Evaluación de resultados de la atención médica ambulatoria de niños y adolescentes

Ernesto Medina L.¹; Ana M. Kaempffer R.¹; Edith Cornejo A.²; Enrique Hernández A.³

Resumen

Objetivo: conocer los resultados alejados de la atención médica ambulatoria explorando la situación de pacientes consultantes de atención primaria no urgente procedentes de consultorios del sector público del área norte de Santiago, 30 días después de haber sido atendidos. **Pacientes y métodos:** 412 niños y adolescentes consultantes fueron visitados en sus domicilios, identificando su situación: sanos y recuperados; complicados o con secuelas; hospitalización; fallecidos. Las visitas fueron realizadas por internos de medicina adiestrados para el propósito. **Resultados:** los pacientes habían consultado mayoritariamente por problemas respiratorios e infecciosos transmisibles con un lapso medio de 3 días entre aparición de síntomas y consulta. Se emplearon los sistemas de apoyo diagnóstico y terapéutico habituales. Los niños pertenecían a grupos socioeconómicos bajos de acuerdo al ingreso familiar y escolaridad de las madres. Treinta días después de la consulta, el 80,1% se habían recuperado totalmente, 17,7% tenía complicaciones o secuelas y 2,4% requirieron hospitalización. Ninguno había fallecido. Los resultados se asocian significativamente al tipo de patología atendida, a la duración de la enfermedad, el cumplimiento de las indicaciones posconsulta, la calidad de la atención y el nivel de vida de los pacientes. No se encontró relación con la edad, género, precocidad de la primera consulta o número total de consultas. **Conclusiones:** la capacidad resolutiva real de la atención primaria alcanza a un 80% y varía significativamente de acuerdo al diagnóstico, el cumplimiento de indicaciones y el nivel de vida de los pacientes.

(Palabras clave: atención ambulatoria, primaria, niños, adolescentes.)

Primary care evaluation: a follow-up of children and adolescents visits

Objetivo: to assess health condition thirty days after medical visit of children from non-urgent primary care centers of Santiago. **Method:** 412 children and adolescents were visited at their homes evaluating their health condition identifying recovery from illness; complications or sequelae; hospitalization; death. **Results:** respiratory illnesses and communicable diseases were the most frequent cause of medical visit. Three days was the average time between symptoms and consultation. Patients received usual diagnostic and therapeutic procedures. Children's families were of low standard of living. Thirty days after medical visit an 80.1% out of total cases were recovered, 17.7% had complications or sequelae and 2.4% required hospitalization. No deaths were registered. Results are significantly associated to type of pathology, length of illness, medical indication accomplishment and children's standard of living. **Conclusions:** good results of primary care are observed in 80% of patients varying significantly according to diagnosis, accomplishment of medical indications and standard of living of the patients.

(Key words: ambulatory care, children, adolescents.)

1. Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
2. Enfermera Universitaria. Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
3. Profesor de Estadística. Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Este trabajo forma parte de la investigación "Atención médica: evaluación de resultados en el corto y mediano plazo" financiada por el Proyecto FONDECYT N° 1970249 - 1997.

La atención médica que se da a las comunidades constituye un hecho complejo que se suele evaluar en términos cuantitativos (número absoluto de atenciones; consultas u hospitalizaciones por persona, etc.), cualitativos (calidad de la atención); o de resultados inmediatos (proporciones de pacientes dados de alta vivos). Menos frecuentemente se realizan evaluaciones de resultados a plazos mayores, salvo cuando el

problema así lo amerita, como ocurre en el caso de los tumores malignos.

En la literatura médica chilena raramente se encuentran evaluaciones de la atención médica, considerando lo que ocurre después del alta de los pacientes hospitalarios o de la consulta ambulatoria. Por esta razón nos interesó desarrollar un proceso de investigación que evaluara los resultados alejados de la atención médica considerando la condición alcanzada por los pacientes en períodos alejados del momento de atención.

Pacientes y métodos

La investigación ha considerado el estudio de una muestra de 1 000 enfermos ingresados en 1997 a los hospitales San José, Roberto del Río y Clínico de la Universidad de Chile, que fueron visitados en sus domicilios 30, 180 y 365 días después del alta. Se exploró paralelamente una muestra aleatoria de 1 000 pacientes ambulatorios, consultantes de atención primaria no urgente, procedentes de consultorios del sector público del área norte de Santiago. Los pacientes fueron visitados en sus domicilios, examinando la situación existente treinta días después de haber sido atendidos, identificando si se encontraban sanos y recuperados; presentaban complicaciones o secuelas; habían sido hospitalizados, o habían fallecido. Los casos provienen homogéneamente de los diversos meses del año. Las visitas domiciliarias fueron realizadas por internos de la carrera de Medicina, especialmente adiestrados para el propósito.

De los 1 000 pacientes ambulatorios un total de 412 fueron niños y adolescentes menores de 20 años, cuyo análisis constituye el motivo de esta comunicación. Los enfermos corresponden a 67 lactantes menores de un año; 129 niños de 1 a 4 años; 112 de 5 a 9 años y 104 adolescentes de 10 a 19 años. Para el análisis de las patologías se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades¹. El análisis estadístico empleó preferentemente la prueba de Ji², considerando como significativos valores inferiores a $p < 0,05$.

Resultados

La mayoría de la pacientes presentaban diversas expresiones de problemas del aparato respiratorio (66%), o sufrían alguna enfermedad infecciosa trasmisible (12%). Otros trastornos, en frecuencias decrecientes, fueron afecciones del aparato locomotor, de los órganos de los sentidos, traumatismos, enfermedades de la piel, mentales, digestivas y otras.

Las visitas domiciliarias permitieron cuantificar la duración de las enfermedades atendidas. Se trató de procesos de alguna duración, con un promedio de 16,6 días y mediana de 10 días. El

tiempo entre la iniciación de los síntomas y la primera consulta tuvo una mediana de tres días.

La mitad de los pacientes seguidos durante 30 días (51%) hizo una sola consulta; en 38,3% se agregó una segunda y 10,7% oscilaron entre 3 y 7 consultas. El promedio global fue de 1,74.

Respecto a manejo de los pacientes, 17,5% requirieron apoyo externo, constatándose necesidad de exámenes de laboratorio en 8,3% de ellos, agregándose interconsulta (5,3%), radiología (2,9%), psicoterapia (0,5%) y hospitalización (0,5%).

Los medicamentos empleados preferentemente fueron antibióticos (27,5% de los casos), antipiréticos (18,0%), broncodilatadores y descongestionantes (14,2%), antialérgicos (8,5%) y antiinflamatorios (7,4%). La vitamina C fue empleada en 10% de los casos. La mitad de los pacientes recibió dos o más fármacos, la otra, monoterapia. En la mayoría de los casos se siguieron totalmente (86,5%) las indicaciones dadas al paciente, observándose 9,5% de cumplimiento parcial y 4,0% de no cumplimiento.

Los niños pertenecen a grupos de bajo nivel de vida. El ingreso familiar mensual fue inferior a \$ 200.000 en 95,1% de los casos y a \$ 100.000 en 66%. Casi un cuarto (23,3%) de las madres tenían sólo entre 0 y 4 años de instrucción, 30,6% tenían 5 a 8 años; 35,4% enseñanza media y 9,2% uno o más años de educación universitaria; en 1,5% no se dispuso de información.

La visitas domiciliarias revelaron que un mes después de la atención 80,1% de los niños se habían recuperado totalmente del problema que motivó la consulta, 17,5% presentaban complicaciones o secuelas y 2,4% requirieron hospitalización (tabla 1). Ninguno de los casos había fallecido. Se registraron mayores porcentajes de recuperación completa en los niños menores de 5 años (83,7%) que en los mayores de dicha edad (76,6%), aun cuando la diferencia no alcanza significado estadístico. No hubo tampoco diferencias según sexo.

Como se aprecia en la tabla 2, la proporción de recuperación completa a 30 días varía según el tipo de patología atendida. Difieren significativamente ($p < 0,01$) los pacientes consultantes por enfermedades infecciosas o por problemas de órganos de los sentidos de aquellos cuya patología fue de tipo mental o del aparato locomotor.

Tabla 1

Resultados a 30 días según edad de los niños

Edad (años)	n casos	Resultados			Total
		Sanos recuperados	Complicaciones o secuelas	Hospitalización	
Total	412	80,1	17,5	2,4	100
1	67	84,8	9,1	6,1	100
1-4	129	83,1	16,9	-	100
5-9	112	76,7	17,9	5,4	100
10-19	104	76,5	23,5	-	100

Tabla 2

Resultados a 30 días según tipo de patología

Tipo de patología	n casos	Resultados			Total
		Sanos recuperados	Complicaciones o secuelas	Hospitalización	
Total	412	80,1	17,5	2,4	100
Infecciosas transmisibles	48	91,6	4,2	4,2	100
Mentales	12	50,0	50,0	-	100
Organos de los sentidos	14	100,0	-	-	100
Respiratorias	272	82,4	14,7	2,9	100
Digestivas	10	80,0	20,0	-	100
Piel	13	83,3	16,7	-	100
Aparato locomotor	18	33,3	66,7	-	100
Traumatismos	14	71,4	28,6	-	100
Otras	11	72,7	17,3	-	100

La duración de la enfermedad fue significativamente menor en los pacientes recuperados (promedio 13,4 días) que en los complicados (30,0) u hospitalizados (42,0 días).

La precocidad en la consulta no determinó mejores resultados a 30 días. Cuando ella se realiza en los primeros 4 días de evolución los resultados favorables son superiores a los observados en plazos mayores, pero la diferencia no alcanza significado estadístico.

El número total de consultas por problema no se asocia con los resultados alejados. El promedio global de consultas fue de 1,74, observándose valores de 1,67 en los pacientes recuperados; 1,77 en los complicados o con secuelas y 4,2 en aquellos que requirieron hospitalización. Las diferencias no son significativas.

El cumplimiento de las indicaciones formuladas en la consulta constituye un factor asociado

a los resultados observados 30 días después (tabla 3). En este análisis no se incluyen 10 casos de hospitalización por cuanto fueron ingresados como consecuencia inmediata de la consulta. Cuando el cumplimiento de las indicaciones es completo, los resultados son significativamente mejores ($p = 0,01$).

En los niños de familias de bajo ingreso (menos de \$ 100.000 mensuales) asociado a baja escolaridad materna (0 a 4 años de escolaridad) se obtienen peores resultados que en aquellos que no pertenecen a este grupo (tabla 4). Los niños de nivel socioeconómico más bajo tienen una proporción significativamente superior de enfermos no recuperados y de hospitalizados ($p < 0,059$). En contraste, en los enfermos pertenecientes al sistema previsional de FONASA los resultados no difieren con los de otros sistemas previsionales.

Tabla 3

Resultados a 30 días según cumplimiento de indicaciones

Cumplimiento	n casos	Resultados			Total %
		Sanos %	Complicaciones o secuelas %	Hospitalización %	
Total	348	85,1	14,9	—	100
Parcial o no cumplimiento	54	57,9	42,1	—	100
Total	402	82,1	17,9	—	100

Tabla 4

Resultados según nivel socioeconómico familiar

Condición socioeconómica	n casos	Resultados			Total %
		Sanos %	Complicaciones o secuelas %	Hospitalización %	
Bajo nivel*	70	68,2	25,0	6,8	100
Otros casos**	336	83,0	15,1	1,3	100 p=0,02
Total***	406	80,1	17,5	2,4	100

* Escolaridad materna entre 0-4 años de instrucción e ingreso económico mensual inferior a \$ 100.000

** Otras condiciones

*** Hubo 6 casos con información incompleta

En la visita domiciliaria practicada 30 días después de la primera consulta se consultó la opinión respecto a calidad de la atención recibida por el niño (tabla 5). En 68% de los casos fue buena o muy buena, registrándose 22% "regulares". La evolución a 30 días observada en los casos de calificación deficiente fue significativamente diferente a la registrada en los otros tres grupos ($p < 0,01$).

Comentario

Empleando como método el conocimiento de resultados alejados de los enfermos atendidos, la capacidad resolutoria de la atención ambulatoria se ubica aproximadamente en 80% de la demanda satisfecha de atención. La cifra es algo inferior a la obtenida con la estimación propues-

ta por Symeant² y seguida por otros³, que supone resueltos los casos que no requirieron referencia a otro nivel de atención, para exámenes diagnósticos o interconsulta.

Esta muestra tiene atributos similares a las estudiadas en Santiago sobre morbilidad y atención médica de la población⁴⁻⁶ en lo relativo a frecuencias relativas de diversos tipos de afecciones o estructura socioeconómica de las familias.

Hemos encontrado que los resultados de la atención no están asociados a la edad, género, precocidad de la primera consulta, o al número total de consultas por episodio de enfermedad. A la inversa, se asocian significativamente al tipo de enfermedad atendida, a la duración total de ella, el cumplimiento de las indicaciones postconsulta, la calidad de la atención y el nivel de vida de los pacientes.

Tabla 5

Resultados según opinión de las madres sobre calidad de la atención

Opinión sobre calidad	n	n casos % del total	Resultados			Total %
			Sanos %	Complic. o secuelas %	Hospita- lización%	
Muy buena	78	18,9	80,0	15,0	5,0	100
Buena	202	49,0	82,0	16,0	2,0	100
Regular	92	22,3	80,4	17,4	2,2	100
Deficiente	28	6,8	50,0	42,9	7,11	100
Sin opinión	12	2,9	-	-	-	100
Total	412	100,0	80,1	17,5	2,4	100

p azar < 0,01

Resulta en cierto modo paradójico que la magnitud de resultados favorables no esté vinculada a la precocidad de la primera consulta y al número total de consultas producidas por el episodio de enfermedad. En cambio era esperable encontrar significativas diferencias de resultado según el tipo de trastorno o el cumplimiento de las indicaciones formuladas por el médico para el período postconsulta.

La relación inversa entre salud materno-infantil y nivel de vida es conocida desde antiguo. Ella está avalada por las experiencias relativas a la mortalidad del lactante y en menor grado del preescolar⁷. La frecuencia y tipo de enfermedad de una población, según los hallazgos nuestros en Santiago^{8,9}, muestran un significativo exceso de enfermedad aguda (2,5 veces) y de traumatismos (4 veces) en los grupos de pobreza extrema, esto es con ingresos económicos que no alcanzan para resolver las necesidades nutricionales básicas. Este estudio agrega a las evidencias anteriores los peores resultados a un mes plazo en el grupo de menor nivel tanto económico como educacional.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión. CIE-10. Public Cientif OPS N°554, 1995. Washington DC., EE.UU.
2. Symeant S: Capacidad resolutive de la demanda de atención de morbilidad a nivel primario. Boletín OPS 1984; 97: 125-141.
3. Medina E: Atención primaria del adulto en Chile. Rev Med Chile 1992; 120: 505-513.
4. Kaempffer AM, Medina E, Cornejo E, Hernández E, Wall V: Morbilidad infantil y del adolescente en Santiago 1993-1994. Rev Chil Pediatr 1995; 66: 50-54.
5. Kaempffer AM, Medina E, Cornejo E, Hernández E: Morbilidad y atención médica del adolescente. Cuadernos Médico Sociales 1996; 37: 60-65.
6. Medina E, Kaempffer AM, Cornejo E, Hernández E, Wall V: Atención de salud de niños y adolescentes de Santiago 1993-1994. Rev Chil Pediatr 1995; 66: 44-49.
7. Kaempffer AM, Medina E: La salud infantil en Chile durante la década del setenta. Rev Chil Pediatr 1982; 53: 468-472.
8. Medina E, Kaempffer AM, Cumsille JF, Medina R: Atención de salud en el Gran Santiago según niveles de ingreso económico. Cuadernos Médico Sociales 1985; 26: 95-102.
9. Medina E, Kaempffer AM, Cornejo E, Hernández E, Wall V: Características y manejo de la morbilidad en Santiago 1993. Rev Med Chile 1994; 122: 1421-1427.