

POLICLINICO DOCENTE "ALAMAR" HABANA DE ESTE. CIUDAD DE LA HABANA

Las urgencias en la atención primaria*

Por los Dres.:

MANUEL DELFIN PEREZ CABALLERO,** JOSE DIAZ NOVAS,*** RODOLFO ROMERO

VILLAR**** y GLORIA ROBAYNA SUAREZ****

Pérez Caballero, M. D. y otros. *Las urgencias en la atención primaria*. Rev Cub Med 24: 2, 1985.

Se estudia la atención de urgencia brindada en el cuerpo de guardia del policlínico docente "Alamar" durante un año de trabajo. La efectividad de esta atención alcanzó el 97,8% de la solución de la demanda de atención de las urgencias. Se evidencia con esta experiencia la utilidad de la atención médica permanente áreas de salud de alta densidad poblacional en las localidades que se encuentran alejadas de los centros hospitalarios.

INTRODUCCION

Uno de los primeros pasos dados por la Revolución para sentar las bases del desarrollo social de la medicina en nuestro país fue la creación del Sistema Nacional de Salud. Este garantiza a todo el pueblo el derecho a la asistencia médica gratuita y con la máxima calidad, sobre la base de uno de sus principios fundamentales, el que estipula que la salud de la población es responsabilidad del Estado y que los servicios de salud están al alcance de todo el pueblo.¹

* Trabajo presentado en el III Congreso Nacional de Medicina Interna. Ciudad de La Habana 26. 27 y 28 de Nov. de 1981.

** Especialista de I grado en medicina interna. Profesor auxiliar de medicina interna, Facultad No. 4 del ISCMH. Director del Policlínico Docente Alamar, Ciudad de La Habana.

*** Especialista de I grado en medicina Interna. Jefe del Servicio de medicina del Policlínico Docente "Alamar".

**** Médico general. Policlínico Docente Alamar.

la red asistencial, extendida a todo lo largo y ancho del país, permite llevar a los más recónditos lugares la atención médica. En la base de la estructura del sistema, esquematizada en forma de pirámide, se encuentran las unidades asistenciales del primer nivel de atención, constituidas para los hospitales rurales y los policlínicos. Estos últimos se convirtieron a partir del año 1976 en unidades asistenciales destinadas a desarrollar un cambio esencial en la calidad de la atención médica, capaces de vincular los servicios de salud al pueblo y adecuarlos a nuestro sistema nacional y fue así como surgieron los policlínicos de la comunidad.

El primer policlínico que desarrolló este modelo de atención médica fue el policlínico docente "Alamar", enclavado en el área residencial del mismo nombre, en el municipio de La Habana del Este.

En la atención primaria, brindada en estos tipos de unidades asistenciales, además de la consulta médica sectorizada, que garantiza la atención continuada integral, por equipo y con participación de las masas organizadas, se presenta con relativa y variable frecuencia la demanda de una atención de urgencia, que cobra mayor relevancia cuando el área de salud se encuentra alejada de los centros asistenciales hospitalarios, dotados de cuerpos de guardia acondicionados para dicho tipo de atención.

La creación de cuerpos de guardia en los policlínicos para la atención de las urgencias ha sido un tema muy discutido en nuestro Sistema Nacional de Salud, y cobra actualmente nuevas proyecciones en la solución de la demanda asistencial de nuestra población. En nuestro policlínico docente "Alamar", desde su inauguración, se organizó la atención a las urgencias después de las 5 pm. por un equipo médico de guardia.

Desde el año 1978, se extendió esta atención a las 24 horas del día en la especialidad de medicina interna (atención al adulto).

En este trabajo nos proponemos analizar el comportamiento de las atenciones de urgencia (cuerpo de guardia) en el policlínico docente "Alamar" durante un año, con el fin de precisar el grado de utilización del mismo y la eficiencia en la solución de esta demanda por los equipos de guardia, constituidos por médicos residentes que cursan el año de medicina en la comunidad en esta unidad docente asistencial. Asimismo se analizan las remisiones a los distintos hospitales y las afecciones que mayormente son objeto de remisión.

MATERIAL Y METODO

Para confeccionar este trabajo hemos utilizado el registro diario recogido en las hojas de cargo u hojas de trabajo del cuerpo de guardia y en el acta de la reunión de entrega de guardia que se efectúa diariamente a las 8 a.m (matutino) y en las que se plasman entre otras actividades de la guardia, las remisiones realizadas en las 24 horas anteriores, diagnóstico, destino e incidencias relacionadas con este servicio. Se seleccionaron las afecciones o síndromes más frecuentemente atendidos o más frecuentemente remitidos, es decir, aquéllos que por su magnitud o trascendencia, revistieron mayor importancia. Algunas de estas afecciones se agrupan en epígrafes por corresponder a un mismo aparato o sistema, como es el caso de las cardiopatías que incluye insuficiencia cardíaca, cardiopatías isquémicas en cualquiera de sus formas, hipertensión arterial, etc., o las neuropatías, en las que se incluyen infecciones urinarias, cólicos nefríticos, insuficiencia renal, hematuria y otros.

Sabido es que las infecciones de alta incidencia en la población, como la enfermedad respiratoria aguda (ERA) y la enfermedad diarreica aguda (EDA), requieren una atención inmediata, que no siempre puede satisfacerse con una consulta programada; o su

presentación es en determinado momento del día que hace concurrir al paciente a los servicios de urgencia. Otra afección de alta prevalencia es el asma bronquial, con un impacto social y económico relevante.⁵ En nuestro país se informa hasta el 10% de prevalencia. Su manifestación en forma de ataque o crisis constituye una urgencia médica, cuya solución puede ser inmediata y fácil en muchas ocasiones si se le brinda temprana y eficiente atención médica." Estas afecciones, por su magnitud y trascendencia, se consideraron separadamente.

Como síndrome emético se agrupan los casos remitidos o atendidos como tal o donde el vómito constituyó el elemento dominante, independientemente de conocer o no la causa; igual consideración se hizo con referencia al síndrome febril y la fiebre.

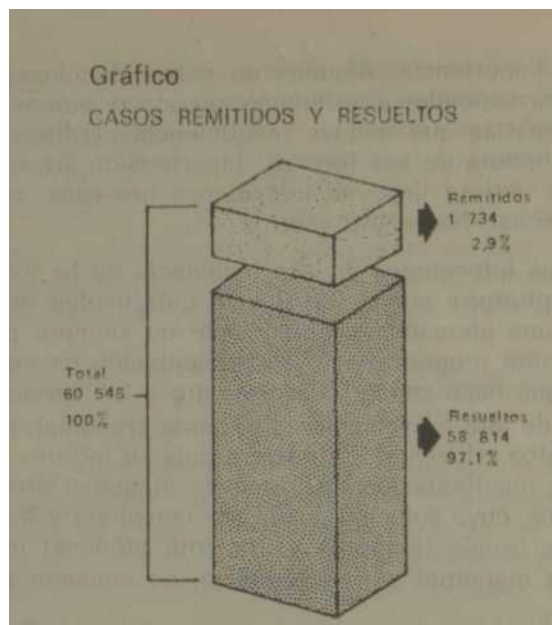
Un gran grupo de atenciones y remisiones se enmarcan bajo el epígrafe de "otros", que incluye manifestaciones tan disímiles como sangramientos digestivos o ginecológicos, afecciones oculares o dérmicas, síndromes psiquiátricos, trabajo de parto, etc.

El período analizado en este trabajo corresponde a un año, comprendido entre los meses de marzo de 1980 a febrero de 1981. Se toma el mismo como la última etapa del trabajo del policlínico docente Alamor para toda el área, pues a partir de abril de 1981, se inició el trabajo en el segundo policlínico de la localidad. En la etapa analizada, la población promedio a atender por nuestro policlínico fue de 39 378 de los cuales 25 913 eran adultos. Además, brindamos atención a unos 3 000 trabajadores, principalmente microbrigadistas que laboran en el área de salud.

RESULTADOS Y DISCUSION

En el período analizado (marzo de 1980 a febrero de 1981) se brindaron en el cuerpo de guardia un total de 60 548 atenciones médicas a personas mayores de 15 años (adultos) y de ellos fueron remitidos a distintos hospitales un total de 1 734 pacientes, lo que representa el 2,9% de remisiones, es decir, que al 97,1 % de los enfermos que acudieron a nuestro cuerpo de guardia con algún tipo de urgencia de ese período de tiempo se le dio solución a través de la atención médica primaria (gráfico).

Las afecciones o síndromes analizados según remisiones pueden apreciarse en el cuadro I. Vemos que, independientemente del grupo de



CUADRO I

REMISIONES A LA ATENCION SECUNDARIA. AFECCIONES O SINDROMES

Afecciones o síndromes	Total de remisiones en el año	Distribución Promedio . porcentual (%) mensual	
ERA	16	0,9	1,3
Síndrome emético	20	1,1	1,7
EDA	28	1,6	2,3
Síndrome febril	49	2,8	4,0
Nefropatías	59	3,4	4,9
Dolor abdominal	204	11,7	17,0
Heridas	215	12,4	18,0
Asma	107	6,1	9,0
Cardiopatías	158	9,1	13,2
Traumatismos	357	20,5	29,7
Otros	531	30,5	44,0
Total	1734	100	145

*Fuente: Departamento de Estadísticas.
Policlínico docente "Alamar" marzo de 1980 — febrero de 1981.*

Otros , que como se señala en la metodología incluye una gama variada de afecciones, fueron los traumatismos y las heridas las condiciones que obligaron a un mayor número de remisiones; entre ambos representaron el 33% de las mismas. Las ERA, síndrome emético y EDA fueron las de menor promedio mensual y el menor porcentaje de remisiones.

Al comparar las remisiones con los casos vistos, se encuentra que la mayor parte de las urgencias encontraron solución en el cuerpo de guardia, por encima del 90% y aún por encima del 95% (cuadro II).

Solamente los traumatismos (que incluyen politraumatizados, fracturas, etc.) necesitaron ser remitidos en una proporción significativa, el 23%.

Como se puede apreciar, afecciones que son de una gran afluencia en los cuerpos de guardia de los hospitales como la ERA, las EDA y el asma fueron resueltas en nuestro cuerpo de guardia en más de 98% y otros de la envergadura de las cardiopatías y las nefropatías en más del 92%. Entre las afecciones que fue necesario remitir en más del 10% están los síndromes dolorosos abdominales que por requerir otras investigaciones y una valoración quirúrgica así lo exigieran. También las heridas tuvieron un alto porcentaje de remisiones en comparación con las otras afecciones, en lo que influyeron en ello varios factores como son, poco entrenamiento quirúrgico de los médicos, presión asistencial y, principalmente, localización y extensión de las heridas.

En el cuadro III relacionamos los promedios mensuales de casos vistos y remisiones según diagnóstico y obtenemos la proporción entre ellos.

Se aprecia que la proporción más alta la tienen los traumatismos y heridas; un caso remitido por cada cuatro atendidos por trauma y uno remitido por cada cinco heridos, mientras que la proporción menor está representada por las ERA, ya que por cada 568 pacientes con manifestaciones respiratorias agudas atendidos se remitió uno, y fue significativa también la proporción de los casos de asma (1 de cada 67) y las de afecciones cardiovasculares (1 remitido por cada 32 pacientes atendidos con una urgencia cardiovascular).

CUADRO II

REMISIONES V SOLUCIONES

Afecciones o síndromes	Pacientes remitidos	Pacientes atendidos	% de soluciones
ERA	16	8 856	99,8
Síndrome emético	20	648	97,0
EDA	28	1 788	98,4
Síndrome febril	48	420	88,6
Nefropatías	59	828	92,0
Asma	107	7 284	93,5
Cardiopatías	152	2 760	94,3
Síndrome doloroso abdominal	204	1 740	88,3
Heridas	215	1 164	81,5
Traumatismos	357	1 500	76,2
Otros	531	33 636	98,4
Total	1 734	60 543	97,1

Fuente: Departamento de Estadísticas.
 Policlínico docente "Alamar", marzo de 1980 — febrero de 1981.

CUADRO III

PROPORCION DE REMISIONES POR CASOS VISTOS SEGUN DIAGNOSTICO

Afecciones o síndromes	x mensual casos vivos	x mensual casos remitidos	Proporción de remisiones por casos vistos
Traumatismos	125	30	4
Heridas	97	18	5
Síndrome febril Síndrome doloroso abdominal	35	4	8
Nefropatías	145	17	8
Cardiovasculares	69	5	14
Síndrome emético	230	13	17
EDA	47	1,7	32
Asma	149	2,3	65
ERA	607	9	67
Otros	738	1,3	568
Total	2 803	44	70
	5 045	144	35

Fuente: Departamento de Estadísticas.
Policlínico docente "Alamar", marzo de 1980 — febrero de 1981.

En el cuadro IV se desglosan las remisiones a centros hospitalarios, igualmente distribuidos por afecciones y síndrome. Al hospital "Miguel Enríquez" corresponde el mayor número de remisiones por ser nuestro hospital base: un total de 1 080 remisiones fueron dirigidas hacia dicho hospital, lo que representa el 62%. Al hospital "Luis Díaz Soto" (Naval), se remitieron un total de 491 pacientes, lo que representó el 28%; a otros centros que incluyen institutos, hospitales obstétricos, hospitales clínico- quirúrgicos, etc., se remitieron 130 pacientes, para el 7,5%. En las remisiones al hospital naval influyen varios factores, el principal es la relativa cercanía a nuestro policlínico, de manera que los pacientes con extrema urgencia, principalmente traumática, cardiorrespiratoria o quirúrgica, se dirigen a dicho centro. También influyen en estas remisiones la falta ocasional de amoulandia en el policlínico, por rotura o mantenimiento y la necesidad de utilizar otro vehículo estatal o privado, a veces colectivo, para trasladar a un paciente.

Cierto es que nuestro policlínico tiene una gran demanda asistencial, dado entre otros por la condición de policlínico docente, la ausencia de hospitales cercanos y la facilidad de la atención las 24 horas del día. Durante este período se atendieron en consulta externa 63 560 casos, es decir, solamente 3 012 más que en cuerpo de guardia. Esto hace un total de 124 108 atenciones primarias, (no incluye las visitas de terreno y las interconsultas) y ello representa 3,15 atenciones oor habitante La utilización, al parecer excesiva del cuerpo de guardia se explica porque

CUADRO IV

REMISIONES A HOSPITALES

Afecciones o síndrome	HOSPITALES				
	Miguel Enriquez	Luis Díaz Soto	Calixto García	Fructuoso Rodríguez	Otros
ERA	15				1
Síndrome emético	15	5			
EDA	17	1			
Síndrome febril	29	5			15
Nefropatías	48	11			
Asma	83	21	1		2
Cardiopatías	111	40			7
Síndrome doloroso abdominal	164	30	1		9
Heridas	46	162	6		1
Traumatismos	212	124	13	5	3
Otros	340	92	7		92
Total	1 080	491	28	5	130
	(62,2%)	(28,3%)	(1,6%)	(0,3%)	(7,5%)

nuestros sectores ofrecen un solo turno de cuatro horas de consulta al día, como corresponde a los policlínicos docentes. No obstante, la productividad por hora en ese período en consulta fue de 6,2, y el promedio por día fue de 247, mientras el promedio por día en el cuerpo de guardia fue de 166 casos (cuadro V).

CUADRO V

ATENCIÓNES EN CONSULTA Y CUERPO DE GUARDIA

Casos vistos	No. pacientes	Por hora	Por día	Atenciones por habitante
En consulta	63 560	6,2	247	1,62
En cuerpo de guardia	60 548	6,9	166	1,53
Total	124 108	13,1	413	3,15

Fuente: Departamento de Estadísticas. Policlínico docente "Alamar", marzo de 1980-febrero de 1981.

CONCLUSIONES

1. En un año de trabajo, las atenciones primarias a las urgencias en el policlínico docente Alamar, ascendieron a 60 548; de los cuales al 97,1% se le encontró solución y se remitieron solamente 1 734 pacientes, lo que representó el 2,9% de las atenciones.
2. Afecciones de gran incidencia y necesidad de atención urgente fueron las ERA, EDA y el asma bronquial. La atención en el cuerpo de guardia del policlínico permitió resolver su asistencia en más del 98%.
3. La eficiencia que denotan estos datos justifica la presencia de cuerpos de guardia en

los policlínicos alejados de los hospitales en zonas con una alta densidad poblacional como la de la localidad de Alamar.

SUMMARY

Pérez Caballero, M. D. et al. *Emergencies in primary care*. Rev Cub Med 24: 2, 1985.

Emergency care offered at the emergency room of "Alamar" Teaching Polyclinic, during a «working year, is studied. Effectiveness of this care reached 97,8% of the solution paid to requirements for the attention to emergencies. With this experience usefulness of permanent medical care in health areas with high density population located at a great distance from hospital centers, is evident.

RÉSUMÉ

Pérez Caballero, M. D. et al. *Les urgences dans les soins primaires*. Rev Cub Med 24: 2, 1985.

Les auteurs étudient les soins d'urgence offerts dans le Service de garde de la poly-clinique universitaire "Alamar" pendant une année de travail. L'efficacité de ces soins a atteint 97,8% de solution de la demande de soins d'urgence. Cette expérience met en évidence l'utilité des soins médicaux permanents dans les aires de santé de haute densité de population dans les localités qui sont éloignées des centres hospitaliers.

BIBLIOGRAFIA

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública: Organización de los servicios y nivel de salud. 1974. Pp. 13-14.
2. Cuba. Ministerio de Salud Pública: Fundamentación para el nuevo enfoque de la medicina en la comunidad. Habana, 1976. P. 10.
3. Programas de Atención Integral al Adulto. 2da Jornada Provincial. La Habana, 1976.
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública: Mortalidad por ERA y EDA. Anuario Estadístico. La Habana, Instituto Cubano del Libro, 1973. Pp. 121-124.
5. Fildman, N. T.; E. R. Mc Fadden: Asma: terapéutica vieja y terapéutica nueva. Clin Med Norteam 61 (6): 1239-1250, 1977.
6. Cuba. Ministerio de Salud Pública: Mortalidad por asma. Informe Anual año 1977. La Habana. 1978. P. 58.

Recibido: 8 de septiembre de 1983.

Aprobado: 15 de enero de 1984.

Dr. Manuel Delfín Pérez Caballero.
Calle J No. 552, apto. 1, e/J 25 y 27
Vedado, La Habana.