



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY



Auditoría de la gestión asistencial de una unidad especializada en insuficiencia cardíaca.

Integrantes:

Juan Manuel Largher

Juan Pedro Idiarte Borda

Sofía Aurucci

Johanna Pintos

Sebastián Lemos

Tutor: Prof. Adj. Dr. Pablo Álvarez Rocha

Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela

Unidad Multidisciplinaria de Insuficiencia Cardíaca

Ciclo de Metodología Científica II 2018

Grupo 76

Índice

→ Resumen y palabras clave.....	3
→ Introducción y justificación del problema.....	4
→ Objetivos.....	6
→ Materiales y métodos.....	7
→ Consideraciones éticas.....	12
→ Resultados.....	13
→ Discusión.....	16
→ Conclusiones.....	19
→ Referencias bibliográficas.....	20
→ Agradecimientos.....	21
→ Anexos.....	22

Resumen

La insuficiencia cardíaca (IC) posee una elevada prevalencia en nuestro medio, es por este motivo un correcto abordaje y diagnóstico de dicha patología, para poder realizar adecuadamente este objetivo existen Unidades Multidisciplinarias especializadas. Uruguay cuenta desde el año 2003 con la Unidad Multidisciplinaria de Insuficiencia Cardíaca (UMIC) en el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, la cual se rige por parámetros asistenciales preestablecidos. El fin de esta investigación se basa en poder detectar deficiencias en la Calidad de Gestión Asistencial de dicho servicio para una posible mejora en el abordaje de los pacientes con IC. Para la misma se contó con la participación del personal de la UMIC y los pacientes que de la misma. Se recolectaron las variables que se analizaran mediante grillas, evaluando la Gestión, la Consulta y la Historia Clínica Electrónica, con la obtención previa del consentimiento informado. A su vez se analizó la existencia de diferencias durante la consulta entre dos grupos comparables de médicos de la UMIC, uno conformado por médicos del staff y otro por médicos pasantes. La evaluación global la Calidad de Gestión Asistencial en la UMIC logró determinar que se ajusta adecuadamente a los parámetros de calidad, pero con algunas excepciones. Por otra parte no se observaron diferencias significativas en las características de la atención entre pasantes e integrantes de la UMIC salvo en el tiempo de duración de la consulta.

Palabras claves: Insuficiencia Cardíaca, Unidad Multidisciplinaria, Auditoría, Gestión Asistencial.

Introducción y justificación del problema

La insuficiencia cardíaca (IC) tiene una elevada prevalencia que varía según la edad de la población llegando a 10% en mayores de 70 años con una alta morbimortalidad, con una supervivencia menor a 50% a 5 años del diagnóstico¹.

La IC genera un alto costo sanitario, siendo las hospitalizaciones responsables de aproximadamente el 70% del gasto destinado a esta patología. La incidencia de reingresos es también muy elevada².

En 1995 se dio a conocer el trabajo de Rich y colaboradores, quienes concluyeron que la implementación de Unidades Multidisciplinarias en Insuficiencia Cardíaca disminuyó los reingresos un 56%, reduciendo los costos por paciente³.

En un metaanálisis publicado en 2004, revisando 29 estudios aleatorizados sobre intervenciones multidisciplinarias, Mc Allister y colaboradores concluyeron que las mismas reducen 25% la mortalidad y 25-34% y los ingresos por IC⁴.

La auditoría de servicios de salud tiene como objetivo garantizar la calidad de la atención en salud, contribuir con el mejoramiento de las condiciones de vida de la población y administrar de una forma eficiente los recursos.

Se han constatado resultados positivos para el equipo de salud y los pacientes con el desarrollo de auditorías para supervisar y controlar el cumplimiento de la buena práctica clínica de una institución o unidad^{5,6}.

En Uruguay desde el año 2003 existe la Unidad Multidisciplinaria de Insuficiencia Cardíaca (UMIC), integrada por un grupo de profesionales de la salud que pertenecen al Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, quienes forman un equipo multidisciplinario, guiados por los programas de manejo de enfermedades crónicas, para atender a los pacientes portadores de IC crónica con disfunción sistólica. La unidad consta de una policlínica especializada donde participan médicos internistas, cardiólogos, psiquiatra, ecocardiografistas, nutricionista, licenciada en enfermería y asistente social⁷. No existen publicaciones o informes de auditorías realizadas a este tipo de unidades especializadas en nuestro país.

Marco teórico

La insuficiencia cardíaca (IC) es el estadio terminal de múltiples patologías cardíacas. Es una situación grave, progresiva e irreversible a la que potencialmente pueden llegar la mayoría de los pacientes cardiopatas. No se trata de una enfermedad concreta, sino de un amplio síndrome de lo que surge la dificultad para establecer una única definición universalmente aceptada. Una de las más aceptadas establece que la IC es la incapacidad del corazón para bombear la sangre necesaria para proporcionar los requerimientos metabólicos del organismo, o bien cuando esto sólo es posible a expensas de una elevación de la presión de llenado ventricular⁸.

M. Packer propone una definición que acopla su fisiopatología con sus manifestaciones clínicas definiendo la IC como un síndrome clínico complejo que se caracteriza por anomalías de la función

ventricular izquierda y de la regulación neurohormonal, que conlleva intolerancia al ejercicio, retención de líquidos y disminución de la expectativa de vida⁹. Desde un punto de vista clínico, se entiende por IC el conjunto de síntomas y signos semiológicos que aparecen como consecuencia de la disfunción ventricular, de la afectación valvular o del aumento de la carga ventricular.

La IC tiene una elevada prevalencia, cercana a 1% en mayores de 40 años, duplicándose cada década de vida llegando a 10% en mayores de 70 años. Tiene una alta morbimortalidad, con una supervivencia a los 5 años del diagnóstico menor al 50%¹.

La IC es la primera causa de ingreso hospitalario en mayores de 65 años, generando un alto costo sanitario, siendo responsable de aproximadamente el 70% del gasto destinado a esta patología. El reingreso hospitalario es muy elevado, el 25% reingresa al mes del alta, el 50% reingresa en los siguientes 6 meses².

Debido al envejecimiento de la población y a la mejoría de la supervivencia en el tratamiento de las cardiopatías agudas, cada vez más personas desarrollan IC llevando a que muchos autoridades la consideren como una de las “epidemias del siglo xxi”.

Los grandes avances en medicina, permiten a los pacientes disfrutar de una mejor calidad de vida por más tiempo, recuperarse mejor y con mayor rapidez de las condiciones que los afectan.

En un reciente artículo americano se estima que entre 2012 y 2030 los costes sanitarios directos por IC aumentarán a más del doble por lo cual los autores plantean una futuro problema para el sistema sanitario estadounidense y para todos los sistemas sanitarios occidentales¹⁰.

Son necesarias nuevas estrategias para prevenir el desarrollo de IC, así como para mejorar la eficacia en su manejo. Por esto se crearon las unidades de IC, con distintos modelos organizativos para la asistencia de los pacientes con esta patología. Son programas multidisciplinarios basados en una mayor accesibilidad del paciente al sistema de salud que permita el diagnóstico y tratamiento precoz de las descompensaciones. Son modelos globales que tratan de abarcar todos los sucesos del proceso crónico. En las unidades de IC se favorece el protagonismo del paciente, fomentando el autocuidado mediante la educación sanitaria. La conexión hospitalaria con Atención Primaria, especialmente la continuidad de cuidados luego del alta es fundamental. La evidencia científica del uso de estas unidades es amplia. En 1995 se dio a conocer el trabajo de Rich y colaboradores, quienes concluyeron que la implementación de Unidades Multidisciplinarias en Insuficiencia Cardíaca disminuye los reingresos un 56%, reduciendo los costos por paciente³.

En un metaanálisis publicado en 2004, revisando 29 estudios randomizados sobre intervenciones multidisciplinarias, Mc Allister y colaboradores concluyeron que las mismas reducen 25% y 25-34% la mortalidad y los ingresos por IC respectivamente⁴.

Tanto en las últimas guías europeas de IC (2016) como en las de la Sociedad Americana de Cardiología de 2013 se recomienda, con grado de evidencia IA y IB, la necesidad de introducir al paciente con IC en programas de manejo multidisciplinarios que permitan un seguimiento adecuado con educación del paciente, optimización del tratamiento médico y apoyo psicosocial.^{11,12}

Los principales objetivos que poseen las unidades de IC son disminuir la mortalidad, reducir los reingresos hospitalarios, mejorar la calidad de vida de los pacientes y favorecer el autocuidado⁷. Para la Sociedad Española de cardiología existen distintos tipos de unidades, las que se pueden clasificar de acuerdo a su nivel de complejidad en: Unidad Comunitaria de Insuficiencia Cardíaca, Unidad Especializada de Insuficiencia Cardíaca. Unidad Avanzada de Insuficiencia Cardíaca¹³. Dentro de esta clasificación nos interesa la Unidad Especializada de Insuficiencia Cardíaca que es donde se llevará a cabo la investigación, la misma debe contar con un equipo donde participen médicos internistas, cardiólogos, psiquiatra, ecocardiografistas, nutricionista, licenciada en enfermería y asistente social⁷.

Una auditoría en salud es un proceso de evaluación sistemática de la calidad y la gestión de recursos en la atención en salud. Tiene como objetivo garantizar la calidad de la atención en salud, contribuir con el mejoramiento de las condiciones de vida de la población y administrar de una forma eficiente los recursos. La auditoría basada en evidencias utiliza como herramientas la bioestadística y la epidemiología, estas herramientas permiten conseguir informes con la finalidad de realizar propuestas y producir cambios hacia mejoras¹⁴.

Para supervisar y controlar el cumplimiento de la buena práctica clínica de una institución o unidad se han desarrollado auditorías en distintas partes del mundo, como recientemente se realizó en Corea del Sur y en la Universidad de King Saud, Arabia Saudita, en el 2017, donde se observaron resultados con un impacto positivo para el equipo de salud y para los pacientes^{5,6}.

Objetivos

Objetivo general:

- Evaluar la gestión asistencial de la UMIC.

Objetivos específicos:

- Comparar parámetros de calidad asistencial entre los integrantes permanentes del staff y médicos pasantes.

Materiales y Métodos

Tipo de estudio

Es un estudio observacional, analítico, transversal.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión: profesionales de la salud que intervienen en las consultas ambulatorias de la UMIC los días martes y jueves entre las 13 y 17 hs, durante el mes de Julio y Agosto.

Criterios de Exclusión: Consultas en que los participantes (profesionales de la salud o pacientes) no firmen el consentimiento informado (Anexo 1).

Hipótesis

Ho: La calidad asistencial en la UMIC no se ajusta a parámetros de calidad preestablecidos.

Ha: La calidad asistencial en la UMIC se ajusta a parámetros de calidad preestablecidos

Variables

1- **Nombre:** Tiempo de espera en la consulta.

Definición conceptual: Tiempo transcurrido entre la llegada del paciente a la sala de espera y el momento en que es atendido por un médico.

Operacionalización: Los investigadores utilizarán el cronómetro de sus respectivos teléfonos celulares para controlar el tiempo transcurrido.

Conjunto de valores: Tiempo de espera < 20 minutos (=SI); tiempo de espera > 20 minutos (=NO).

Tipo y escala: Cualitativa nominal.

2- **Nombre:** Tiempo de duración de la consulta.

Definición conceptual: Tiempo transcurrido entre el contacto del paciente con el médico y el final de la consulta¹⁵.

Operacionalización: Los investigadores utilizarán el cronómetro de sus respectivos teléfonos celulares para controlar el tiempo transcurrido.

Conjunto de valores: Tiempo de consulta < 20 minutos (=NO); tiempo de consulta > 20 minutos (=SI).

Tipo y escala: Cualitativa nominal.

3- **Nombre:** Diagnóstico realizado con ecocardiograma transtorácico (ETT).

Definición conceptual: Utilización del ETT para realización de diagnóstico de insuficiencia cardiaca del paciente.

Operacionalización: Se accederá a la historia clínica (HC) del paciente para constatar la realización de un ETT que confirme la presencia de insuficiencia cardiaca.

Conjunto de valores: Consta en la HC del paciente el resultado de un ETT (=SI); no consta en la HC del paciente el resultado de un ETT (=NO).

Tipo y escala: Cualitativa nominal.

4- **Nombre:** Factores de riesgo cardiovascular (CV).

Definición conceptual: Los factores de riesgo que se tomaron en cuenta son: tabaquismo, hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, dislipemias, sobrepeso/obesidad, alcoholismo, sedentarismo.

Operacionalización: Se accederá a la HC del paciente para constatar el registro de los factores de riesgo CV que presenta el paciente.

Conjunto de valores: Se registra en la HC del paciente la presencia o no de factores de riesgo CV (=SI); no se registra en la HC del paciente la presencia o no de factores de riesgo CV (=NO).

Tipo y escala: Cualitativa nominal.

5- **Nombre:** Comorbilidades

Definición conceptual: Se utilizará como referencia el índice de comorbilidad de Charlson.

Operacionalización: Se accederá a la HC del paciente para constatar si se registró el índice de Charlson.

Conjunto de valores: La HC del paciente cuenta con un índice de Charlson completo (=SI); la HC del paciente no cuenta con un índice de Charlson completo (=NO).

Tipo y escala: Cualitativa nominal.

6- **Nombre:** Antecedentes CV

Definición conceptual: Se tomarán en cuenta los siguientes antecedentes CV: enfermedad coronaria, valvulopatías, Fibrilación auricular, fiebre reumática, serología positiva para Chagas, cirugía cardíaca, presencia de: marcapasos, resincronizador cardíaco, cardio desfibrilador.

Operacionalización: Uno de los investigadores ingresará al consultorio junto al paciente y registrará si el médico le interroga acerca de sus antecedentes CV.

Conjunto de valores: Se indaga al paciente acerca de sus antecedentes CV (=SI); no se indaga al paciente acerca de sus antecedentes CV (=NO).

Tipo y escala: Cualitativa nominal.

7- **Nombre:** Antecedentes familiares.

Definición conceptual: Algún familiar directo del paciente (padre, madre, hermano) presenta algunas de las siguientes patologías: miocardiopatías, enfermedades valvulares, hipertensión arterial, hipercolesterolemia familiar, Diabetes Mellitus tipo 2.

Operacionalización: Uno de los investigadores ingresará al consultorio junto al paciente y registrará si el médico le interroga acerca de sus antecedentes familiares.

Conjunto de valores: Se indaga al paciente acerca de sus antecedentes familiares (=SI); no se indaga al paciente acerca de sus antecedentes familiares (=NO).

Tipo y escala: Cualitativa nominal.

8- **Nombre:** Antecedentes socio-económicos.

Definición conceptual: Situación de la vivienda del paciente (cuenta con saneamiento, agua potable, luz eléctrica), personas con las que vive, sustento económico del hogar, recibe ayuda o beneficio por parte del estado.

Operacionalización: Uno de los investigadores ingresará al consultorio junto al paciente y registrará si el médico le interroga acerca de sus antecedentes socio-económicos.

Conjunto de valores: Se indaga al paciente acerca de sus antecedentes socio-económicos (=SI); no se indaga al paciente acerca de sus antecedentes socio-económicos (=NO).

Tipo y escala: Cualitativa nominal.

9- **Nombre:** Exámenes complementarios

Definición conceptual: Exámenes paraclínicos que sirven para apoyar el diagnóstico inicial de insuficiencia cardíaca y para valorar posibles causas de descompensaciones. Tomaremos los siguientes exámenes: electrocardiograma basal y radiografía de tórax.

Operacionalización: Se accederá a la HC del paciente para constatar la realización de exámenes complementarios.

Conjunto de valores: Consta en la HC del paciente la realización de exámenes complementarios (=SI); no consta en la HC del paciente la realización de exámenes complementarios (=NO).

Tipo y escala: Cualitativa nominal.

10- **Nombre:** Controles clínicos

Definición conceptual: Controles realizados por enfermería previos a cada consulta. Se tomarán en cuenta: peso, talla, índice de masa corporal, perímetro abdominal y presión arterial.

Operacionalización: Uno de los investigadores ingresará junto al paciente a la enfermería y registrará si se realizan los controles clínicos por parte del personal de enfermería.

Conjunto de valores: Se le realizan los controles clínicos completos al paciente (=SI); no se le realizan los controles clínicos completos al paciente (=NO).

Tipo y escala: Cualitativa nominal.

11- **Nombre:** Análisis de laboratorio.

Definición conceptual: Exámenes de laboratorio que se deben solicitar a cada paciente con diagnóstico de insuficiencia cardíaca (hemograma, azoemia, creatininemia, ionograma, perfil lipídico, función tiroidea, hepatograma, crisis sanguínea, serología para Chagas, examen de orina, dosificación cuantitativa de BPN o NT-pro BNP).

Operacionalización: Se accederá a la HC del paciente para constatar si se le realizaron los análisis de laboratorio.

Conjunto de valores: Consta en la HC del paciente la realización de los análisis de laboratorio (=SI); no consta en la HC del paciente la realización de los análisis de laboratorio (=NO).

Tipo y escala: Cualitativa nominal.

12- **Nombre:** Examen físico

Definición conceptual: Exploración que practica el médico al paciente para obtener datos objetivos observables y medibles del estado de salud actual del paciente.

Consta de 4 técnicas que se realizan de forma sistemática y ordenada: inspección, palpación, percusión y auscultación¹⁶.

Operacionalización: Uno de los investigadores ingresará al consultorio junto al paciente y registrará si el médico le realiza un examen físico completo al paciente.

Conjunto de valores: El médico realiza un examen físico completo (=SI); El médico no realiza un examen físico completo (=NO).

Tipo y escala: Cualitativa nominal.

13- **Nombre:** Internaciones.

Definición conceptual: Hospitalizaciones previas del paciente, causas de las mismas y fechas correspondientes.

Operacionalización: Se accederá a la HC del paciente para constatar el registro de las internaciones que ha requerido el paciente.

Conjunto de valores: EL paciente tuvo ingresos y consta en la HC (SI); el paciente tuvo ingresos y no consta en la HC (=NO).

Tipo y escala: Cualitativa nominal.

14- **Nombre:** Tratamiento.

Definición conceptual: Conjunto de fármacos cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síndromes del paciente. Éste deberá incluir el nombre de los fármacos, sus dosis y forma de administración de los mismos.

Operacionalización: Se accederá a la HC del paciente para constatar el registro del tratamiento indicado.

Conjunto de valores: Consta en la HC del paciente el registro del tratamiento indicado (=SI); no consta en la HC del paciente el registro del tratamiento indicado (=NO).

Tipo y escala: Cualitativa nominal.

15- **Nombre:** Educación sanitaria.

Definición conceptual: Proceso a través del cual el médico educa al paciente respecto a conductas de salud destinadas a mejorar su calidad de vida y disminuir el número de complicaciones de su patología. Se incluirán aquí la educación acerca de: dieta, ejercicio físico, control del peso, consumo de alcohol, tabaquismo, consumo de drogas, inmunizaciones (antineumococo y antigripal).

Operacionalización: Uno de los investigadores ingresará al consultorio junto al paciente y registrará si el médico realiza educación sanitaria.

Conjunto de valores: El médico realiza una educación sanitaria (=SI); el médico no realiza una educación sanitaria (=NO).

Tipo y escala: Cualitativa nominal.

16- **Nombre:** Interrupciones sonoras durante la consulta.

Definición conceptual: Se considerará como interrupción sonora a todo ruido que dificulte la comunicación verbal durante la consulta. El sonido máximo aconsejable en un ambiente hospitalario según la OMS es de 40dB¹⁷

Operacionalización: Uno de los investigadores ingresará al consultorio junto al paciente, y utilizará una aplicación en su respectivo teléfono móvil midiendo los decibeles durante la consulta.

Conjunto de valores: se registraron valores superiores a 40 dB (=NO); no se registraron valores superiores a 40 dB (=SI)

Tipo y escala: Cualitativa nominal.

17- **Nombre:** Interrupciones físicas durante la entrevista.

Definición conceptual: Se considerará como interrupción física a cualquier persona ajena a la consulta que ingrese o al integrante de la UMIC que salga del consultorio o la utilización del teléfono celular por parte del médico.

Operacionalización: Uno de los investigadores ingresará al consultorio junto con el paciente y registrará la presencia de interrupciones físicas durante la consulta.

Conjunto de valores: Se presentaron interrupciones físicas durante la consulta (=NO); no se presentaron interrupciones físicas durante la consulta (=SI).

Tipo y escala: Cualitativa nominal.

Procedimiento para la recolección de datos

Método: observación

Técnica: auditoría

Instrumento de recolección:

Se utilizarán una serie de grillas (Anexo 2) anonimizadas irreversiblemente, las cuales contienen las variables a analizar. Las mismas constan en una grilla para el tiempo de espera de la consulta en la cual se anotan los tiempos de llegada de los pacientes y la hora en la cual los mismos ingresan a la consulta. Otra grilla registra la actividad realizada por enfermería previo a la consulta. Por último utilizaremos otra grilla durante la consulta con el resto de las variables identificando el tipo de médico como se detalla más adelante y si se trata de una primera consulta del paciente. En estas últimas dos grillas las variables serán marcadas por SI o NO de acuerdo a como se detallaron en sección variables. Se considerará médico tipo A a los médicos del staff permanente de la UMIC y médico tipo B a los médicos pasantes.

Materiales a utilizar

Para medir los decibeles durante la consulta se utilizará la aplicación “Sonómetro” (Sound Meter), la misma consiste en captar el sonido a través del micrófono del teléfono móvil registrando un mínimo y máximo de decibeles (dB) y calculando un promedio.

Se utilizará un cronómetro para medir el tiempo de espera a la consulta, y la duración de ésta.

Se accederá a la histórica clínica electrónica del paciente mediante la plataforma “Sistema de Información Médica de Insuficiencia Cardíaca” (SIMIC), mediante un acceso brindado por el Tutor de esta investigación, donde se encuentran registrados todos los pacientes que reciben atención médica en la UMIC, para comprobar los datos registrados por el médico.

Plan de análisis de los resultados

A fines del análisis de los datos las variables se integrarán en 3 grupos: Calidad de Gestión, Calidad de la Consulta y Calidad de la Historia Clínica Electrónica (HCE) y serán categorizados en Bueno, Aceptable o Insuficiente de acuerdo a una escala establecida por el grupo de investigación (Anexo 3). A su vez se analizarán las frecuencias absolutas de cada variable de forma independiente. Por otra parte, los médicos se clasificarán en dos grupos, A (médico pasante) y B (integrante permanente de la UMIC) y se buscará asociación de la calidad asistencial en cada grupo, mediante el test de Chi Cuadrado usando el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Beneficios esperados

Poder identificar fortalezas y debilidades con respecto al cumplimiento de las pautas aceptadas para el seguimiento clínico de los pacientes con insuficiencia cardíaca y obtener información que permita reforzar aquellos aspectos positivos de la gestión y rectificar los negativos.

De lograrse lo anterior se podrá brindar una mejor calidad de atención a los pacientes.

Consideraciones éticas

Se solicitó autorización por escrito a la directora del servicio de la UMIC para el análisis y estudio de los datos. Todas las evaluaciones que incluyó esta investigación son parte de la atención habitual de los pacientes que concurren a dicho servicio, estandarizadas en el mismo para el manejo y tratamiento de los pacientes con IC. No se incluyeron otros estudios o evaluaciones tanto a los pacientes como al personal de la UMIC. El protocolo fue aprobado por el Comité de Bioética del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Los datos se obtuvieron de la base de datos de la UMIC y han sido disociados para proteger su confidencialidad. Se obtuvo el consentimiento informado, firmado por pacientes y personal de la UMIC.

Resultados

Las consultas médicas incluidas en este estudio son 45 de las cuales 25 corresponden al grupo de médicos A y 20 al grupo de médicos B. Hay un franco predominio de mujeres en ambos grupos con una media de edad global de 36,5 años (Tabla 1).

En cuanto a las variables analizadas en el grupo Calidad de Gestión se obtuvo un promedio de 3,67, que de acuerdo a la escala utilizada se considera una calidad aceptable, destacándose que totalidad los pacientes atendidos en la UMIC durante el periodo de la investigación fueron valorados por enfermería y en todas las consultas auditadas hubo interrupciones sonoras (Gráfico 1).

Con respecto a las variables del grupo Calidad de Consulta se observa un promedio de 3,82 lo que corresponde a una calidad aceptable (Gráfico 2).

En relación al grupo de Calidad de HCE se destaca la obtención de un promedio de 9,3 lo cual se clasifica como buena calidad, categoría máxima de la escala utilizada. Se destaca dentro de este grupo el registro del 100% en cuanto al tratamiento de los pacientes (Gráfico 3).

En cuanto a la evaluación de los parámetros de Calidad de Consulta entre los integrantes del staff (Médico A) y médicos pasantes (Médicos B) los resultados demostraron que existen diferencias estadísticamente significativas en la variable Duración de Consulta (Tabla 2 y gráfico 4). En el resto de las variables no se observaron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 1. **Características demográficas de los Médicos Auditados**

		Médicos A	Médicos B	Global
Edad (promedio)		40,7	32,3	36,5
Sexo	Mujeres	7	3	10
	Hombres	3	2	5

Gráfico 1.

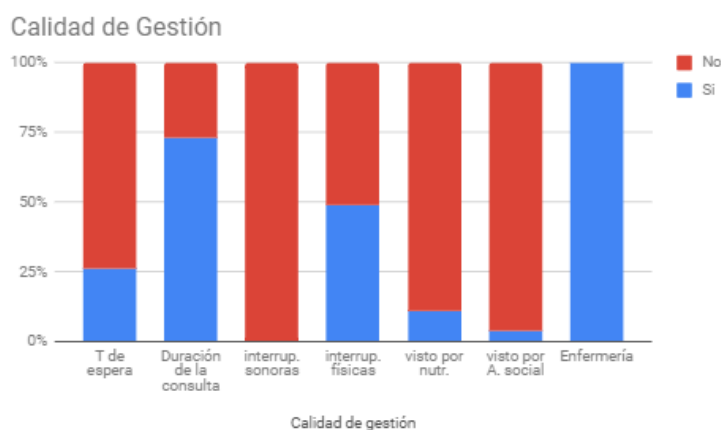


Gráfico 2.

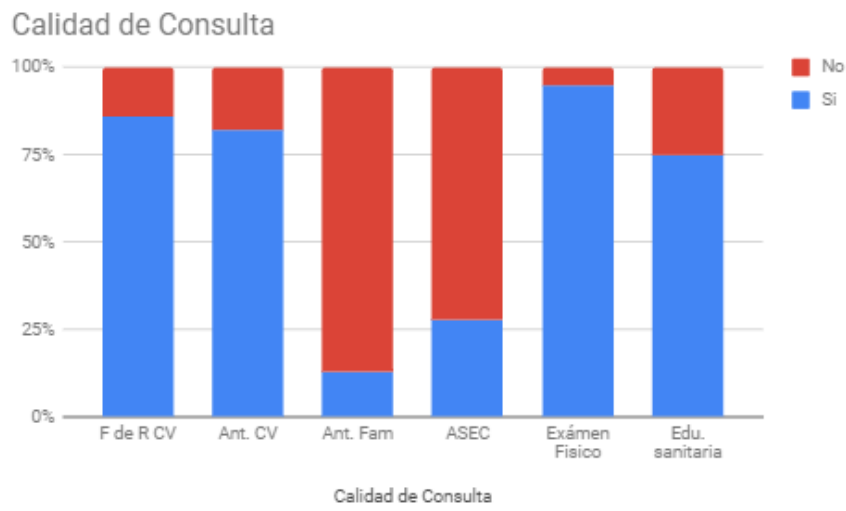


Gráfico 3.

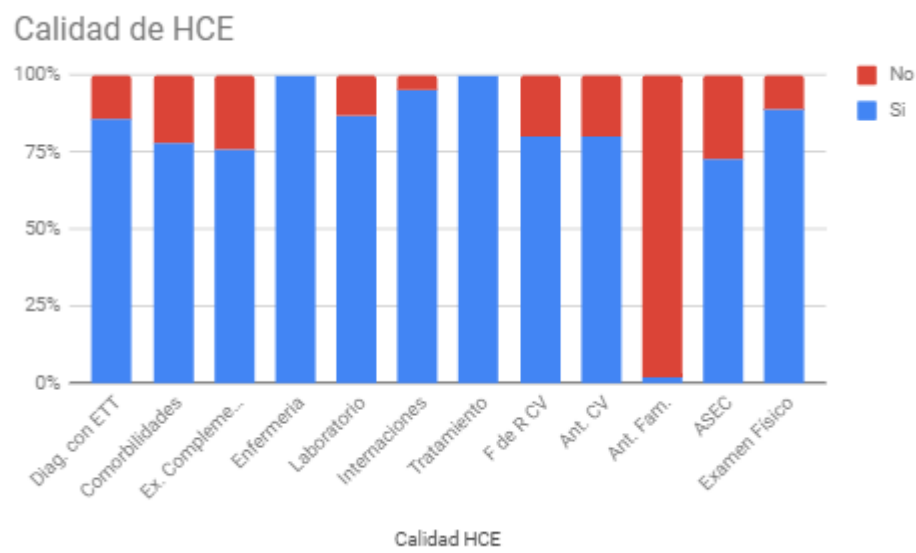


Tabla 2.1

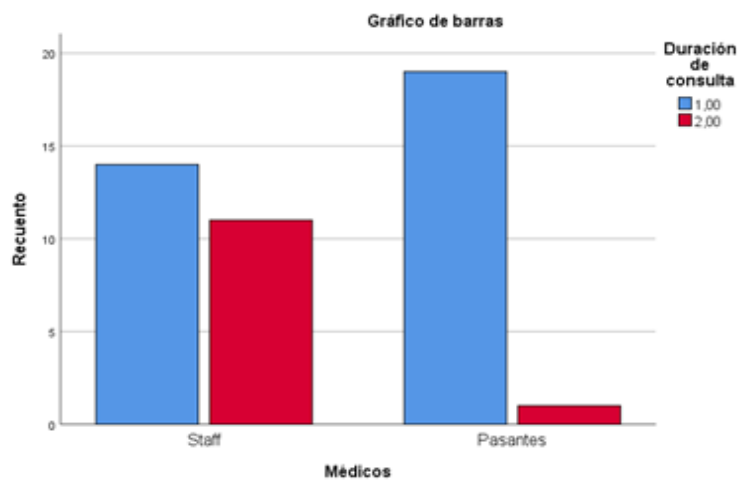
		Duración de consulta		Total
		1,00	2,00	
Médicos	Staff	14	11	25
	Pasantes	19	1	20
Total		33	12	45

Tabla 2.2

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación
Chi-cuadrado de Pearson	8,642	1	,003
N de casos válidos	45		

Gráfico 4



Discusión

Este trabajo se destaca por ser la primera auditoría de gestión de una unidad especializada en IC en Uruguay. Los resultados muestran que globalmente la calidad asistencial en la UMIC se ajusta adecuadamente a los parámetros de calidad preestablecidos.

Más allá de ello, analizar los distintos aspectos de la auditoría permiten determinar si el servicio prestado es de buena calidad, convirtiéndola en una posible herramienta para mejorar el servicio de la UMIC.

Con respecto al tiempo de espera de los pacientes para ingresar a la consulta se observa que hay una gran mayoría de pacientes que deben esperar un tiempo superior a 20 minutos. Parece claro que el principal factor responsable de esta demora es el hecho de que los pacientes son citados todos a la misma hora (13hs) sin importar la cantidad de pacientes agendados para ese día y sin tener en cuenta la cantidad de médicos que llevarán a cabo las consultas. De esto se desprende que la agenda con asignación individualizada de horario para la cita podría revertir este dato negativo actual. Otro factor que contribuye al largo tiempo de espera es que los días martes en la UMIC se lleva a cabo un ateneo entre los integrantes de la unidad de 12.30 a 13:30 hs. Estos días los pacientes son citados a las 13 hs. por lo tanto habrá un tiempo mínimo de espera de 30 minutos para todos. Si bien esto inicialmente pudo considerarse el beneficio del control de enfermería durante la reunión, también es cierto que en los objetivos descritos por la UMIC está la actividad docente y la participación de enfermería en la reunión de manera que esto aparece como un problema que conspira contra la calidad de atención de los pacientes.

Otro elemento importante a evaluar es el alto porcentaje de consultas mayores a 20 minutos.

Hay muchos factores que influyen en la duración de la consulta. Se destaca que la gran mayoría de los pacientes que se atienden en la unidad son de una gran complejidad ya que presentan un número importante de comorbilidades y una alta frecuencia de polifarmacia. Es por esto que ninguno de los médicos, ni los del staff ni los pasantes, toman decisiones por sí solos. Cada paciente se discute en conjunto para que las decisiones tomadas sean las mejores en cada caso particular. Esto lleva a que la consulta sea más extensa de lo normal. Otro factor que influyó en la demora fue el hecho de que los médicos brindan de forma gratuita algunos de los medicamentos que los pacientes necesitan y que se encuentran disponibles en la unidad. Esto lleva a que el médico tenga que dejar el consultorio para ir a buscar la medicación y dejando al paciente solo ocupando un consultorio que podría ser aprovechado, por otra parte, para iniciar otra consulta.

Fue muy elevado el nivel de interrupciones físicas y de intervención sonora.

Esta unidad forma parte de un hospital universitario y por lo tanto, es una constante la presencia de estudiantes y practicantes dentro y fuera de los consultorios. Como se mencionó anteriormente las decisiones siempre son tomadas en conjunto, lo que genera que los médicos tengan que entrar y salir varias veces durante la consulta. Otro aspecto a destacar es el espacio físico en el que funciona la

unidad, que no es el más adecuado para llevar a cabo múltiples consultas a la vez. Los consultorios están separados entre sí por mamparas de metal y vidrio que no van desde el piso hasta el techo por lo que permiten pasar todo tipo de sonidos. La entrada a cada uno de los consultorios está delimitada por una cortina de tela que permite que cualquier persona la abra en medio de la consulta, siendo imposible generar un ambiente de privacidad. El registro del sonido dentro de la consulta fue llevado a cabo mediante una aplicación de un dispositivo celular, que no es el medio más adecuado para su registro y se utilizó el límite de sonido más exigente encontrado por los investigadores. A pesar de esto se observó en muchas ocasiones el ruido dentro de la unidad era tal que no permitía al médico comunicarse adecuadamente con sus pacientes.

Se registró un bajo número de pacientes valorado por la nutricionista de la unidad, la cual no concurría todos los días. Esto puede ser debido a que la gran mayoría de los pacientes incluidos en el estudio son pacientes habituales de la unidad, lo que permite llevar un adecuado control de su estado nutricional por parte de los médicos, reservando la consulta con la nutricionista para aquellos casos en los que se constata algún tipo de trastorno en el estado nutricional del paciente o en el que éste esté afectando en el control de su enfermedad.

La minoría de los pacientes fueron valorados por asistente social. Debido al contexto crítico en que se encuentran la mayoría de los pacientes, creemos que es una cifra muy baja. Dicha cifra se explica porque la asistente social asignada a la Unidad se acogió al beneficio jubilatorio y no había sido sustituida.

La gran mayoría de los médicos interrogaron como mínimo uno de los FRCV. El 14% no interrogó ninguno, .El 18% de los médicos no interrogó ningún antecedente CV, lo que es una cifra negativa si se considera la importancia que implican en pacientes con IC y que se utilizó un nivel de exigencia bajo para medir esta variable. Todo esto pueda deberse a que la mayoría de los pacientes eran controles, ya conocidos por los médicos, de todas maneras, al ser variables dinámicas, que cambian con el transcurso del tiempo sería deseable un porcentaje más elevado en este ítem

De la misma manera se observa que en un 72% de las consultas no fueron interrogados los ASEC, lo cual tiene implicancias negativas debido a que es importante saber los ingresos económicos del paciente lo cual influye en el acceso a la medicación, los traslados (sobre todo en los pacientes que viven en el interior del país), la alimentación (por la presencia de comorbilidades como HTA, DM, dislipemias), el tipo de vivienda que puede influir en alguna causa de descompensación de la enfermedad, si vive solo o acompañado dado que son pacientes que pueden requerir ayuda en cuanto a su enfermedad.

En el caso del examen físico se considera que debería ser 100% dada su importancia, no obstante se realizó en 95% y se utilizó un nivel de exigencia bajo para medir esta variable. Un bajo porcentaje no registró la variable, lo cual es importante para realizar un correcto seguimiento del paciente.

Se considera que la educación sanitaria, como en el caso anterior debería ser 100%, ya que esta es un pilar fundamental del tratamiento higiénico dietético de la patología de base y sus comorbilidades.

En cuanto al registro en la historia clínica electrónica, el 86% tiene ecocardiograma transtorácico, se considera que el resto de los pacientes que no se registró se debe a que sean pacientes visto por primera vez que aún no cuenten con su ecocardiograma transtorácico diagnóstico en la HCE.

Se observa que un 76% de las consultas registran las comorbilidades, cabe destacar que si se analiza el porcentaje obtenido de esta misma variable pero durante la consulta (factores de riesgo cardiovascular y antecedentes cardiovasculares), el valor asciende en un 10%, de lo cual se deduce que esto se debe a un subregistro de dicha variable en la historia clínica electrónica.

Los exámenes complementarios fueron registrados en un 76%. Al igual que con otras variables se considera que se puede atribuir a un subregistro y que el porcentaje real sería más elevado.

La valoración por parte de enfermería fue de un 100%, valorando como exitosa su labor. También cabe destacar que dichos datos fueron registrados en su totalidad.

Se obtuvo un 87% de registro de la variable Laboratorio, se atribuye que el restante 13% se debe al subregistro en la historia clínica electrónica dado que se considera un pilar diagnóstico y de seguimiento.

En cuanto a la variable Internaciones se obtuvo un 95% de registro, lo cual se considera efectivo.

Respecto al tratamiento que es de fundamental relevancia, el resultado esperado es acorde al obtenido.

Un porcentaje altamente considerable no registra los FRCV, en comparación con lo observado durante la consulta se concluye que se interroga más de lo que se registra.

El 20% de los médicos no registran los Antecedentes CV, esta cifra se relaciona con los valores registrados en la consulta.

El 87% de los médicos no interrogaron los antecedentes familiares de sus pacientes, esto se debe a que en pacientes añosos dicha variable pierde importancia. También se demostró carencias en el registro en HCE.

En relación a los dos grupos estudiados, los médicos B le dedican más tiempo a los pacientes, lo cual puede deberse a inexperiencia, necesidad de una segunda opinión o no conocer a los pacientes.

Conclusiones

Evaluada en forma global la calidad de gestión asistencial en la UMIC se logró determinar que se ajusta adecuadamente a los parámetros de calidad preestablecidos, pero con tiempos de demora significativos, una infraestructura física inadecuada y algunas carencias en recursos humanos. No se halló diferencias significativas en las características de la atención entre pasantes e integrantes de la UMIC salvo en el tiempo de duración de la consulta.

Concomitantemente el equipo de investigación considera que dicho trabajo podría ser útil para mejorar los parámetros deficitarios y ser tomado en cuenta en futuras investigaciones para mejorar la calidad asistencial en la UMIC.

Referencias Bibliográficas

1. Rodríguez-Artalejo F, Banegas Banegas JR, Guallar-Castillón P. Epidemiología de la insuficiencia cardíaca. *Rev Española Cardiol.* 2004;57(2):163-170. doi:10.1016/S0300-8932(04)77080-3
2. Ormaechea G, Álvarez P, Ormaechea DG. Programando el manejo del paciente con insuficiencia cardíaca Programando el manejo del paciente con insuficiencia cardíaca. Conceptos generales y aportes de una unidad nacional Scheduling the assistance of heart failure patient. General concepts and contributions of a national unit Artículo de revisión. *Recib Set Rev Urug Cardiol.* 2017;27(33):72-86. doi:10.29277/cardio.33.1.5
3. Rich MW, Beckham V, Wittenberg C, Leven CL, Freedland KE, Carney RM. A Multidisciplinary Intervention to Prevent the Readmission of Elderly Patients with Congestive Heart Failure. *N Engl J Med.* 1995;333(18):1190-1195. doi:10.1056/NEJM199511023331806
4. McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, McMurray JJV. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission. *J Am Coll Cardiol.* 2004;44(4):810-819. doi:10.1016/j.jacc.2004.05.055
5. Park S, Nam CM, Park S, et al. 'Screening audit' as a quality assurance tool in good clinical practice compliant research environments. *BMC Med Ethics.* 2018;19(1):30. doi:10.1186/s12910-018-0269-2
6. Amer YS, Wahabi HA, Abou Elkheir MM, et al. Adapting evidence-based clinical practice guidelines at university teaching hospitals: A model for the Eastern Mediterranean Region. *J Eval Clin Pract.* April 2018. doi:10.1111/jep.12927
7. Ormaechea G, Álvarez P. UMIC. <http://www.unic.hc.edu.uy/>. Accessed May 29, 2018.
8. Forman DE, Sanderson BK, Josephson RA, Raikhelkar J, Bittner V, American College of Cardiology's Prevention of Cardiovascular Disease Section. Heart Failure as a Newly Approved Diagnosis for Cardiac Rehabilitation: Challenges and Opportunities. *J Am Coll Cardiol.* 2015;65(24):2652-2659. doi:10.1016/j.jacc.2015.04.052
9. Packer M, Cohn JN, Abraham WT, et al. Consensus recommendations for the management of chronic heart failure. On behalf of the membership of the advisory council to improve outcomes nationwide in heart failure. *Am J Cardiol.* 1999;83(2A):1A-38A. doi:10.1016/S0002-9149(98)00850-9
10. Heidenreich PA, Albert NM, Allen LA, et al. Forecasting the impact of heart failure in the United States: a policy statement from the American Heart Association. *Circ Heart Fail.* 2013;6(3):606-619. doi:10.1161/HHF.0b013e318291329a

11. Ponikowski A del G de TP, Voors AA, Anker SD, et al. Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica. *Rev Española Cardiol.* 2016;69(12):1167.e1-1167.e85. doi:10.1016/j.recesp.2016.10.014
12. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, et al. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure. *J Am Coll Cardiol.* 2013;62(16):e147-e239. doi:10.1016/j.jacc.2013.05.019
13. Anguita Presidente Electo de la SEC M, de la SEC P, Íñiguez Romo Secretaría Técnica A, Javier Elola Somoza Director de Elola Consultores F. Comité SEC-Excelente-Insuficiencia Cardiaca. https://secardiologia.es/images/SEC-Excelente/Unidades_ICC_20160530.pdf. Accessed May 29, 2018.
14. Tantaleán del Águila M. ¿Cuáles son los pasos para una auditoría en salud basada en evidencias? | Salud | Actualidad | ESAN. Universidad ESAN . <https://www.esan.edu.pe/conexion/actualidad/2015/10/22/cuales-son-pasos-para-auditoria-salud-basada-evidencias/>. Published 2015. Accessed May 22, 2018.
15. Outomuro D, Actis AM. Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica Analysis of ambulatory consultation length in medical clinics. *artículo Espec rev Med chile.* 2013;141:361-366. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v141n3/art12.pdf>. Accessed May 29, 2018.
16. Durán A. Examen físico. *Univ Nac MAR DEL PLATA Fac CIENCIAS LA SALUD Y Serv Soc.* 2017.
17. Berglund B, Lindvall T, Schwela D. New WHO guidelines for community noise. *Noise Vib Worldw.* 2000;31(4):24-29. doi:10.1260/0957456001497535

Agradecimientos

Le agradecemos al Prof. Adj. Dr. Pablo Álvarez Rocha y a la Profesora Alicia Varela por manifestarnos su interés en dirigir nuestro trabajo de pregrado, por su colaboración y apoyo en nuestro proceso de realización de la monografía.

Anexos:

Anexo 1:

Consentimiento informado para el personal de salud a auditar.

Auditoría de la gestión asistencial de la Unidad Multidisciplinaria de Insuficiencia Cardíaca (UMIC) del Hospital de Clínicas.

Consentimiento informado

Existen a nivel internacional pautas que determinan una guía para la realización en forma apropiada del seguimiento de pacientes portadores de insuficiencia cardíaca; a su vez, la Unidad Multidisciplinaria de Insuficiencia Cardíaca del Hospital de Clínicas ha definido, para su funcionamiento, determinados protocolos internos que abordan estas pautas y otros criterios propios de control y seguimiento de sus pacientes

El objetivo de este estudio es evaluar el nivel de cumplimiento, por parte del equipo asistencial de la UMIC, de las pautas aceptadas para el seguimiento clínico de los pacientes con insuficiencia cardíaca. Este estudio se realiza en el ámbito académico del curso de Metodología Científica 2, de sexto año de la carrera de Dr. en Medicina.

El beneficio de este estudio es detectar fortalezas y debilidades en el cumplimiento de las pautas antes mencionadas y así poder mantener un nivel adecuado en la asistencia de a los pacientes de la UMIC.

Para cumplir con dicho objetivo los investigadores concurrirán a la UMIC, observarán todos los pasos asistenciales desde que los pacientes toman contacto con el equipo el día de la consulta hasta que culmine el acto asistencial y los eventuales actos administrativos inherentes a la consulta en cuestión, recolectarán los datos necesarios en una planilla preestablecida sin participar ni intervenir en las actividades del personal de dicha unidad y, por lo tanto, sin entorpecer su trabajo habitual.

La investigación se desarrollará en la Unidad Multidisciplinaria de Insuficiencia Cardíaca, piso 1 del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”. Dicha investigación no cuenta con respaldo técnico ni financiero de ninguna institución.

Su participación es completamente voluntaria, se podrá retirar de la investigación en cualquier momento que lo desee, sin explicación de causa, lo cual no le ocasionará ningún perjuicio patrimonial ni moral.

No existe ningún beneficio directo, económico o de otra especie por participar de este estudio.

Se asegura confidencialidad de los datos personales ya que toda la información recolectada será tratada en forma anónima.

En caso de dudas o cualquier inquietud se puede comunicar con cualquier de los investigadores de la siguiente lista:

Tutor:

Prof. Adj. Dr. Pablo Álvarez Rocha Teléfono: 099646050

Equipo técnico de investigación (estudiantes de sexto año de la carrera Dr. en Medicina):

Br. Juan Manuel Largher Teléfono: 093300431

Br. Juan Pedro Idiarte Borda Teléfono: 099254488

Br. David Guevara Teléfono: 099053253

Br. Sofía Aurucci Teléfono: 091788124

Br. Johanna Pintos Teléfono: 094800175

Br. Sebastián Lemos Teléfono: 098944050

Los integrantes del equipo de investigación no reciben ningún beneficio económico o de otra especie por el hecho de realizar esta auditoría.

Montevideo.....de 2018

Dejo constancia de haber sido informado plenamente sobre el estudio “Auditoría de la gestión asistencial de la Unidad Multidisciplinaria de Insuficiencia Cardíaca (UMIC) del Hospital de Clínicas” y que he consentido en participar voluntariamente en el mismo.

Firma del responsable

Aclaración

Firma de testigo

Aclaración

Consentimiento informado para los pacientes en consulta con el personal de salud a auditar.

Auditoría de la gestión asistencial de la Unidad Multidisciplinaria de Insuficiencia Cardíaca (UMIC) del Hospital de Clínicas.

Consentimiento informado

El objetivo de este estudio es evaluar la asistencia brindada por parte del equipo de salud y el funcionamiento de la UMIC.

Para cumplir con dicho objetivo los investigadores concurrirán a la UMIC entrando a su consulta con el médico tratante, para evaluar si dicho médico cumple con los pasos establecidos para atenderlo correctamente. A su vez los investigadores deberán acceder a su historia clínica electrónica que se encuentra en el registro UMIC, para comprobar que la misma haya sido registrada de forma correcta por parte del equipo de salud.

¿Qué información contiene el registro UMIC?

EL REGISTRO UMIC es una base de datos de personas con diagnóstico de insuficiencia cardíaca. Consta de algunos datos personales del paciente, por ejemplo: edad, sexo, lugar de residencia, antecedentes ambientales y genéticos, datos sobre la historia de la enfermedad cardíaca.

El REGISTRO UMIC se ubica en el Hospital de Clínicas primer piso.

Teléfono: 24806944

La investigación se desarrollará en la Unidad Multidisciplinaria de Insuficiencia Cardíaca, piso 1 del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”. Dicha investigación no cuenta con respaldo técnico ni financiero de ninguna institución.

Su participación es completamente voluntaria. Pudiendo ser total o parcial, para algunos datos.

Además, puede solicitar conocer la información que se dispone de usted y retirarse del estudio en cualquier momento sin argumentar sus motivos, lo cual no le ocasionará ningún perjuicio patrimonial ni moral.

Es necesaria la obtención de su consentimiento para que el equipo de estudio pueda acceder a sus datos personales y entrar en la consulta con su médico tratante. En el caso de los pacientes menores de 18 años se solicitará el consentimiento a padres o tutores.

No existe ningún beneficio directo, económico o de otra especie por participar de este estudio.

La contribución de cada paciente, con sus datos, aporta al progreso científico que luego se manifiesta en mejoras en la asistencia de salud.

Aspectos éticos

En todos los casos sólo los responsables del REGISTRO UMIC y del estudio conocen los datos personales (nombre, dirección, etc.) de las personas a los efectos de no duplicar información y permitir su actualización.

Los datos aportados fueron centralizados previamente en la UMIC. La información fue guardada de forma sistematizada y codificada en una base de datos electrónica que es respaldada periódicamente. Se asegura confidencialidad de los datos personales ya que toda la información recolectada será tratada en forma anónima.

Los integrantes del equipo de estudio no reciben ningún beneficio económico o de otra especie por el hecho de realizar el mismo.

Este estudio se realiza en el ámbito de un curso de sexto año de la carrera de Dr. en Medicina.

Los integrantes del equipo de estudio que pueden acceder a su historia clínica ingresando a la base de datos electrónica (REGISTRO UMIC) y entrar a su consulta con el médico tratante son:

Tutor: Prof. Adj. Dr. Pablo Álvarez Rocha Teléfono: 099646050

Equipo técnico de investigación (estudiantes de sexto año de la carrera Dr. en Medicina):

Br. Juan Largher Teléfono: 093300431

Br. Juan Idiarte Borda Teléfono: 099254488

Br. David Guevara Teléfono: 099053253

Br. Sofía Aurucci Teléfono: 091788124

Br. Johanna Pintos Teléfono: 094800175

Br. Sebastián Lemos Teléfono: 098944050

En caso de dudas o cualquier inquietud se puede comunicar con cualquier de los investigadores de la lista anterior.

Montevideode 2018

Dejo constancia de haber sido informado plenamente sobre el estudio “Auditoría de la gestión asistencial de la Unidad Multidisciplinaria de Insuficiencia Cardíaca (UMIC) del Hospital de Clínicas” y que he consentido en participar voluntariamente en el mismo.

Firma del paciente:

Aclaración de la firma:

Firma del investigador:

Aclaración de la firma:

Anexo 2:

Grilla de observación A / B*

Variable	SI	NO
Gestión		
Tiempo de espera en la consulta		
Tiempo de duración de la consulta		
Interrupciones sonoras durante la consulta		
Interrupciones físicas durante la consulta		
Consulta		
Factores de riesgo CV		
Antecedentes CV		
Antecedentes familiares		
Antecedentes socio-económicos		
Examen físico		
Educación sanitaria		
Historia Clínica		
Diagnóstico realizado con ETT		
Comorbilidades		
Exámenes complementarios		
Controles clínicos		
Análisis rutinales de laboratorio		
Internaciones		
Tratamiento		

*Se indicará con un circulo si corresponde a un médico tipo A o tipo B respectivamente.

Anexo 3:

Escala de Calidad:

	Buena	Aceptable	Insuficiente
Calidad de gestión	5-7	3-4	< 3
Calidad de consulta	5-6	3-4	< 3
Calidad de HCE	9-12	6-8	< 6