

POLICLINICO UNIVERSITARIO
“EMILIO DAUDINOT BUENO”
GUANTANAMO

CALIDAD DE LA ATENCION A ANCIANOS HIPERTENSOS

Msc. Onidio Olivares Navarro¹, Dra. Maurenis Alonso Vázquez¹, Dra. María Esmera Pascual Armiñan¹, Dr. Jaime Enrique Castillo Álvarez¹, Lic. Víctor Manuel Méndez Torres², Lic. Rosaida Bandera Feijoo³, Dr. Alexander Ramírez Leyva.¹

RESUMEN

Se realiza una evaluación de la calidad de la atención médica al anciano hipertenso en el Grupo Básico de Trabajo No. 2 del Policlínico Universitario “Emilio Daudinot Bueno” en el año 2006, con el objetivo de evaluar la calidad de la atención médica a estos pacientes. El universo está constituido por 1 025 hipertensos a partir de una prevalencia esperada del 50 %, una confianza del 50 % y un error máximo del 50 %. La muestra estuvo constituida por 183 pacientes de 60 años y más, residentes en dicha área de salud. El proceso se abordó aplicando exámenes de competencia profesional y auditoria a las historias clínicas individuales de estos pacientes. Se concluye que la estructura con que cuentan los médicos de la familia para la atención al paciente hipertenso en edad geriátrica, así como la competencia profesional de los mismos y la auditoría a las historias clínicas individuales de estos pacientes, es inadecuada.

Palabras clave: CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD, ACCESO Y EVALUACION; SERVICIOS DE SALUD PARA ANCIANOS; HIPERTENSION; INDICADORES DE CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD.

INTRODUCCION

El actual envejecimiento de las poblaciones ha sido logrado en gran número de países por las medidas de mejora de condiciones socio-sanitarias, de alimentación y control de enfermedades infecciosas que han acompañado al logro de la disminución de la natalidad y de la mortalidad infantil.

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor.

² Licenciado en Defectología.

³ Licenciada en Enfermería.

Esta situación, es sin dudas, un reto para la sociedad moderna pues cada día hay más personas ancianas con repercusión a todos los niveles de la estructura social, ya que se incrementaría progresivamente la fracción no productiva a expensa de los ancianos con elevación de los gastos estatales. Además, la urbanización, el traslado de los más jóvenes hacia las ciudades en busca de mejoras económicas, cambian día a día la estructura de la familia y de sus condiciones.¹

El estudio de los procesos de transición demográfica y epidemiológica ha cobrado interés en las últimas décadas, entre otras razones, porque el envejecimiento poblacional iniciado en Europa en países con transición temprana se ha extendido a otras regiones del mundo, a la vez que ha incrementado su velocidad. Paralelo a ello se han producido cambios en los patrones de morbilidad y mortalidad, que han modificado la demanda de los servicios sociales y de salud.

Según cálculos de Naciones Unidas, en 1950 habían alrededor de 200 millones de adultos mayores, que aumentaron en 1975 a 350 millones, mientras que para el 2000 la cifra aumentó a 600 millones (10 % de los habitantes del planeta) y para el 2025 pueden ser 1 100 millones, lo que significa un aumento del 224 % a contar de 1975. Se prevé que durante ese mismo período la población total mundial aumentará de 4 100 millones a 8 200 millones, o sea, el 102 %. Por lo tanto, en el 2025 las personas de edad avanzada constituirán el 15 % de la población mundial y para el 2050 el 20 %, que se estima en alrededor de 2 000 millones de ancianos. El envejecimiento demográfico es el gran desafío del tercer milenio.^{2,3}

En América Latina y el Caribe la transición demográfica, de comienzo reciente, se caracteriza por su rapidez. Es un proceso generalizado, todos los países de la región marchan hacia sociedades más envejecidas. En 1950 sólo el 5.4 % de la población tenía 60 años o más; en 2002 se estimó el 8 %, mientras que para el 2025 se estima el 12.8 % de la población en este grupo y para el 2050 el 22 %. Mientras la población en general crece en el 1.5 %, la población mayor de 60 años crece en el 3.5 %. El 75 % de las personas que nacen hoy en América Latina y el Caribe serán adultos mayores y el 40 % sobrepasará sus 80 años. De manera que en un siglo el porcentaje de adultos mayores se pronostica que se cuadruplicará.^{2,3}

Cuba, es uno de los países latinoamericanos que más tempranamente completaron su transición demográfica y no está exenta de este proceso. Si en 1950 había aproximadamente 427 000 personas de 60 años y más, 6.7 % de la

población total, en 1985 ese grupo etario alcanzaba 1 151 146 personas (11.3 %); mientras que en diciembre de 2000 se registraron 1 601 993 ancianos (14.3 %). El Censo de Población y Viviendas en el 2002 ubicó el envejecimiento poblacional de la Isla en el 14.7 %, duplicando en 40 años la cantidad de ancianos al triunfo de la Revolución.^{4,5}

Los estimados actuales reflejan que el 15.9 % de los cubanos rebasa la barrera cronológica de los 60 años. Se estima que para el año 2025 este grupo ocupará el 20.1 % de la población total, momento en que será el país más envejecido de América Latina.⁶

METODO

Se realiza una evaluación sobre la calidad de la atención a pacientes ancianos en el Policlínico Universitario "Emilio Daudinot Bueno" del municipio Guantánamo durante el año 2006, como mecanismo interno de evaluación del propio policlínico. Se utiliza al efecto la propuesta metodológica para la evaluación primaria de salud, diseñada y publicada por el Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana.³

El universo está constituido por 1 025 pacientes hipertensos a partir de una prevalencia esperada del 50 %, una confianza del 50 % y un error máximo del 50 %. La muestra estuvo constituida por 183 pacientes hipertensos de 60 años y más, residentes en dicha área de salud.

Se confecciona un cuestionario previa revisión bibliográfica y documental de los controles y registros de información sobre el funcionamiento del policlínico, así como entrevistas. Luego se seleccionó un grupo de expertos que también previa información sobre calidad, sus dimensiones y forma de evaluar, determinaron los criterios, indicadores y estándares a utilizar en el examen de competencia y la auditoria a las historias clínicas individuales.

Adecuada (A): Cuando el resultado del indicador iguale o supere al estándar establecido por el criterio definido por el grupo de expertos.

Inadecuada (I): Cuando el resultado del indicador se comporte por debajo del estándar establecido por el criterio definido por el grupo de expertos.

RESULTADOS Y DISCUSION

Al evaluar la estructura con que cuenta el Grupo Básico de Trabajo No. 2 en cuanto a recursos humanos se refiere, de los criterios utilizados, todos se comportaron por encima del estándar establecido (Tabla 1), dado que los recursos humanos para garantizar esta atención esta cubierta en su totalidad, lo que permite cobertura médica a la población del 100 % de posibilidades, así como de especialistas de Medicina Interna.

Cualquiera no puede tomar presión arterial y realizar diagnóstico; solamente puede hacerlo el personal de salud capacitado, preferiblemente el médico y enfermera de familia que mantiene atención continuada a su población, pues una presión arterial elevada por encima de lo establecido en una sola ocasión puede que no sea considerado hipertenso, lo que por dichas razones se hace casi indispensable la permanencia de dicho personal a ese nivel.⁷

También el estudio de Ochoa Alonso y colaboradores coincide con el nuestro, así lo demuestran los estándares relacionados con cobertura de personal medico y técnico al obtener evaluación de buena.⁸

Similar comportamiento lo observó la Dra. Sánchez Jaca y colaboradores en su estudio realizado sobre calidad de atención al no existir dificultades en cuanto a cobertura de recursos humanos. Los estándares evaluados se comportaron de forma adecuada.⁹

La Tabla 2 muestra los resultados de la evaluación de la estructura con que cuentan los médicos de familia en el consultorio referente a recursos materiales; se evaluaron de adecuados el 50 % de los indicadores al comportarse por encima del estándar (80 %): local de consulta, pesa para adultos, tallímetro para adulto y estetoscopio clínico; mientras que el otro 50 % quedó por debajo del estándar establecido, ellos son: esfigmomanómetro, negatoscopio, oftalmoscopio, historia clínica individual completa; los tres primeros con el indicador en 0 y el último con el 42.3 %.

Al remitirnos nuevamente al estudio realizado por Ochoa Alonso en los que se evaluó el estándar relacionado con estructura (mobiliario, instrumental y medicamentos), éste no coincide del todo con el nuestro, dado que el estándar evaluado por ellos fue regular.⁸

Los esfigmomanómetros, negatoscopios y oftalmoscopios en buen estado son recursos materiales indispensables para garantizar un diagnóstico y

seguimiento adecuado de estos pacientes y, por tanto, una atención de calidad buena. Por lo que consideramos que algunos de los recursos materiales son esenciales y determinantes en la calidad de la atención en lugares adecuados y momento oportuno, pues constituyen parte decisiva en la estructura de los servicios en eficacia, eficiencia y efectividad de los mismos.¹⁰

Nuestro estudio también con el realizado por la Dra. Sánchez Jaca en el que se demostró que existieron dificultades en cuanto a la cobertura de los recursos materiales.⁹

En cuanto a la evaluación de la estructura del policlínico, específicamente de reactivos e instrumental, se comportaron por encima del estándar (80 %) tres de los criterios establecidos: microscopio, centrífuga y fotocolorímetro en buen estado, alcanzando el 100 % del indicador establecido. Los reactivos disponibles, equipo de radiografía y electrocardiógrafo aptos fueron inadecuados en la evaluación. Debemos señalar que estos criterios evaluados de inadecuados, si bien comprendemos que son recursos deficitarios dentro de la crisis económica que vive el país debido al bloqueo económico, afecta la calidad de la atención a estos pacientes que requieren el uso de estos recursos incluido, además, películas radiográficas, reactivos para su revelado, papel de electrocardiógrafo, entre otros.

La evaluación de los recursos humanos en el policlínico (técnicos de laboratorio, radiología y adiestrados en electrocardiograma) en sus tres criterios evaluados resultaron adecuados (Tabla 4). Estos no constituyeron dificultad alguna para garantizar la calidad en la atención al hipertenso en estudio, dado a que ellos estuvieron siempre presentes.

Como ya se vio anteriormente en nuestro estudio, también es coincidente la adecuada cobertura del personal técnico con el estudio realizado por Ochoa Alonso donde los estándares relacionados con cobertura de personal médico y técnico obtuvieron una evaluación de buena.⁸

Los resultados del examen de competencia profesional aplicado a los médicos objeto de estudio según objetivos evaluados se muestran en la Tabla 5. De los 10 objetivos evaluados, 6, se evaluaron de adecuados al superar el estándar establecido (90 %) y, 4, inadecuados, que si bien son minoritarios, consideramos que son aspectos esenciales para el diagnóstico y seguimiento correcto. Estos criterios fueron: conocimiento de criterios de control de hipertensión arterial, conocimiento de técnica correcta de toma de presión arterial, conocimiento de complementarios indispensables para el estudio de

tensión arterial, conocimiento de indicaciones y contraindicaciones de antihipertensivos de primera línea.

La historia clínica individual es el documento básico de la atención médica primaria. Tiene función diagnóstica y sirve de base para el planteamiento, ejecución y control de cada caso de la acción destinada al fomento, recuperación y rehabilitación de la salud.^{11,12}

Al realizar auditorias de las historias clínicas de los pacientes hipertensos (Tabla 6), debemos señalar que de las 183 historias clínicas solo se pudieron revisar 94, ya que 89 de los pacientes incluidos en la muestra no contaban con ese documento en los consultorios. Solamente el 42.3 % de los mismos contaban con historias clínicas completas.

Este mismo comportamiento se observa en el estudio realizado por Ochoa Alonso cuando abordó los procesos relacionados con la competencia y el desempeño del médico y cumplimiento de normas e indicaciones en el que se evaluaron los estándares establecidos de mal.⁸

De los 8 aspectos evaluados referentes a historias clínicas, todos resultaron inadecuados al comportarse por debajo del estándar dado (90 %). Se destacan como aspecto negativo más relevantes los exámenes complementarios e interconsulta en Medicina Interna con indicador del 8.1 %, así como examen físico (40.3 %), seguido del seguimiento del paciente hipertenso (46.4 %), diagnóstico correcto (51.6 %), tratamiento farmacológico (68.4 %), interrogatorio adecuado (70.2 %) y tratamiento no farmacológico indicado (76.3 %) (Tabla 6).

En cuanto a los exámenes complementarios que permiten evaluar al paciente hipertenso y complementan su diagnóstico, solo pocas historias tenían los exámenes adecuados, o sea, algunas los indicados y no registrados y otras ni indicados ni registrados, sin dejar de reconocer la carencia de recursos para la realización de los mismos encontrados en la evaluación de la estructura.

Nos llamó la atención que más del 50 % de los pacientes estudiados no fueron evaluados por Medicina Interna aún con presencia del recurso humano presente. Es ésta la especialidad encargada de evaluar sobre todo la hipertensión de difícil control o con hipertensión severa con repercusión en órganos, lo cual no significa que suplemente las funciones del médico de la familia sino que brinde asesoramiento y experiencia en este tipo de atención.

El examen físico es otro de los aspectos que se informa inadecuadamente en la historia clínica. Esto pudiera estar determinado por la escasez de recursos materiales en los consultorios médicos de la familia, tan necesarios para la realización de un examen físico adecuado.

El diagnóstico es significativo que sólo aparece correctamente en 15 historias clínicas, se observó que al evaluar la competencia profesional a través del examen al aspecto en los criterios para el diagnóstico, no hubo dificultad en ese sentido.

El seguimiento del paciente hipertenso es otro aspecto relevante a la hora de evaluar la atención brindada. En ellos se valoran los aspectos del tratamiento orientado, si ha sido efectivo, si no se logrado detener la progresión de sus efectos en otros órganos diana y si se controlan los factores de riesgos que presenta el paciente, logrando de esta forma la reducción de la morbimortalidad por esta enfermedad.

La hipertensión es una enfermedad crónica que requiere de tratamiento de por vida y se supone que todo paciente hipertenso tenga al menos 4 controles al año, independientemente de si está descontrolado el seguimiento se realiza hasta que logre su control definitivo.

CONCLUSIONES

1. La estructura con que cuentan los médicos de la familia para la atención al paciente hipertenso en edad geriátrica no es la adecuada por la carencia de recursos para exámenes complementarios necesarios, así como esfigmomanómetros, negatoscopio, oftalmoscopios y otros equipos en mal estado o deficientes e historias clínicas individuales en similar situación.
2. La competencia profesional de los médicos de la familia es inadecuada, se observaron las mayores dificultades en los criterios de control de los pacientes hipertensos, en la técnica para la toma de la tensión arterial, en el conocimiento de los complementarios indispensables para el estudio de la misma y en las indicaciones y contraindicaciones de los antihipertensivos.
3. La auditoría a las historias clínicas individuales de los pacientes hipertensos presentan grandes dificultades ya que los aspectos que se tuvieron en cuenta en las mismas se evaluaron de inadecuadas.

4. Por los resultados obtenidos en esta investigación podemos concluir que la calidad de la atención a pacientes hipertensos en esta área de salud es evaluada de mala.

RECOMENDACIONES

1. Integrar esta evaluación de calidad a los pacientes hipertensos en la valoración del desempeño profesional de los médicos de la familia del GBT No. del Policlínico Universitario "Emilio Daudinot Bueno."
2. Diseñar el proyecto de intervención capacitante sobre atención al paciente hipertenso a todos los médicos.
3. Extender esta investigación al resto de los GBT del policlínico.
4. Perfeccionar las estrategias de intervención sobre los problemas que afectan la calidad de la atención médica del hipertenso en la Atención Primaria de Salud en el área estudiada.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Devesa Colina E, Fernández Rodríguez M, Mojena Hernández M, Martínez Dedeu A. El envejecimiento como problema. Rev Cubana Salud Pública. 1993; 19(2): 93-99.
2. El envejecimiento de la población un desafío que va más allá del 2000. Bol Of Sanit Panam. 1990; 109(1): 1-5.
3. Espinosa Brito A, Quintana Galende ML. Aspectos demográficos y epidemiológicos del envejecimiento. En: Espinosa Brito A, Romero Cabrera J. Temas de Gerontogeriatría. Cienfuegos: Editorial Finlay; 1991.p. 15-26.
4. Roscella EJ. Consideraciones Epidemiológicas para definir la Hipertensión. Clin Med Norteam. 1987; 71:815-31.
5. Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial Cuba. La Habana : Editorial Ciencias Médicas; 1998.p.7-8.
6. Sánchez Jaca I y colaboradores. Evaluación de la calidad de la atención médica integral a trabajadores del municipio Santiago de Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2002; 28(1):38-45.
7. Rigol O. Medicina General Integral Texto Profesional. †III. La Habana : Editorial Pueblo y Educación; 1998.

8. Abranson JH. *Métodos de Estudio en Medicina Comunitaria. Una Introducción a los Estudios Epidemiológicos y de Evaluación* Madrid; 1990.p.40-50.
9. Hipertensión arterial en ancianos *Rev Cubana Estomatol.* 2004; (37)
10. Divion Garrote JA, Artigao Ródenas LM, Sanchis Doménech C, Puras Tellaeche A. Automedidas de presión arterial domiciliarias con aparatos electrónicos automáticos. Ventajas e inconvenientes en su utilización como técnica de medición de la presión arterial. *Hipertensión.* 2000; 17: 53-61.
11. Alcázar de la Ossa JM. *Crisis hipertensivas.* Hipertensión. 2000.

TABLA 1. EVALUACION DE LOS RECURSOS HUMANOS.

CRITERIOS	INDICADOR	ESTANDAR (%)	EVALUACION
Médicos de familia laborando en consultorios	100	95	A
Enfermeras de familia laborando en consultorios	100	95	A
Especialistas de Medicina Interna laborando en el GBT No. 2	100	95	A

Fuente: Encuesta.

A: Adecuada

I: Inadecuada

TABLA 2. EVALUACION DE LOS RECURSOS MATERIALES.

CRITERIO	INDICADOR	ESTANDAR (%)	EVALUACION
Local de consulta adecuado	100	80	A
Pesa para adultos en buen estado	100	80	A
Tallímetro para adulto en buen estado	100	80	A
Esfigmomanómetro en buen estado	-	80	I
Estetoscopio clínico en buen estado	100	80	A
Negatoscopio en buen estado	-	80	I
Oftalmoscopio en buen estado	-	80	I
Historia clínica individual completa	52.1	80	I

Fuente: Encuesta.

A: Adecuada

I: Inadecuada

TABLA 3. EVALUACION DE LOS REACTIVOS E INSTRUMENTAL.

CRITERIO	INDICADOR	ESTANDAR (%)	EVALUACION
Reactivos disponibles para realizar complementarios indispensables	50	80	I
Microscopio en buen estado	100	80	A
Centrífuga en buen estado	100	80	A
Fotocolorímetro en buen estado	100	80	A
Equipo de Rx apto para el uso	-	80	I
Electrocardiógrafo apto para el uso	-	80	I

Fuente: Encuesta.

A: Adecuada

I; Inadecuada

TABLA 4. EVALUACION DE LOS TECNICOS.

CRITERIO	INDICADOR	ESTANDAR (%)	EVALUACION
Técnicos de laboratorio	100	80	A
Técnicos de radiografía	100	80	A
Técnico adiestrado en ECG	100	80	A

Fuente: Encuesta.

A: Adecuada

I; Inadecuada

TABLA 5. EVALUACION DE LOS RESULTADOS DEL EXAMEN DE COMPETENCIA PROFESIONAL DE LOS MEDICOS.

CRITERIO	INDICADOR	ESTANDAR (%)	EVALUACION
Interrogatorio adecuado	70.2	90	I
Examen físico adecuado	40.3	90	I
Exploraciones complementarias correctas	8.1	90	I
Diagnóstico correcto	51.6	90	I
Tratamiento no farmacológico indicado	79.3	90	I
Tratamiento farmacológico correcto	68.4	90	I
Seguimiento del paciente hipertenso correcto	46.4	90	I
Interconsulta con medicina	8.1	90	I

Fuente: Encuesta.

TABLA 6. RESULTADOS DE LA AUDITORIA MEDICA A LAS HISTORIAS CLINICAS INDIVIDUALES DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS.

CRITERIO	INDICADOR	ESTANDAR (%)	EVALUACION
Interrogatorio adecuado	70.2	90	I
Examen físico adecuado	40.3	90	I
Exploraciones complementarias correctas	8.1	90	I
Diagnóstico correcto	51.6	90	I
Tratamiento no farmacológico indicado	79.3	90	I
Tratamiento farmacológico correcto	68.4	90	I
Seguimiento del paciente hipertenso correcto	46.4	90	I
Interconsulta con Medicina Interna	8.1	90	I

Fuente: Encuesta.