



Trabajo Original

Caracterización y evaluación de la calidad de la consulta de urgencia en el policlínico norte de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.

Characterization and evaluation of quality in the emergency consultation in the North polyclinic from 8:00 a.m. to 4:00 p.m.

Dra. Lucia Díaz Pérez¹, Dr. Israel Díaz Roig², Dra. Xiomara Fernández Bernal³

1. Especialista de 1er grado en Medicina General Integral. Máster en Dirección. Profesor Asistente. Facultad de Ciencias Médicas Sancti Spíritus. Cuba. Email: ldperez@ucm.ssp.sld.cu
2. Especialista de 1er grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Facultad de Ciencias Médicas Sancti Spíritus. Cuba.
3. Especialista de 1er grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Facultad de Ciencias Médicas Sancti Spíritus. Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de la calidad de la atención médica en el subsistema de urgencia del Policlínico Docente Área Norte, con el objetivo de caracterizar de forma general la atención brindada al paciente. Se revisaron durante todo 1998 las hojas de cargo, además se creó un sistema evaluativo de la consulta médica lo cual se realizó de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. El 18,9 % de los casos vistos fueron menores de 15 años y el 81,1 % mayor de esta edad, el 62,6 % de los casos consultados eran mujeres, consultan el subsistema el 37,4 % de los casos por afecciones respiratorias, la recepción fue bien en el 92,2 %, el examen físico fue bien en solo el 8,8 % y la despedida en el 13,7 %. La conducta seguida con la mayoría de los pacientes fue indicar tratamiento para su casa. El examen físico fue el aspecto más deficientemente evaluado. Se recomienda discutir los resultados con la dirección del policlínico para que dirija una estrategia de solución.

DeCS: CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD, SERVICIOS MEDICOS DE URGENCIA, POLICLÍNICAS.

ABSTRACT

A descriptive study of the quality of the medical care in the emergency sub-system of the North Area Polyclinic with the objective of characterizing in a general way the care given to the patient. During all 1998 long the charge sheets were checked, in addition to this an evaluation system of the Medical Consultation which was carried out from 8:00 a.m. to 4:00 p.m. The 18, 1% of the seen cases were less than 15 years and the 81, 1% more than this age, the 62, 6% of the consulted cases were women, the 37, 4% of the cases consult the sub-system due to respiratory affections, the reception was good in the 92, 2%, the physical exam was good only in the 8, 8% and the farewell after consultation in the 13, 7%. The conduct followed with most of the patients was the indication of treatment at home. The physical exam was the most deficient evaluated aspect. It is recommended to argue about the results with the management of the Polyclinic for it to direct a solution strategy.

MeSH: BRONCHIOLITIS / epidemiology.

INTRODUCCIÓN

El policlínico norte está ubicado en el municipio cabecera de la provincia Sancti Spiritus, fue construido en el año 1962, en el año 1986 se inició el Programa de Atención del Médico y la Enfermera de la Familia, quedando su población totalmente atendida por este programa en 1989. El área cuenta con una parte rural y una parte urbana y atiende un total de 29 013 pacientes. Para ello se cuenta con consultorios del médico de familia. En esta área al igual que en el resto del país, la atención a la urgencia ha sido insuficiente, han existido dificultades con la competencia y el desempeño profesional en la atención a la urgencia, el poder resolutivo ha sido bajo y los cuerpos de guardias de la atención secundaria se han encontrado recargado con urgencias no verdaderas, además de existir insatisfacción de la población, todas estas son razones para que se hayan creado los servicios de Atención a la Urgencia en Atención Primaria de Salud (APS)¹.

Estos servicios están caracterizados por la atención inmediata, próxima y regionalizada, de tipo escalonado, integrado con otros niveles de atención en dependencia de las necesidades del paciente, e incluye procedimientos que de no realizarse con la rapidez y calidad necesaria influyen en el pronóstico y pueden comprometer la vida del paciente^{1,2}.

La misión del policlínico es brindar asistencia médica integral a toda la población, dando significativa atención al grado de satisfacción obtenido, por lo que constituye un reto elevar cada día la calidad de los servicios prestados. Para ello se desarrolló en este trabajo un análisis de algunos indicadores relacionados con la calidad y se proponen medidas de control para mantener los servicios al nivel requerido.

La APS en Cuba ha ido transformándose gradualmente hasta el perfeccionamiento que significó la extensión del modelo de atención del médico y enfermera de la familia².

Elevar la calidad de la atención médica primaria constituye una de las directrices específicas en los objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana a partir de 1992 hasta el 2000².

No existe un acuerdo total sobre el concepto de calidad de la atención pues existen disímiles concepciones que la relacionan con el desarrollo científico técnico y la experiencia acumulada, la efectividad, eficiencia y equidad entre otras².

La calidad de los servicios de salud puede ser considerada como el resultado de diferentes factores o dimensiones que resultan ser instrumentos útiles tanto en la definición y análisis de los

problemas como en la evaluación del grado de cumplimiento de las normas técnicas, sociales y humanas del personal de salud³.

El mejoramiento de la calidad no puede ser alcanzado a través de actividades aisladas, tiene que ser un elemento integral y activo de la cultura clínica. Dicho proceso forma parte del ciclo de manejo gerencial (planificación, implementación, monitorización, evaluación, nueva planificación, entre otras) que permite comprender las dificultades e identificar las soluciones posibles para mejorar la calidad de los servicios de salud a través de un proceso participativo. La gerencia de la calidad es un proceso continuo y cíclico, un instrumento a utilizarse no solo en la orientación de los niveles decisorios, de los proveedores de servicios y del personal de salud, sino también de los usuarios para el mejoramiento de los servicios de salud³⁻⁵.

Los paradigmas que surgen, reemplazan a los paradigmas antiguos. Así en este caso, es posible identificar el perfil del nuevo paradigma:

1. La calidad debe ser explícita.
2. Cantidad con calidad.
3. Calidad con eficiencia.
4. Garantía de la calidad.
5. Demostración de resultados.
6. La calidad de la atención y la calidad de la educación son recíprocas^{6,7}.

Es derecho y obligación de toda sociedad lograr que los servicios de atención produzcan los mejores resultados posibles en términos de mayores niveles de salud⁹.

Garantía de la calidad significa todo aquello que los individuos y una sociedad llevan a cabo para generar, mantener y mejorar la calidad^{8,10}.

¿Quién es el responsable de hacer todo esto?. ¿La respuesta obvia es "todos somos responsables". A cada uno de los usuarios le corresponde una parte de la responsabilidad, a los profesionales de la atención a la salud les corresponde otra, y a las instituciones sociales les corresponde otra más¹⁰.

Es importante destacar que el término "calidad" en los sistemas de servicios de salud tiene que reemplazar el término de metas y actividades. Tener resultados con calidad y que la población los aprecie es la mejor medida de la calidad de los servicios, es el verdadero impacto¹¹.

Por todo lo anteriormente descrito los autores se propusieron determinar el número de pacientes por grupos etarios y sexo que fueron vistos en el subsistema de urgencias del área, precisar las causas de consulta y la conducta seguida con los pacientes que necesitaron del sistema y evaluar la calidad de atención médica en el cuerpo de guardia del subsistema de urgencia de 8:00 am a 4:00 pm.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo de todos los pacientes que acudieron al cuerpo de guardia del Policlínico Docente área Norte de la ciudad de Sancti Spíritus en 1998.

Además se decidió crear una guía de observación para evaluar la calidad de la consulta realizada en el subsistema durante una semana correspondiente al mes de diciembre, desde las 8:00 am a las 4:00 pm.

Criterio de inclusión: todo paciente que haya asistido por cualquier causa al subsistema y por el período de tiempo seleccionado.

Criterio de exclusión: todo paciente que haya llegado fallecido al cuerpo de guardia del subsistema.

Este trabajo comenzó con una revisión bibliográfica de la documentación existente en el centro, así como una petición a la red nacional de información científico-técnica sobre calidad de los servicios.

Con la información científica recogida se elaboró el marco teórico del trabajo para tener un mayor conocimiento y poder abordar correctamente el tema.

Definiciones operacionales:

Evaluación de la recepción al paciente de:

- Buena: el médico salió a recibirlo al salón de espera.
- Regular: no salió a recibirlo pero se puso de pie para recibirlo.
- Malo: Llamo al paciente desde su buró o lo mando a pasar con otro paciente.

Evaluación del interrogatorio:

- Buena: escuchó correctamente al paciente y lo interrogó profundamente.
- Regular: lo escuchó y entrevistó de manera apresurada.
- Malo: prácticamente no le prestó atención al paciente.

Evaluación del examen físico:

- Bueno: lo realizó con el paciente acostado y lo examinó integralmente (todos los aparatos y sistemas).
- Regular: lo realizó con el paciente sentado, o se limitó solamente al aparato afectado.
- Malo: lo realizó con el paciente de pie o no lo hizo.

Evaluación de la despedida.

- Bien: explicó adecuadamente la conducta y lo despidió en la puerta.

- Regular: explicó muy brevemente y se puso de pie.

- Mal: explicación inconsistente y se queda sentado.

RESULTADOS

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La distribución de pacientes por grupos de edades en el subsistema de urgencia (tabla No.1), mostró que de los 7708 pacientes vistos durante todo el año 1998, 1460 fueron menores de 15 años para el 18,9 % y el 81,1 % son mayores de 15 años. Correspondió al grupo de 26-35 años el primer lugar de casos vistos con el 21,7 %, le siguió a continuación el grupo de 16-25 años con el 12,7 % y en tercero y cuarto lugares los grupos de 36 – 45 y 46-55 años con 11,8 y 11,1 % respectivamente. El 3,3 % de los casos vistos fueron menores de un año y los 7,6 % mayores de 65 años.

Tabla no. 1. Distribución de pacientes por grupos de edades en el subsistema de urgencia.

Grupo de edades	No.	%
0-1	255	3,3
1-5	677	8,8
6-10	528	6,8
11-15	518	6,7
16-25	981	12,7
26-35	1676	21,7
36-45	906	11,8
46-55	855	11,1
56-65	730	9,5
+ 66	582	6
Total	7708	100

Fuente: departamento de estadística. Policlínico norte.

En lo referente al sexo (tabla No.2) la mayoría el 62,6 % resultaron ser femeninas y el 37,4 % del sexo masculino.

Tabla nro. 2. Distribución por sexo de los pacientes vistos en el subsistema de urgencia.

Sexo	No.	%
Masculino	2879	37,4
Femenino	4829	62,6
Total	7708	100

Fuente: Departamento de Estadística. Policlínico Norte.

En la tabla No.3 a los diagnósticos de los pacientes vistos en el subsistema, las causas más frecuentes fueron en primer lugar las enfermedades respiratorias con el 37,4 % en realidad esta es una de las primeras causas de consultas médicas en Cuba, en segundo lugar aparecen las afecciones digestivas con el 13,1 %, en tercer lugar con el 11,4 % las afecciones neurológicas, es muy interesante que el 10,7 % de los pacientes hayan consultado solo para tomarse la presión. El 8,1 % de los casos consultaron por afecciones cardiovasculares, que son de las primeras causas de muerte en casa. Llama la atención encontrar en las hojas de cargo que en el 3,9 % de los casos vistos, se desconoce la causa de consulta, al menos no aparecen en la hoja de cargo, lo cual habla de un trabajo no eficiente en el sistema.

Tabla no. 3. Diagnóstico definitivo de los pacientes vistos en el subsistema de urgencia.

Causas *	No.	%
Afecciones respiratorias	2884	37,4
Afecciones cardiovasculares	623	8,1
Afecciones digestivas	1012	13,1
Afecciones neurológicas	881	11,4
Afecciones del SOMA	499	6,5
Afecciones sistema genitourinario	491	6,4
Afecciones dermatológicas	368	4,8
Afecciones oftalmológicas	59	0,8
Accidentes	70	0,9
Tomar tensión arterial	823	10,7
Otras causas	446	5,8
Se desconocen	299	3,9

Fuente: departamento de estadística. Policlínico Norte.

NOTA: Los pacientes se calcularon sobre la base del total de pacientes consultados N= 7708

* multirrespuesta

En la conducta seguida con los pacientes vistos en el subsistema de urgencia (tabla No.4), la conducta que más comúnmente se siguió fue en sumatoria la de tratamiento para su hogar con el 60,8 % de los casos a continuación en el 21,5 % de los casos no se conoce por la hoja de cargo la conducta que se siguió con estos casos, lo cual quiere decir que a veces no se tiene en cuenta lo importante de definir la conducta seguida con el paciente, pues el mismo tiene que seguir la ruta crítica establecida por el sistema de salud, de lo contrario estadísticamente es muy difícil llegar a definir la calidad de atención, pues entre otras cosas calidad es brindarle al enfermo lo que necesita para resolver su problema de salud.

TABLA No. 4. Conducta seguida con los pacientes vistos en el Subsistema de Urgencia.

Conducta *	No.	%
Tratamiento para su hogar	4687	60,8
Acupuntura	147	1,9
Interconsultados	65	0,8
Ingresados en observación	113	1,5
Remitidos al PPU	8	0,1
Ingresados en el HDPCQ.	31	0,4
Ingresados en el Hosp. Pediátrico	2	0,02
Ingresados en el Hosp. Ginecoobst	4	0,1
Se desconoce	1654	21,5
Ingresados en el hogar	1	0,01

Fuente: departamento de estadística.

NOTA: Los porcentos se calcularon sobre la base del total de pacientes

N= 770

* multirrespuesta

En solo el 1,9 % de los casos se utiliza la acupuntura como tratamiento y muchas de las enfermedades que se ven (tabla No.3) son tributarias de este tratamiento natural y tradicional, además se pierden oportunidades pues el servicio de acupuntura de la unidad, está situado a escasos metros de la unidad de urgencia.

En la tabla No.5 se hace alusión a la evaluación de la consulta de urgencia en lo referente a la recepción del paciente. Se consideró buena en el 92,2 % de los casos, regular en el 4,9 % y mala en el 2,9 %.

Tabla no. 5. Evaluación de la recepción, interrogatorio, examen físico, diagnóstico y despedida realizada al paciente en la consulta de urgencia.

Aspectos a evaluar	Evaluación					
	B	R	M	%	%	%
Recepción	94	92,2	5	4,9	3	2,9
Interrogatorio	98	96,1	4	3,1	0	0
Examen físico	9	8,8	58	56,8	35	34,3
Diagnóstico	71	69,6	15	14,7	16	15,7
Despedida	14	13,7	13	12,7	75	73,5

Fuente: encuesta realizada por los autores

Si se tiene en cuenta que ésta es la primera impresión que se lleva el paciente del servicio que busca, los índices no son del todo favorables, se habla de la evaluación del interrogatorio por parte del médico al paciente. Teniendo que en ninguno de los casos se evaluó de malo, el 96,1 % se evaluó de bueno y solo en el 3,9 % de regular, la evaluación del examen físico por parte del médico al paciente.

Solamente en el 8,8 % de los casos vistos estos parámetros fue evaluado de bien, esto confirma que en cuerpo de guardia se ve al paciente por la enfermedad que presenta y no de forma integral, el 56,8 % de los exámenes físicos fueron evaluados de regular y llama además la atención que el 34,3 % se evaluaron de mal.

La evaluación del diagnóstico realizado al paciente en la consulta de urgencia llama la atención que en el 15,7 % de los casos el diagnóstico no se hizo, lo cual no habla de una buena eficiencia y no fue del todo preciso en el 14,7 % de los casos.

Muy importante es investigar la conducta que siguió en médico con el paciente en la consulta de urgencia. En el 94,1 % de los casos se le impuso tratamiento para su hogar, por lo que se puede afirmar que existe una contradicción con la tabla anterior en que solo el 69,6 % de los diagnósticos fueron precisos, ya que el médico debe precisar el diagnóstico para después tratar. Solo el 1,9 % de los casos necesitó remisión al policlínico principal de urgencia o al hospital respectivamente y en el 1 % se utilizó medicina natural y tradicional o fue ingresado en observación.

La despedida al paciente fue el peor acápite, pues el 73,5 % se consideró mal y solo el 13,7 % bien.

CONCLUSIONES

Consultaron el PPU fundamentalmente pacientes del sexo femenino y de edad mayoritariamente adulta. Las principales causas de consulta en el Sistema de Urgencia fueron las afecciones respiratorias, digestivas y neurológicas. La conducta seguida con la mayoría de los pacientes fue indicarles tratamiento para su hogar, se utiliza escasamente el ingreso en el hogar y la Medicina Natural y Tradicional. La recepción y el interrogatorio al paciente obtuvieron evaluaciones muy favorables. El examen físico al paciente fue calificado Como el aspecto más deficiente lo cual esta en relación con que el diagnóstico no fuera preciso o no se hiciera en un buen número de casos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Carpeta Metodológica. La Habana: Minsap; 1999.
2. Jiménez Cangas L, Baez Duenas RM, Pérez Maza B, Reyes Alvarez I. Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud. Rev Cubana Salud Públ. 1996;22(1):37-43.
3. Gattinara BC, Ibacache J, Puente CT, Giacon J, Caprara A. Percepción de la comunidad acerca de la calidad de los servicios de salud pública en los distritos norte e Ichilo, Bolivia. Cad Saude Pública. 1995 Jul-Sep; 11(3):425-38.
4. Iberoamerican conference on teaching for quality in health services. Iberoamerican Panel of Teaching and Quality in Health Services. Bol Oficina Sanit Panam. 1996 Mar;120(3):253-62.
5. Ramírez AM, García JE, Fraustro SR. Definición del problema de la calidad de la atención médica y su abordaje científico: Un modelo para la realidad mexicana. Cad Saude Pública. 1995 Jul-Sep;11(3):456-
6. Ruelas-Barajas E. Los paradigmas de la calidad en la atención médica. Gac Med Mex. 1997 Mar-Apr; 133(2):141-6.
7. Peabody JW, Rahman O, Fox K, Gartler P. Calidad de la atención en establecimientos públicos y privados de atención primaria de salud. Comparaciones Estructurales en Jamaica. Bol Sanit Panam. 1994; 117(3):193-211.
8. Gonzalvo Ibañez FJ, López Sabater B, Millan Sardocia J, Barguiner Diaz M, Fuentes Fernández I. El control de calidad en atención primaria de Salud. Evaluación de la cumplimentación de un protocolo de diabetes mellitus tipo II en un centro de salud. Arch Fac Med Zaragoza. 1996; 36(1):1-5.
9. Mora JF. La calidad en la reforma del sistema de salud. Calid Atenc Salud. 1996 Jun; 3(1-2):5.
10. Donabedian A. Garantía de la calidad: ¿Quién es responsable? Calid Atenc Salud. 1996 Jun; 3(1-2):7-11.
11. Capote MR. La gestión por la calidad total en el ámbito local. Washington: OPS/OMS.p.2-8.