

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE
"DR. AGOSTINHO NETO"
(SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA Y EMERGENCIAS)

POLICLINICA DOCENTE COMUNITARIA
"OMAR RANEDO PUBILLONES"
GUANTANAMO

CONSIDERACIONES SOBRE EL PROCESO DE ATENCION MEDICA AL INFARTO DEL MIOCARDIO EN EL NIVEL PRIMARIO DE SALUD. GUANTANAMO, 2001.

Dr. Reinaldo Elías Sierra¹, Dra. Caridad Bernardo Fernández², Dr. José Alfredo Estevan Soto³.

RESUMEN

Se precisan los resultados del proceso atencional al paciente con infarto del miocardio en el municipio de Guantánamo (Policlínica Docente Comunitaria "Omar Ranedo Pubillones") durante el primer semestre de 2001. Las unidades de análisis se seleccionan mediante un muestreo aleatorio, sistemático y por estratos (n=132 pacientes) e incluyen el total de médicos generales integrales y cardiólogos que laboran en el servicio (n=44). La técnica de recolección de la información se fundamenta en entrevistas a pacientes y profesionales, auditorías a historias clínicas de pacientes, evaluación de la competencia profesional, criterios de expertos, entre otras. La calidad de la atención no es satisfactoria; las deficiencias se relacionan con imprecisiones en los componentes de estructura y proceso, las que impactan significativamente en los resultados de la calidad. Se plantean otras conclusiones y consideraciones con relación al problema científico que se aborda.

Palabras clave: INFARTO DEL MIOCARDIO; ATENCION MEDICA; CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD.

¹ *Especialista de II Grado en Cardiología. Especialista II Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Profesor auxiliar de Medicina Interna. Jefe de Servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital "Dr. Agostinho Neto".*

² *Especialista de II Grado en Cardiología. Profesora Auxiliar de Medicina Interna. Jefa del Servicio de Cardiología HGD "Dr. A. Neto".*

³ *Especialista de I Grado en Medicina Interna. Verticalizado en Medicina Intensiva y Emergencias.*

INTRODUCCION

Actualmente, uno de los factores que limitan los resultados del proceso atencional al paciente infartado es su insuficiente calidad, lo que repercute en la satisfacción de la población, de los profesionales y de los líderes de salud, lo que con diferentes matices, enfoques y concepciones revela la necesidad de los estudios que al respecto puedan realizarse.

En la actualidad, las acciones sanitarias deben garantizar cambios cualitativos y cuantitativos que eleven la calidad de la atención médica en términos de cobertura, accesibilidad, equidad, aceptabilidad, efectividad y eficiencia^{1,2}, lo que se establece en el "Programa de Garantía de la Calidad de la Atención Médica",³ lo que debiera considerarse para satisfacer las expectativas de la atención a la salud del cubano para el siglo XXI, sobre la base de la consolidación y el fortalecimiento continuo y priorizado de los servicios de atención primaria a la salud (APS) y la excelencia en su interrelación con el nivel secundario y terciario, de acuerdo con las necesidades asistenciales del enfermo.

El objetivo de la investigación se dirige a evaluar la calidad de la atención al paciente con infarto agudo del miocardio (IMA) en el municipio de Guantánamo [nivel primario de atención a la salud (Policlínica Comunitaria Docente "Capitán Asdrúbal López Vázquez") durante el 2001. Su objeto fue el proceso de atención al paciente infartado, y su campo de acción se limita a la evaluación de la calidad del proceso de su atención en Guantánamo.

METODO

Se realizó un estudio con un diseño explicativo y transversal, con el objetivo de evaluar aspectos relacionados con la atención médica al paciente con IMA en el nivel primario (Policlínica Docente Comunitaria "Omar Ranedo Pubillones"), correspondiente al municipio de Guantánamo, durante el 2001.

El universo de estudio fue variable, según fuera necesario para cumplimentar los objetivos propuestos. Se registró en una base de datos computarizada a todos los pacientes con antecedentes de IMA cuya atención se realizaba en la institución durante el primer semestre del 2001; a cada uno se le asignó un número, a partir del 1 y hasta donde fuera necesario numerar; luego, se seleccionó al azar a aquellos que debían ser evaluados por el autor del estudio, hasta completar una muestra de 132 pacientes. De esta manera se realizó un muestreo aleatorio, sistemático y por estratos (muestreo combinado).

La selección del tamaño muestral se estableció de acuerdo con el siguiente procedimiento: se estableció un nivel de certeza del 99% y se pretendió no cometer

un error mayor del 5% ($p < 0.05$); se empleó como criterio de prevalencia de la cardiopatía isquémica en la provincia de Guantánamo, a aquélla publicada por el Departamento de Estadística de Salud de la Dirección Provincial de Salud Pública,⁴ pues nunca se había realizado un estudio que precisara esta información, la que resultó ser de 20,9 % en el año 2 000.

Se estudiaron las siguientes variables:

1. Valoración del proceso atencional al paciente con infarto del miocardio en la APS:
 - (a) Registro por el médico general integral (MGI) de los pacientes isquémicos que deben asistir: cuando se confirmó esta información por los autores del estudio.
 - (b) Registro adecuado, por el MGI, de los pacientes isquémicos que deben asistir: cuando se confirmó que el MGI registraba a los pacientes isquémicos de acuerdo con la forma clínica de la enfermedad y la estratificación del riesgo de complicaciones cardiovasculares, en el caso de los pacientes infartados.
 - (c) Funcionabilidad adecuada del local de rehabilitación o de esta actividad en general en la APS a la salud del paciente isquémico: cuando se confirmó la funcionabilidad regular y con fundamentos científicos de este tipo de actividad.
 - (d) MGI con estrecha y satisfactoria relación con el cardiólogo que debe atender a su población: cuando el MGI refirió tal relación.
 - (e) Funcionabilidad adecuada de servicios para la atención al paciente isquémico [Policlínica Principal de Urgencia (PPU), consulta de cardiología en APS]: cuando se confirmó que estos servicios funcionaban satisfactoriamente, con los recursos materiales y humanos necesarios y satisfacían la demanda atencional a estos enfermos.
 - (f) Cobertura de consulta cardiológica en la APS, del paciente isquémico: cuando se confirmó que la consulta de cardiología a este nivel de atención a la salud satisfacía la demanda.
 - (g) MGI que realiza interconsultas con el cardiólogo asignado a su área de salud para la valoración del paciente isquémico objeto de su atención: cuando el MGI refirió que realizaba regularmente tal actividad.
 - (h) MGI que identifica el nivel de información de su población en relación con la cardiopatía isquémica: cuando el MGI realizaba regularmente tal actividad.
 - (i) MGI que realizaba diagnóstico de cardiopatía isquémica en su población: cuando el MGI mostró a los autores del estudio que realizaba tal actividad.

- (j) MGI que pesquisaba la cardiopatía isquémica en su población: cuando el MGI mostró a los autores del estudio que realizaba tal actividad.
- (k) MGI que registraba determinantes de salud de su población en relación con la cardiopatía isquémica: cuando los autores del estudio confirmaron que realizaba tal actividad.
- (l) MGI que realizaba actividades de educación para la salud relacionadas con la cardiopatía isquémica en su población: cuando se confirmó esta información.
- (m) MGI que realizaba actividades de promoción de salud relacionadas con la cardiopatía isquémica en la población general: cuando se confirmó que las realizaba.
- (n) MGI que realizaba actividades de promoción de salud relacionadas con la cardiopatía isquémica en la población sana o sana con riesgo: cuando se confirmó esta información.
- (o) MGI que evaluaba los resultados de las actividades de educación para la salud relacionadas con la cardiopatía isquémica que realiza en su población: si se confirmó que los evaluaba.
- (p) MGI que visitaba las casas de los pacientes infartados: cuando el MGI mostró evidencias al respecto durante la auditoría.
- (q) Registro de pacientes infartados según tipo de terapéutica: cuando el médico evidenció esta información durante la auditoría.
- (r) MGI que evaluaba y seguía al paciente isquémico, conjuntamente con el cardiólogo asignado a su área de salud: cuando se confirmó que realizaba tal actividad.
- (s) MGI que realizaba actividades de rehabilitación cardiovascular en sus pacientes isquémicos: cuando se confirmó que realizaba tal actividad.
- (t) MGI con terapéutica integral adecuada para el paciente isquémico que asiste: cuando se confirmó tal información.
- (u) MGI que ha recibido del cardiólogo de su área de salud referentes teórico-prácticos relacionados con la cardiopatía isquémica: cuando el MGI refirió tal información.
- (v) MGI que participaba en los análisis de la situación de la cardiopatía isquémica que se realiza en su área de salud: cuando el MGI refirió tal información.

- (w) MGI que controlaba los indicadores relacionados con la cardiopatía isquémica correspondientes a su población: cuando se confirmó tal información.
- (x) MGI con historias clínicas individuales adecuadas de sus pacientes isquémicos: cuando se confirmó que disponía de éstas.
- (y) Funcionabilidad adecuada de los comités para el análisis de la situación de salud relacionada con el paciente isquémico [comité de las ECNT, comité de fallecidos]: cuando se confirmó el funcionamiento regular de los citados comités en el nivel primario de atención a la salud del paciente isquémico.
- (z) Funcionabilidad adecuada del servicio de anatomía patológica para el estudio de fallecidos por cardiopatía isquémica: cuando se confirmó la funcionabilidad del citado servicio.

2. Actividades que desarrolla el médico del nivel secundario para satisfacer el programa de cardiopatía isquémica al nivel primario de atención a la salud del paciente isquémico.

- (a) Cardiólogos vinculados a la APS del isquémico: cuando se confirmó tal información.
- (b) Registro por el cardiólogo de los pacientes isquémicos que deben asistir: cuando se confirmó esta información.
- (c) Registro adecuado por el cardiólogo de los pacientes isquémicos que deben asistir: cuando se confirmó que el cardiólogo registraba a los pacientes isquémicos de acuerdo con la forma clínica de la enfermedad y la estratificación del riesgo de complicaciones cardiovasculares, en el caso de los pacientes infartados.
- (d) Relación satisfactoria del cardiólogo con el MGI, cuya población debe atender: cuando el cardiólogo opinó y mostró que tenía establecida esta relación.
- (e) Cardiólogos que realizaban interconsultas con el MGI respecto a la salud de los pacientes isquémicos que asisten: cuando el cardiólogo declaró realizar esta acción de manera planificada.
- (f) Control, por parte del cardiólogo, del nivel de conocimiento respecto a la cardiopatía isquémica de la población que debe atender: cuando el cardiólogo mostró que tenía registrada esta información.
- (g) Cardiólogo que pesquisaba la cardiopatía isquémica en la población que debiera asistir: cuando se confirmó que éste realizaba dicho diagnóstico en la población

que asiste.

- (h) Cardiólogo que registraba los determinantes de salud en la población: cuando el cardiólogo mostró evidencias de esta información.
- (i) Cardiólogo que realizaba actividades de educación para la salud sobre cardiopatía isquémica: cuando el cardiólogo refirió realizar esta actividad periódicamente.
- (j) Cardiólogo que realizaba actividades de promoción de salud y prevención de la cardiopatía isquémica en la población general: cuando el cardiólogo refirió realizar periódicamente actividades de promoción de salud y prevención de la enfermedad isquémica del corazón, independientemente de a qué población dirigía estas actividades (población general).
- (k) Cardiólogo que realizaba actividades de promoción de salud y prevención de la cardiopatía isquémica en la población sana o sana con riesgo: cuando el cardiólogo refirió realizar esas actividades periódicamente en esa población específica.
- (l) Cardiólogo que evaluaba los resultados de la educación sanitaria que ofrece a la población isquémica que atienden: cuando el cardiólogo mostró realizar tal actividad.
- (m) Cardiólogos que controlaban las actividades de rehabilitación cardiovascular: cuando éstos refirieron realizar tal actividad.
- (n) Cardiólogos que evaluaban y siguen a los pacientes isquémicos que asisten, conjuntamente con su respectivo MGI : cuando se confirmó esta información.
- (o) Cardiólogo que participaban en el análisis del comportamiento de la cardiopatía isquémica en la APS del paciente isquémico: cuando el cardiólogo refirió que participaba.
- (p) Cardiólogo que registra pacientes isquémicos hospitalizados: cuando el cardiólogo mostró esta información.
- (q) Cardiólogo que registra pacientes isquémicos inestables: cuando mostró esta información.
- (r) Cardiólogo que registra pacientes isquémicos fallecidos: cuando mostró esta información.
- (s) Cardiólogo que registra pacientes isquémicos fallecidos extrahospitalarios: cuando el cardiólogo mostró esta información.

- (t) Cardiólogo que registra pacientes isquémicos fallecidos necropsiados: cuando el cardiólogo mostró esta información.
- (u) Cardiólogo que registra pacientes isquémicos fallecidos con correlación diagnóstica: cuando el cardiólogo mostró esta información.
- (v) Cardiólogo que controlaba los indicadores relacionados con el comportamiento de la cardiopatía isquémica en la APS: cuando mostró que los controlaba.
- (w) Cardiólogo que ofrece referentes teóricos-prácticos relacionados con la cardiopatía isquémica al MGI del área que le corresponde: cuando el cardiólogo evidenció esto.
- (x) Cardiólogo con historias clínicas individuales adecuadas de sus pacientes isquémicos (APS): cuando el cardiólogo mostró que disponía de éstas.

La información se procesa por el método computacional, y se emplea el porcentaje como medida de resumen.

RESULTADOS

Se caracteriza el proceso de la atención médica al paciente isquémico; muchos indicadores se evaluaron como "inadecuados", lo que manifiesta deficiencias en la labor del MGI en su atención al paciente isquémico en la APS, y se vislumbran insuficiencias en sus acciones para modificar el perfil de morbilidad de la cardiopatía isquémica y promover la salud, particularmente en aquellas acciones que debieran dirigirse al individuo sano o sano con riesgo de enfermar.

Se refleja, además, una inadecuada comunicación y vinculación de la labor del MGI con la del cardiólogo y la ASS, en general, lo que limita el cumplimiento de las operaciones o tareas necesarias para satisfacer el objetivo que prioriza la Dirección Nacional de Salud, el cual precisa que se establezca una estrecha coordinación de trabajo entre ambos tipos de profesionales y niveles de atención médica, en concordancia con la población que deben atender, a fin de garantizar la educación para su salud y la atención integral, las acciones preventivas orientadas para los diferentes grupos de población y el desarrollo de interconsultas entre éstos.⁵

A partir de los resultados podemos afirmar que existen deficiencias en el proceso atencional al paciente isquémico en las instituciones de salud evaluadas, las que se centran, fundamentalmente, en las acciones que debe desempeñar el profesional con relación al nivel de atención a la salud en el que despliega su actuación.

DISCUSION

Uno de los objetivos del MINSAP es vincular la atención cardiológica a las actividades de la APS como premisa fundamental para elevar la calidad de la atención que se brinda a todos los grupos de población y reducir la morbilidad por las enfermedades cardiovasculares, fundamentalmente de la cardiopatía isquémica. La dinámica de esta atención precisa una estrecha vinculación del cardiólogo con la atención primaria, con el médico de familia, para desarrollar con éxito las actividades de promoción y prevención, diagnóstico y vigilancia del estado de salud y satisfacer la atención integral con calidad a las personas, la familia y la comunidad, habida cuenta de que los médicos de familia son los primeros responsables de la salud de la población y deben mantener el control de los aspectos relativos a la salud general.

La información reflejada caracteriza los resultados de la atención al paciente isquémico en la etapa evaluada, y permiten establecer que éstos no son satisfactorios, lo cual observamos estuvo determinado, principalmente, por la necesidad de perfeccionar la labor del profesional en ambos niveles de atención a la salud, prioritariamente respecto a la necesidad de proyectar su desempeño profesional hacia el nivel de atención primaria a la salud.

Estos resultados reflejan la necesidad de elevar la participación profesional en el "fomento de salud", visto esto como un proceso social dirigido a controlar los factores determinantes de la salud y a identificar los individuos susceptibles de riesgo, para ofrecerles protección individual; es menester, pues, incrementar las funciones en la atención primaria, para lo cual se hace imperioso que los profesionales comprendan que lo más importante no es tratar a los enfermos sino fomentar la salud en las personas.

El marco conceptual formalizado sobre "calidad de los servicios" ha estimulado a los encargados de la toma de decisiones y a los líderes internacionales que monitorizan los servicios de salud a medir y mejorar la calidad de dichos servicios.^{6,7} Durante el proceso de integrar este concepto se han emprendido diferentes investigaciones cuyos objetivos se enmarcan desde la utilización de los servicios⁸⁻¹⁰ y satisfacción de la población¹¹ hasta la utilización de políticas terapéuticas.^{12,13}

La falta de cumplimiento de algunos de estos requisitos crea deficiencias permanentes en la calidad de los servicios y genera una actitud conformista en el colectivo de trabajadores, que llega a considerar que los defectos en el resultado del trabajo son ligeros y naturales, lo cual deriva hacia un costo social y económico que se traduce en el aumento de la morbilidad e invalidez.

El problema de la cardiología como ciencia es la necesidad de promover salud y prevenir la enfermedad isquémica del corazón en el individuo sano o sano con riesgo, y de diagnosticar, tratar y rehabilitar a aquellos afectados, por lo que como

especialidad se ubica tanto en el nivel primario como en el secundario de la atención a la salud; pero el objeto fundamental de su atención tiene que ser, y así lo concebimos, el individuo sano y sano con riesgo de enfermar, a fin de promover su salud y elevar su calidad de vida; de ahí que su proyección contemporánea sea, prioritariamente, hacia el nivel primario de atención y hacia el cual se proyecta la dirección nacional de salud en Cuba, lo que valida la actualidad de la información recopilada en este estudio.

CONCLUSIONES

1. La calidad del proceso atencional al paciente isquémico se calificó como inadecuada durante el 2001.
2. Las insuficiencias precisadas en el proceso atencional al paciente isquémico se relacionan con limitaciones en la estructura disponible para satisfacer este proceso, lo cual impacta significativamente en los resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Donabedian A. Garantía y monitorización de la calidad de la atención médica: un texto introductorio. Williamsburg. Conference Report. 1988: 99-143.
2. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. The Regents of the University of Michigan, 1988: 19-31.
3. Hadad HJ, Rams AM, Ochoa DG. Nuevos escenarios, tendencias y enfoques en la garantía de la calidad de la atención médica en Cuba. Rev Cub Salud Pub 1993; 11(1): 57-67.
4. Cuba, Ministerio de Salud Pública. Dirección Provincial de Salud Pública Guantánamo. Departamento de Estadísticas de Salud. Libro resumen 2001:1-10.
5. Cuba, Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional para la Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Cardiopatía I squémica. Ciudad de la Habana, 2000.
6. Cuba, Ministerio de Salud Pública. Viceministerio de Docencia e Investigaciones. Orientaciones generales para la celebración del Forum Ramal de salud en centros, municipios, provincias y nación. Comisión Central del Forum. Ciudad Habana, 15 de septiembre del 1997.
7. Cuesta AG, Blanco OO. Calidad para todos. Ciudad Habana. El Ministerio de la Construcción, 1989:1-6.
8. Velasco C, Quintana C, Jave G, Tomas LA, Baluz P. Calidad de los servicios de anticoncepción en el Alto, Bolivia. Rev Panam Salud Pública 1999; 5(6): 411-418.

9. Varona PP, Ojeda MV, Murla PA, Bonet MG, Fernández EM, Báez RM, Rodríguez FC. Calidad de la atención primaria en el paciente asmático. Rev Cub Med Gen Int 1998; 14(1): 58-66.
10. Armas NBA, Ramos IV, Moria PA, Sosa IL, Rodríguez AS. Evaluación de algunos aspectos del Programa Nacional de Prevención de la conducta suicida. Municipio Playa, 1995. Rev Cub Hig Epidemiología. 1999; 36(2): 105-120.
11. Finger WR. Mejoras en los servicios y la perspectiva del cliente. Network (en español) 1998; 19(1): 10-13.
12. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación para el planeamiento de programas de educación para la salud. Washington: Serie Paltex, 1996; 18:1-5.
13. Capdezuñer, YM. Farmacovigilancia en el tratamiento de la hipertensión arterial en pacientes hipertensos. Tesis de Medicina Interna, Guantánamo, 2000.

TABLA 1. CARACTERIZACION DEL PROCESO ATENCIONAL DEL MGI AL PACIENTE ISQUEMICO A NIVEL PRIMARIO DE ATENCION A LA SALUD.

CRITERIOS	VALOR OBSERVADO		EVALUACION *
	NO.	%(N=44)	
REGISTRAN ISQUEMICOS A ASISTIR	44	100.0	A
REGISTRAN A ISQUEMICOS A ASISTIR	0	0	I
FUNCIÓN LOCAL REHABILITACION	0	0	I
SATISFACTORIA RELACIÓN C. AREA	8	18.2	I
FUNCIÓN A PPU	44	100.0	A
FUNCIÓN A CONSULTA CAR. AREA	12	27.3	I
COBERTURA A CONSULTA AREA	0	0	I
REALIZAN INTERCONSULTAS AREA	0	0	I
IDENTIFICAN CONOCIMIENTO CI	0	0	I
DIAGNOSTICAN CI EN SU POBLACION	36	81.8	I
PESQUISAN CI EN SU POBLACION	44	100.0	A
REGISTRAN DETERMINANTES CI	0	0	I
EDUCACION SALUD CI/POBLACION	32	72.7	I
PROMOCION SALUD POBLACION GRAL.	30	68.2	I
PROMOCION SALUD SANOS/RIESGO	20	45.5	I
EVALUAN RESULTADOS EDUCACION	0	0	I
VISITAN HOGAR PACIENTE ISQUEMICO	44	100.0	A
REGISTRAN ISQUEMICOS TRATAMIENTO	0	0	I
EVALUAN Y SIGUEN AL ISQUEMICO/C	0	0	I
REHABILITAN A SUS PACIENTES TRATAMIENTO INTEGRAL ISQUEMICO	0	0	I
RECIBIDO TEORIA CI POR C AREA	36	81.8	I
PARTICIPAN ANALISIS CI EN SU AREA	0	0	I
CONTROLAN INDICADORES DE CI	6	13.6	I
CON HISTORIAS CLINICAS A	0	0	I
FUNCION A COMITE ECNT	56	81.8	I
Función A comité de fallecidos	44	100.0	A
Función A anatomía patológica	44	100.0	A

TABLA 2. CARACTERIZACION DEL PROCESO ATENCIONAL AL PACIENTE ISQUEMICO AL NIVEL PRIMARIO SEGUN ACTIVIDADES DEL CARDIOLOGO.

CRITERIOS	VALOR OBSERVADO		EVALUACION *
	NO.	%(N=6)	
VINCULADOS A LA APS	6	100.0	A
REGISTRAN ISQUEMICOS DE APS	0	0.0	I
REGISTRO ISQUEMICOS APS A	0	0.0	I
RELACIÓN SATISFACTORIA MGI	6	100.0	A
INTERCONSULTAS CON MGI	0	0.0	I
IDENTIFICAN CONOCER CI POBLACION	0	0.0	I
PESQUISAN CI	0	0.0	I
REGISTRAN DETERMINANTES CI	0	0.0	I
EDUCAN SOBRE CI	6	100.0	A
PROMOCION/PREVENCIÓN CI POBLACION	0	0.0	I
PROMOCION SOBRE CI SANOS/RIESGO	0	0.0	I
EVALUAN RESULTADOS EDUCACION	0	0.0	I
CONTROLAN ACTIVIDADES REHABILITAR	6	100.0	A
EVALUAN/SIGUEN PACIENTES/MGI	0	0.0	I
PARTICIPAN ANALISIS CI APS	0	0.0	I
CONTROLAN INDICADORES CI	0	0.0	I
OFRECEN TEORIA/PRACTICA CI MGI	0	0.0	I
HISTORIAS ISQUEMICOS A	0	0.0	I

LEYENDA: (*): Estándar de Evaluación 85%; APS: Atención Primaria a la Salud; CI: Cardiopatía Isquémica; MGI: Médico General Integral; A: Adecuado; I: Inadecuado