerdo con lugares geográficos, otros trabajos han referido que las edades de los pacientes derivados a segundo nivel fueron menores a 30 años, no obstante que los pacientes de entre 51 y 60 años de edad fueron los que más acudieron a recibir atención médica según dicho estudio.⁹

De acuerdo con el presente estudio, uno de los principales motivos de referencia fue la valoración de especialidades en 67.50% de los pacientes. Estos resultados son similares a los de otros estudios, en los cuales se evidencia que la demanda y canalización a otras áreas de especialización es alta.^{11,12}

La necesidad de auxiliares de diagnóstico influye de manera importante cuando existen referencias a otros niveles de atención, además de las que son para tratamiento médico.¹³⁻¹⁵ Localmente, las unidades de primer nivel no cuentan con servicios de laboratorio o radiología, lo que fuerza una referencia a segundo nivel de atención. Esta sobrecarga en el servicio disminuye la eficiencia y calidad de la atención y propicia una mayor incidencia de eventos adversos, esto repercute en la calidad de atención al derechohabiente.¹⁶

Algunas unidades de primer nivel reportadas en este estudio tienen el mínimo de recursos para realizar diagnóstico y tratamiento de diversas complicaciones, por este motivo, 52.5% no recibió tratamiento inicial, 47.5% de pacientes referidos no requirió hospitalización; en otros escenarios se han reportado condiciones similares, con énfasis en la

imposibilidad de solicitar determinadas pruebas diagnósticas desde las clínicas de atención primaria, aspecto que justifica más de la mitad de casos referidos a segundo nivel.^{3,17}

Otro aspecto que influyó en las referencias fue falta de equipo adecuado para brindar un servicio apropiado al paciente, situación reportada en otros estudios.^{18,19}

Las causas de referencia de primer a segundo nivel son dinámicas e intervienen factores geográficos y económicos, ejemplo de ello fue el estudio de Van Dijk C. y cols.,¹⁹ quienes no detectaron una asociación entre el número de servicios terapéuticos y de diagnóstico realizados dentro de la práctica general y las referencias a especialistas; en Latinoamérica se han reportado tasas bajas, hasta de 0.9% de referencia a urgencias.²⁰

De las etiologías de referencia, las abdominales y las cardíacas fueron las más frecuentes, estos resultados son distintos a los reportados por Rodríguez y cols.,²¹ quienes refirieron como principales motivos complicaciones traumatológicas y oftalmológicas. La comparativa de etiologías específicas entre centros es complicada debido a la falta de un criterio unificado, aun así, el presente estudio comparte resultados con otros estudios previos que reportan también una alta frecuencia de patología abdominal y quirúrgica, así como de origen pulmonar.^{2,13-15} Sin embargo, difieren en la presencia de enfermedad neurológica, con una alta prevalencia en este estudio de 21.5%.

A más de la mitad de los pacientes no se les administró tratamiento farmacológico en su unidad de referencia, probablemente debido a que las etiologías más frecuentes son de difícil diagnóstico clínico y la necesidad de

estudios paraclínicos y tratamiento sobrepasa el primer nivel de atención.^{22,23}

Asimismo, más de 50% de los pacientes que requirieron hospitalización contaban con dos motivos de referencia, esto podría propiciar la saturación del servicio de urgencias, dada la falta de auxiliares de diagnóstico en las unidades de primer nivel.²⁴ Al respecto, se ha observado que los pacientes referidos a los servicios de urgencias necesitan más pruebas complementarias y, en mayor medida, están sujetos a admisión u observación.^{16,25}

Los alcances de estos resultados son de gran utilidad para distinguir a los pacientes derivados del primer nivel a segundo nivel de atención que realmente requieran ser atendidos, haciendo un uso apropiado de los servicios de urgencias hospitalarios²⁴ y abordando las verdaderas causas de referencias.^{26,27}

Las limitaciones del estudio fueron el tamaño de muestra de los expedientes y que estos no fueron seleccionados en forma aleatoria. Se requiere que se realicen estudios aleatorizados con muestras más grandes para tener un escenario más amplio sobre los motivos de referencia en los distintos niveles de atención.

Conclusiones

La necesidad de ser valorado por un especialista y no contar con algunas pruebas auxiliares diagnósticas fueron los principales motivos de referencia del primer al segundo nivel de atención. El promedio de edad y el sexo masculino fueron variables que impactaron en los motivos de referencia.

Es importante que la atención médica brindada en las unidades de primer nivel cumpla con los servicios básicos que requieren los derechohabientes para el diagnóstico y tratamiento de distintas

enfermedades. Esto podría disminuir en gran medida el exceso de referencias a segundo nivel e impactaría positivamente en la atención médica.

Referencias

- Greenfield G, Foley K, Majeed A. Rethinking primary care's gatekeeper role. *BMJ*. 2016;354:i4803.
- Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Intern Med*. 2011;33(1):7-11.
- Montilla JB, Oropesa AS, Redondo GG, Carnero RG, Béjar LS, de Castro FL. Motivos y condicionantes de la interconsulta entre atención primaria y especializada. *SEMERGEN-Medicina de Familia*. 2013;39(2):89-94.
- División Técnica de Información Estadística en Salud. El IMSS en Cifras. La demanda de servicios en urgencias, 2004. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2006;44(3):261-273.
- Pérez Ciordia I, Guillén Grima F, Brugos A, Aguinaga Ontoso I. Satisfacción laboral y factores de mejora en profesionales de atención primaria. *An Sist Sanita Navar*. 2013;36(2):253-262.
- Buelvas Martínez L, Oviedo Trespalcacios O, Amaya CL. Condiciones de trabajo que impactan en la vida laboral. *Salud Uninorte*. 2013;29(3):542-560.
- Giner ME, Galván VG, Hernández JP, Martínez FL, Pérez PC, Esteban JC. Aportación al continuo asistencial de una consulta de conexión con atención primaria coordinada con internistas. *SEMERGEN-Medicina de Familia*. 2013;39(7):361-369.
- Hoot NR, Aronsky D. Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. *Ann Emerg Med*. 2008;52:126-136.
- Menéndez JL, Olmeda CL, Linares JO, Senande EB, Cerrada EC. Adecuación de las derivaciones desde atención primaria al servicio de urgencias hospitalario en el Área 9 de Madrid. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*. 2005;17(5):215-219.
- Martínez Gracias HL, Ponce Rosas ER, Madrigal de León HG, Baillet Esquivel LE. Análisis de los motivos de consulta para la toma de decisiones en Medicina Familiar. *Aten Fam*. 2015;22(1):14-18.
- Forrest CB, Nutting PA, Satarfield B, Von Schrader S. Family physicians' referral decisions: results from the ASPM referral study. *J Family Pract*. 2002;51(3):215-222.
- Jiwa M. Referral from primary to secondary care. *BMJ*. 2010;341:c6175.
- Martínez N, Elgueta F, Espinola D, Cristino P, García J. Derivaciones del servicio de urgencia del hospital de Til-Til a los centros de referencia del área de salud norte (2004-2005). *Rev Chil Salud Pública*. 2006;10(3):146-151.
- Flores Amaya FH, López Soracipa VA. Caracterización de la Atención en el Servicio de Urgencias Hospital Universitario San Ignacio (HUSI), Bogotá D.C., 2014. (2015). [Tesis de Maestría]. [Citado 2019 Mar 17]. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/15744/>
- Informe de autoevaluación Enero-Junio 2016, Hospital General de México. 2016. [Internet]. [Citado 2019 Mar 17]. Disponible en: http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dirgral/informes_junta/info_ene_jun_02_16.pdf
- Ponce T. Hacinamiento en los servicios de emergencia. *An Fac Med*. 2017;78(2):218-223.
- Vilà M, Cruzate C, Orfila F, Creixell J, González MP, Davins J. Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2015;47(1):25-31.
- Agudelo CA, Castaño JJ, Arango CA, Durango LA, Muñoz V, Ospina A y cols. Prevalencia y factores psicosociales asociados al Síndrome de Burnout en médicos que laboran en instituciones de las ciudades de Manizales y la Virginia Colombia. *Arch Med Manizales*. 2011;11(2):91-100.
- Van Dijk CE, Korevaar JC, Koopmans B, de Jong JD, Bakker DH. The primary-secondary care interface: Does provision of more services in primary care reduce referrals to medical specialists? *Health Policy*. 2014;118(1):48-55.
- Doménech D, Strozzi D, Antúnez L, Antúnez M, Castro G, Alvez J, y cols. Capacidad resolutoria del primer nivel de atención: experiencia de la Unidad Docente-Asistencial de Medicina Familiar y Comunitaria de Paysandú. *Rev Méd Urug*. 2016;32(3):137-144.
- Rodríguez F, Chacón J, Esteban M, Valles N, López F, Sánchez F. Motivos de interconsulta entre atención primaria y el segundo nivel. *Aten Primaria*. 2005;36(3):137-143.
- Grandes G, Arce V, Arieteleanizbeaskoa MS. La investigación al alcance de los profesionales de Osakidetza: Programa de Investigación en Atención Primaria de Salud. *Aten Primaria*. 2014;46(4):188-197.
- Tamborero G, Esteva M, March S, Guillén M. Autonomía de gestión en atención primaria: posicionamiento de los profesionales de Mallorca. *Aten Primaria*. 2015;47(2):99-107.
- Vásquez-Alva R, Amado-Tineo J, Ramírez-Calderón F, Velásquez-Velázquez R, Huarí-Pastrana R. Sobredemanda de atención médica en el servicio de emergencia de adultos de un hospital terciario, Lima, Perú. *An Fac Med*. 2016;77(4):379-385.
- Ministerio de Salud y política social. Unidad de Urgencias hospitalaria: Estándares y recomendaciones. 2010. [Internet]. [Citado 2019 May 14] Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>
- Dehghan A, Nowar MA, Molodynski A. Improving the referral process from primary care to an AMHT. *Prog Neurol Psychiatry*. 2017;21(3):22-25.
- Restrepo Zea J, Jaén Posada JS, Piedrahita JJE, Flórez PAZ. Saturación en los servicios de urgencias: Análisis de cuatro hospitales de Medellín y simulación de estrategias. *Rev Gerenc Polít Salud*. 2018;17(34):1-17.