

Capacidad resolutive de los servicios de urgencias en la atención primaria

Resolutive capacity of the emergency services in primary health care

José Díaz Novás^I; Nancy Guinart Zayas^{II}

^IEspecialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Titular. Policlínico Docente Lawton, municipio Diez de Octubre, La Habana, Cuba.

^{II}Especialista de I Grado en Medicina Interna. Asistente. Policlínico "Diego Tamayo", municipio Habana Vieja, La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo y retrospectivo con vistas a identificar la capacidad resolutive de los servicios de urgencias del Policlínico Docente Lawton durante el año 2005. Se encontró una elevada capacidad resolutive, pues fue remitido solo el 1,37 % de los casos vistos y el 28,69 % de los observados. La mayoría de los casos se remitieron por: la severidad o gravedad de su afección, no presentar mejoría después de un período de observación y tratamiento, dificultades en el diagnóstico, requerimientos terapéuticos, la necesidad de valoración por otros especialistas, o por necesidad de exámenes solo disponibles en el hospital. Se requieren nuevos estudios para valorar la capacidad resolutive de los servicios de urgencias en la atención primaria.

Palabras clave: Capacidad resolutive, servicios de urgencias, atención primaria.

ABSTRACT

An observational descriptive and retrospective study was undertaken aimed at identifying the resolutive capacity of the emergency services at Lawton Teaching Polyclinic during 2005. An elevated resolutive capacity was found since only 1.37 % of the cases seen and 28.69 % of the cases observed were referred. Most of these

cases were referred due to the severity of their affection, to the lack of improvement after a period of observation and treatment, to difficulties to make the diagnosis, to therapeutic requirements, to the need of assessment by other specialists, or to the necessity of doing tests that are only available in the hospital. New studies are required to evaluate the resolute capacity of the emergency services in primary health care.

Key words: Resolute capacity, emergency services, primary health care.

INTRODUCCIÓN

Por las características de la atención médica de urgencia en el Sistema Nacional de Salud, podemos considerar que tiene una individualidad propia que permite considerarla como un subsistema dentro del sistema nacional. Su importancia es de todos conocida, para ejemplificarla mencionemos solo un dato: en el año 2005 se brindaron un total de 20 792 319 consultas de urgencia en el país (1,8 x hab), y de ellas el 57,2 % en la atención primaria.¹

Cuando se crea el Sistema Integrado de Urgencias Médicas (SIUM) de Cuba, se plantea que su misión es "brindar la atención lo más próxima posible al paciente de manera precoz, eficaz, calificada, regionalizada y estratificada por prioridades, dependiendo del tipo de urgencia y eslabonando las necesidades del paciente, para una mayor satisfacción y eficiencia, evitando traslados y gastos innecesarios. Por ese objetivo se trabaja para incrementar la capacidad resolutiva del sistema, cada vez más hacia la periferia".²

Los diferentes niveles de atención de urgencia deben estar interrelacionados, tener un uso adecuado y brindar una atención escalonada al paciente, que debe ser valorado en el nivel primario, y solo remitido al secundario o terciario, en los casos necesarios.³ El objetivo del presente trabajo es identificar la capacidad resolutiva de los servicios de urgencias del Policlínico Docente Lawton durante el año 2005.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo sobre la capacidad resolutiva de los servicios de urgencias del Policlínico Docente Lawton durante el año 2005.

Se revisaron las hojas de cargo de las consultas de los servicios de urgencias y de los pacientes observados en el Cuerpo de Guardia durante el año 2005. De estas se tomaron los datos siguientes:

- Total de casos vistos en consultas de urgencias.
- Diagnóstico, causa o motivo de consulta.
- Total de casos remitidos y su diagnóstico.
- Total de casos observados y su diagnóstico.

- Total de casos remitidos de los vistos en consulta y de los observados, así como, sus diagnósticos respectivos.

Se escogieron al azar 10 semanas que fueron las siguientes: las que transcurrieron entre el 9 y el 15 de Enero, entre el 13 y el 19 de Febrero, entre el 20 y el 26 de Marzo, entre el 3 y el 9 de Abril, entre el 22 y el 28 de Mayo, entre el 10 y el 16 de Julio, entre el 21 y el 27 de Agosto, entre el 18 y el 24 de Septiembre, entre el 30 de Octubre y el 5 de Noviembre, y entre el 4 y el 10 de Diciembre. En estas semanas se pesquisaron los casos en que el médico de guardia había indicado ingreso en el hogar, así como, el diagnóstico de estos pacientes, también se identificaron las causas de remisiones en esas 10 semanas. Todos los datos obtenidos fueron introducidos en una computadora IBM compatible, se confeccionaron tablas que fueron tratadas porcentualmente y que nos permitieron exponer los resultados obtenidos de acuerdo con los objetivos propuestos.

RESULTADOS

Con respecto a las remisiones ([tabla 1](#)) la neumonía, las crisis agudas de asma bronquial (CAAB), los traumas y heridas, las arritmias, la angina inestable y la insuficiencia cardíaca resultaron las más frecuentes. Las 10 primeras causas representaron más de la mitad de los casos remitidos.

El 98,63 % de los casos vistos por urgencia tuvieron solución en la atención primaria ([tabla 2](#)). En los 20 diagnósticos más frecuentes el porcentaje de solución sobrepasó el 90 %, y en 17 de estos el 95 %.

En la [tabla 3](#) vemos que el porcentaje de solución de los casos atendidos en observación fue de 71,31 %, con las crisis hipertensivas y las de asma con el mayor porcentaje de solución, y la angina inestable y la insuficiencia cardíaca con el menor.

Las infecciones respiratorias agudas (IRA), las enfermedades diarreicas agudas (EDA), la neumonía, la sepsis urinaria y la hipertensión descompensada fueron, en las semanas analizadas y por ese orden, los principales motivos de ingresos domiciliarios en los pacientes atendidos por urgencia ([tabla 4](#)).

En las 10 semanas estudiadas, la neumonía, las crisis de asma, las arritmias, el síndrome febril y los traumatismos y heridas fueron las causas más comunes de remisión ([tabla 5](#)).

DISCUSIÓN

En relación con las remisiones efectuadas al hospital, son realizadas por la severidad de la enfermedad, la necesidad de interconsultas con especialistas no disponibles en el policlínico, por ciertas investigaciones, o debido a tratamientos o de observación prolongada del paciente. Nuestras principales causas de remisión al hospital fueron procesos que por sus características (gravedad, incertidumbre en el diagnóstico, ausencia de mejoría después de un período de observación y tratamiento, necesidad de tratamiento especializado o de ingreso hospitalario, etc.) requerían de esa decisión. Es de señalar que de las causas de remisión más frecuentes, 4 fueron afecciones cardiovasculares, 2 respiratorias, 1 cerebrovascular,

1 traumatológica y 2 con incertidumbre en el diagnóstico (el síndrome febril y el dolor precordial), que pueden ser producidas por enfermedades graves.

En estas causas de remisión están representadas la primera, tercera, cuarta y quinta causas de muerte de Cuba, además de un componente importante (asma bronquial) de la séptima.¹ Nuestros resultados están acordes con los de otros estudios similares.^{3,4} Es de señalar también, que son muy similares los diagnósticos de las remisiones con los de las principales causas de egresos hospitalarios del país,² lo que podría sugerir que muchos de los casos remitidos son ingresados.

La capacidad resolutive de los servicios de urgencias en la atención primaria ha aumentado con la incorporación de recursos (medicamentos, tecnología, etc.) y la capacitación del personal que trabaja en ellos.⁵ Prueba de esto es que el 98,63 % de los casos atendidos en los servicios de urgencias del Policlínico Docente Lawton encontraron solución allí, y se remitió solo el 1,37 % de los pacientes vistos. Este resultado es superior al 97,1 % de solución de un estudio anterior,⁴ y similar al 98,7 % de otro.³

Las afecciones de mayor afluencia al cuerpo de guardia, como las IRA, EDA, CAAB, hipertensión arterial y cefaleas, fueron resueltas en más del 98 % de los casos, lo cual concuerda con otros estudios.⁴ Los casos con un menor porcentaje de solución fueron los traumas y heridas (que incluyen politraumas, fracturas y heridas que pueden ser extensas) muchas veces con necesidad de valoración quirúrgica o investigaciones especiales. Estos problemas también se comportaron de forma similar en otro estudio revisado.⁴

El dolor precordial, por su posible trascendencia, requerimientos de evaluación diagnóstica, necesidad de un período de observación prolongado y exámenes para precisar su etiología, también fue de los que menos porcentaje de solución alcanzó, al igual que la diabetes mellitus descompensada, que muchas veces necesita de un período de observación y tratamiento prolongado para compensarla.

Un estudio más profundo sobre la capacidad resolutive de los servicios de urgencias en la atención primaria, comprendería un análisis de los casos vistos para comprobar si la atención recibida fue la correcta, según los conocimientos actuales, y un seguimiento para cerciorarse si el paciente verdaderamente resolvió su problema urgente, y no tuvo que concurrir de nuevo a ese o a otro servicio de urgencias, a veces en el mismo día, por no tener mejoría, o si la tuvo y solo fue transitoria. No es muy raro observar a pacientes asmáticos que visitan hasta varias veces en un mismo día el mismo o diferentes servicios de urgencias, porque sus síntomas se mantienen o solo experimentan mejoría transitoria, debido a que la terapéutica recibida fue insuficiente o inadecuada para sus necesidades.

Aunque en nuestro trabajo y en otros revisados^{3,4,6} el criterio de valoración de la capacidad resolutive de los servicios de urgencias fue que el paciente no tuvo que ser remitido al hospital, queda para el futuro la propuesta de una nueva investigación más profunda sobre la capacidad resolutive de los servicios de urgencias primarios y la calidad de la atención que en ellos se brinda.

Algunas veces escuchamos quejas de los colegas del hospital porque les remiten muchos casos del policlínico. Este estudio desmiente esa creencia, porque casi el 99 % de los casos vistos no son remitidos al hospital, pero además, cuando revisamos el anuario estadístico,¹ vemos la notable disminución de las atenciones de urgencias en los hospitales (de 12 160 548 en 1980, a 8 778 852 en 2005) en los últimos 25 años. En un estudio anterior³ el 89 % de los pacientes que concurren al servicio de urgencias del Hospital "Dr. Luis Díaz Soto" lo hicieron espontáneamente sin

pasar por el policlínico. *Escalona*⁷ encontró resultados parecidos en su trabajo. Datos de otros países⁸ indican una tendencia similar, por lo que podemos plantear que si hay sobrecarga de pacientes en los cuerpos de guardia de los hospitales, la causa más probable sea la asistencia espontánea de pacientes a esos servicios, muchas veces con problemas de salud que pueden ser resueltos en la atención primaria.^{3,6,9}

La educación de los pacientes en las funciones y uso adecuado de los servicios de urgencias, el fortalecimiento de la atención en los policlínicos (incluyendo la de urgencia), con el aumento de su prestigio en la población, son, entre otras medidas a implementar, las que pueden ayudar a mejorar la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios. Aunque no debe olvidarse que la tradición de la buena atención hospitalaria, unida al atractivo que ejerce la moderna tecnología y poder ser atendido sin demora por especialistas variados, atrae a múltiples pacientes.

Las camas de observación en los cuerpos de guardia de los policlínicos permiten la vigilancia y el tratamiento de los casos pertinentes, dando, además de un mejor servicio, la posibilidad de resolver algunos de ellos y evitar las remisiones al hospital. En el presente estudio vemos que se observaron múltiples casos para tratamiento y evolución diagnóstica, y la mayoría de los pacientes observados encontraron solución en el policlínico (71,31 %), y los otros fueron remitidos al hospital, después aplicar las medidas terapéuticas iniciales tendientes a mejorar su estado, debido a que no mejoró su estado, por necesitar ingreso hospitalario, otras evaluaciones diagnósticas, alguna terapéutica específica, la valoración por especialistas del hospital, o por la necesidad de algún examen de urgencia solo disponible en el hospital, etcétera.

Entre los pacientes observados resultó que la angina inestable, la insuficiencia cardiaca, las arritmias, el dolor abdominal, el precordial y la diabetes descompensada fueron los casos que tuvieron un menor porcentaje de solución en el policlínico, lo que es explicable por la potencial gravedad de estas afecciones, la necesidad de exámenes, las valoraciones por otros especialistas y por la necesidad de períodos de atención más prolongados. Los pacientes con crisis hipertensivas y asmáticas, que constituyeron las 2 causas más frecuentes de observación, no necesitaron ser remitidos a los hospitales en más del 90 % de los casos, ya que habitualmente resuelven con la atención de urgencia en el policlínico.

El ingreso en el hogar surge con el comienzo de la medicina familiar en nuestro país, y posibilita que en los casos necesarios y donde se reúnan las condiciones adecuadas,¹⁰⁻¹³ se pueda dar un seguimiento, observación y tratamiento continuo a pacientes con determinadas afecciones,^{14,15} lo que trae como consecuencia una rápida recuperación del paciente y el tratamiento en su propio medio, rodeado y atendido por sus familiares y amigos, entre otras ventajas. También ahorra ingresos en el hospital.

Muchas enfermedades pueden manejarse mejor con el ingreso en el hogar, sobre todo en los ancianos, tan sensibles a la separación de su medio. Incluso se ha demostrado en niños, que muchas afecciones pueden tratarse adecuadamente en el hogar.^{16,17} Las causas de ingresos en el hogar varían según los estudios realizados, pero muchas coinciden con las de nuestro trabajo.¹⁵

Para un óptimo funcionamiento de los servicios de urgencias en la atención primaria, se necesita una adecuada interrelación de estos con el consultorio del Médico de Familia y el hospital.¹⁸ La información debe fluir en todos los sentidos con la retroalimentación adecuada, y esto mejorará las referencias y contrarreferencias entre los servicios de urgencias del policlínico con los del hospital

y con los consultorios del Médico de Familia, en el caso de ingresos en el hogar y en pacientes que concurren al cuerpo de guardia con descompensaciones de sus procesos crónicos o por otras causas. La atención al paciente debe ser escalonada, y solo remitirlo a un nivel superior en caso necesario.

Las 10 causas principales de remisiones en las 10 semanas seleccionadas, son exactamente iguales a las 10 causas más frecuentes en todo el año, lo único que varía es la ubicación de algunas. También es similar el porcentaje que representaron estas del total. Si hacemos un análisis comparativo de las 10 primeras causas de ingresos en el hogar indicados por los médicos de guardia, vemos que 6 coinciden con las causas más frecuentes de remisión en las 10 semanas, por lo que puede sugerirse que el ingreso en el hogar podría disminuir las remisiones al hospital y los ingresos en esos centros. Los ingresos hospitalarios han disminuido en nuestro país de 16 x 100 hab en 1985 (1 año después de comenzar el Médico de Familia) a 10,1 x 100 hab en 2005.¹

CONCLUSIONES

La elevada capacidad resolutive de los servicios de urgencias en la APS está sustentada en la capacitación del personal que allí labora, el soporte tecnológico indispensable, la posibilidad de observar y tratar casos en el cuerpo de guardia y el uso adecuado del ingreso en el hogar. Se requieren estudios más profundos para valorar en su justa dimensión la capacidad resolutive.

Los casos remitidos se debieron a la severidad o gravedad de su afección, la no mejoría después de un período de observación y tratamiento, dificultades en el diagnóstico, requerimientos terapéuticos, necesidad de valoración por otras especialistas o de exámenes solo disponibles en el hospital, y a otras condiciones justificadas que requerían el envío de los pacientes al hospital.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2005. La Habana: 2006.p.11-2,77-8,94-7,129-32.
2. Ministerio de Salud Pública. Carpeta Metodológica del MINSAP: Estrategias y programas priorizados. La Habana: 1996.
3. Pereda Rodríguez J, Díaz Sánchez I, Pereda Rodríguez R, Sosa Acosta A. Filtro Sanitario en las urgencias médicas. Un problema a reajustar. Rev Cubana Med. 2001;40(3): 181-8. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol40_3_01/med05301.htm Consultado, diciembre 1ro. 2004.
4. Pérez Caballero MD, Díaz Novás J, Romero Villar R, Robayna Suárez G. Las urgencias en la atención primaria. Rev Cubana Med. 1985;24(2): 173-80.
5. Ministerio de Salud Pública. VII Reunión Metodológica del MINSAP. Carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar. La Habana: 1999.p.120-31.

6. Pereda Rodríguez J, Díaz Sánchez I, Pereda Rodríguez R. Urgencias clínicas. Comportamiento según gravedad. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001;17(4):329-35. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_4_01/mgi04401.htm Consultado, diciembre 1ro. 2004.
7. Escalona Reguera M. Estudio de los cuerpos de guardia de los hospitales. Rev Cub Adm Salud. 1981;7(4):378-88.
8. Aznar López M. Panorama de los servicios de urgencia. Mafre Med. 1993;4(Supl 1):9-14.
9. Pereda Rodríguez J, Díaz Sánchez I, Pereda Rodríguez R. Demanda de urgencias clínicas. Algunas variables de interés. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001;17(4):321-8. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_4_01/mgi03401.htm Consultado, diciembre 1ro. 2004.
10. Márquez Morales N, Jiménez Cangas L, Torres Díaz H. Costos y beneficios del ingreso en el hogar. Rev Cubana Med Gen Integr. 1998;14(5):445-9.
11. Saura de la Torre I, Hernández Vergel L, Rodríguez Brito M. Requisitos necesarios para el desarrollo del ingreso en el hogar como forma de atención ambulatoria. Rev Cubana Med Gen Integr. 1998;14(5):479-83.
12. Saura de la Torre I, Hernández Vergel L, Rodríguez Brito M. Ventajas del ingreso en el hogar como forma de atención ambulatoria. Rev Cubana Med Gen Integr. 1998;14(5):494-8.
13. Naranjo Ferregut J, Delgado Cruz A, Forcellado Llano C, Camejo Macías M. Aspectos metodológicos del ingreso en el hogar. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000;16(6):606-8.
14. Vera Miyar C, Fernández Aspiolea E, Alfonso Freyre J, Basanta Marrero L, Zuazaga Cabrera G. Comportamiento del ingreso en el hogar. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001;17(5):429-34.
15. Reyes Sigarreta Migdalia Rafaela, Garrido García Rolando José, Villán María Teresa, Díaz Castellón María de los Ángeles. Distribución de las principales causas de morbilidad por ingresos domiciliarios en el municipio Cerro durante el año 2000. Rev Cubana Med Gen Integr [periódico en la Internet]. 2003 Abr [citado 2006 Mar 15] ; 19(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000200005&lng=es&nrm=iso.
16. Robayna Suárez G, Campillo Molina R. Morbilidad y manejo de las infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. Rev Cubana Pediatr. 2003;75(3).
17. Álvarez Rodríguez A, Aguilar Hernández I, Capote Rodríguez A, Ortiz Silva O, Barrios Rodríguez J. Infección bacteriana severa en niños febriles. Parámetros predictivos. Rev Cubana Pediatr. 1997;69(3-4):179-86.
18. Rojas Ochoa Francisco. La necesidad de una adecuada interrelación consultorio-policlínico-hospital. Rev Cubana Med Gen Integr [periódico en la Internet]. 2002 Oct [citado 2006 Jul 14] ; 18(5): 307-309. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000500001&lng=es&nrm=iso.

Recibido: 6 de abril de 2007.

Aprobado: 25 de julio de 2007.

José Díaz Novás. Policlínico Docente Lawton. Avenida Camilo Cienfuegos y calle 10, Lawton, municipio Diez de Octubre, Ciudad de La Habana, Cuba. E mail: jose.diaz@infomed.sld.cu

Tabla 1. Remisiones efectuadas. Policlínico Lawton

	Diagnóstico	No.	%
1	Neumonía	65	8,06
2	CAAB	53	6,58
3	Traumas y heridas	51	6,33
4	Arritmias cardíacas	47	5,83
5	Angina inestable	42	5,21
6	Insuficiencia cardíaca	41	5,09
7	Dolor precordial	39	4,84
8	Síndrome febril	37	4,59
9	AVE	36	4,47
10	Crisis HTA	36	4,47
	Subtotal	447	55,46
	Otras	359	44,54
	Total	806	100,00

Fuente: Hojas de cargo.

Tabla 2. Diagnóstico de consulta, remisiones y por ciento de soluciones

	Diagnóstico	No.	Remitidos	% solución
1	IRA	6 933	31	99,95
2	CAAB	5 766	53	99,08
3	HTA	4 059	36	99,11
4	EDA	2 001	33	98,35
5	Cefaleas	1 993	10	98,5
6	Sepsis urinaria	1 417	12	99,15
7	Traumas y heridas	977	51	94,78
8	Sacrolumbalgia	859	8	99,07
9	Síndrome febril	831	37	95,55
10	Dolor abdominal	798	24	96,99
11	Dolor precordial	766	39	94,91
12	T. ansioso depresivo	687	11	98,40
13	Lipotimia/hipotensión	468	2	99,57
14	Cardiopatías	459	20	95,64
15	Infecciones de la piel	456	2	99,56
16	Dispepsia/vómitos	453	2	99,56
17	Osteoartritis	405	2	99,51
18	Cólico nefrítico	371	11	97,04
19	Diabetes	332	21	93,67
20	Reacción alérgica	291	7	97,59
	Subtotal	30 322	412	98,64
	Otras	28 325	394	98,61
	Total	58 647	806	98,63

Fuente: Hojas de cargo.

Tabla 3. Casos observados, remisiones y por ciento de solución

	Diagnósticos observados	No.	Remitidos	% de solución
1	CAAB	561	53	90,55
2	Crisis HTA	495	36	92,73
3	Dolor precordial	131	39	70,23
4	Arritmias	101	47	53,47
5	Diabetes descompensada	78	21	73,08
6	Insuficiencia cardiaca	70	41	41,43
7	Cólico nefrítico	63	11	82,54
8	Dolor abdominal	58	24	58,62
9	Intoxicación exógena	51	11	78,43
10	Angina inestable	50	42	16,00
	Subtotal	1 658	325	80,40
	Otras causas	625	330	47,20
	Total	2 283	655	71,31

Fuente: Registro de atendidos en observación.

Tabla 4. Ingresos domiciliarios indicados por el médico de guardia (10 semanas)

	Afección	No.	%
1	IRA	38	13,92
2	EDA	33	12,09
3	Neumonía	28	10,26
4	Sepsis urinaria	27	9,89
5	HTA descompensada	25	9,16
6	Asma bronquial	21	7,69
7	Síndrome febril	17	6,23
8	DM	15	5,49
9	Insuficiencia cardiaca	13	4,76
10	Cardiopatía isquémica	12	4,40
	Subtotal	229	83,89
	Otras	44	16,11
	Total	273	100,00

Fuente: Hojas de cargo.

Tabla 5. Causas de remisiones en 10 semanas

	Diagnóstico	No.	%
1	Neumonía	13	8,85
2	CAAB	11	7,49
3	Arritmias	9	6,12
4	Síndrome febril	9	6,12
5	Trauma y heridas	9	6,12
6	Angina inestable	8	5,44
7	Dolor precordial	7	4,76
8	Insuficiencia cardiaca	7	4,76
9	Crisis HTA	7	4,76
10	AVE	6	4,08
	Subtotal	86	58,50

Fuentes: Hojas de cargo.