

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

“EVALUACION DEL PROCESO DE DIAGNÓSTICO Y
MANEJO DE LA FARINGOAMIGDALITIS BACTERIANA
AGUDA EN POBLACION ENTRE 15 Y 65 AÑOS DE
EDAD, QUE ACUDE A DOS CENTROS DE ATENCIÓN
PRIMARIA: CENTRO DE SALUD DE CARAPUNGO
(AREA DE SALUD 21) DEL MINISTERIO DE SALUD
PUBLICA Y CENTRO DE MEDICINA FAMILIAR
CARAPUNGO DEL HOSPITAL VOZANDES QUITO, EN
EL PERÍODO DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2011”

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DR. ANDRADE ALTAMIRANO PABLO DAVID

DRA. JARAMILLO JÁCOME LUCIA GABRIELA

DIRECTOR: DR. GALO SÁNCHEZ

QUITO 2012

“La calidad nunca es un accidente; siempre es el resultado de un esfuerzo de la
inteligencia.”

John Ruskin

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios en primer lugar, a mi familia, a mi esposa Marcela y en especial a mi hija Samy por ser la inspiración para la realización de este trabajo.

Pablo Andrade

Agradezco a Dios primeramente, a mi madre por haberme apoyado hasta este momento de mis estudios y sobretodo a mi esposo Santiago por el apoyo incondicional y el ánimo que me infunde incluso en los momentos más difíciles. Gracias también a todos nuestros maestros quienes han sabido impartirnos tantas valiosas enseñanzas.

Gabriela Jaramillo

TABLA DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	- 11 -
2. JUSTIFICACIÓN	- 14 -
3. MARCO TEÓRICO.....	- 16 -
3.1 CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD	- 16 -
3.1.1 QUE SE ENTIENDE POR CALIDAD	- 16 -
3.1.2 CALIDAD DE ATENCION AL CLIENTE	- 19 -
3.1.3 COMPONENTES DE LA CALIDAD Y SUS DIMENSIONES	- 19 -
3.2. CLASIFICACION DE LA CALIDAD.....	- 21 -
3.3 GESTION DE CALIDAD	- 22 -
3.4 ESTÁNDARES DE CALIDAD	- 23 -
3.5 EFICIENCIA, EFICACIA Y EFECTIVIDAD EN LA ATENCIÓN DE CALIDAD... -	28 -
3.6 CALIDAD EN SERVICIOS DE ATENCIÓN EN EL DMQ	- 31 -
3.7 ACCESO DE SALUD EN ECUADOR Y QUITO	- 33 -
3.8 PROCESOS	- 34 -
3.9 FARINGOAMIGDALITIS BACTERIANA AGUDA.....	- 40 -
3.10 AREA DE ESTUDIO	- 46 -
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	- 47 -
4.1 PROBLEMA DE INVESTIGACION	- 49 -
5. OBJETIVOS	- 50 -
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	- 50 -
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	- 50 -
6. HIPÓTESIS.....	- 51 -
7. MATERIALES Y METODOS	- 51 -
7.1 TIPO DE ESTUDIO	- 52 -
7.2 UNIVERSO Y MUESTRA	- 52 -
7.4 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	- 53 -
7.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	- 53 -
7.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	- 53 -
7.5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	- 54 -
7.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN -	54

7.7 PLAN ANÁLISIS DE DATOS	- 54 -
8. ASPECTOS BIOÉTICOS.....	- 55 -
10. RESULTADOS.....	- 56 -
11. DISCUSIÓN:	- 69 -
12. CONCLUSIONES	- 73 -
13. RECOMENDACIONES	- 75 -
14. ANEXOS	- 76 -
15. FOTOGRAFÍAS	- 77 -
16. BIBLIOGRAFÍA	- 80 -

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ACP = American College of Physicians

APS = Atención primaria en salud

CDC = Center for Disease Control

CIE-10 = Clasificación Internacional de Enfermedades

DMQ = Distrito Metropolitano de Quito

GPC = Guía de práctica clínica

HVQ = Hospital VozAndes Quito

IDSA = Infectious Disease Society of America

IESS = Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

INEC = Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

MSP = Ministerio de Salud Pública

NICE = National Institute for Health and Clinical Excellence

OMS = Organización Mundial de la Salud

PUCE = Pontificia Universidad Católica del Ecuador

LISTADO DE GRÁFICOS

GRAFICO 1. Diagnóstico de faringo amigdalitis bacteriana aguda de acuerdo al centro

GRAFICO 2. Distribución de la población con diagnóstico de faringo amigdalitis bacteriana aguda por grupos de edad.

GRAFICO 3. Cumplimiento de criterios de centor según el centro estudiado.

GRAFICO 4. Porcentaje de criterios de centor cumplidos.

GRAFICO 5. Porcentaje de tipo de criterio de centor cumplido por cada centro.

GRAFICO 6. Porcentaje de criterios de centor cumplidos que recibieron Penicilina.

GRAFICO 7. Porcentaje de criterios de centor cumplidos que no recibieron Penicilina

GRAFICO 8. Porcentaje de criterios de centor cumplidos que recibieron otro antibiótico.

GRAFICO 9. Porcentaje de otro antibiótico que recibieron los pacientes en el Centro de Medicina Familiar del HVQ.

GRAFICO 10. Porcentaje de otro antibiótico que recibieron los pacientes en el Centro de Salud del MSP.

GRAFICO 11. Porcentaje de pacientes que recibieron analgésicos como parte del tratamiento.

GRAFICO 12. Porcentaje de analgésicos recibidos en función de los criterios de centor cumplidos.

GRAFICO 13. Porcentaje de prescripción de analgésicos en el Centro de Salud de Carapungo del MSP

GRAFICO 14. Porcentaje de prescripción de analgésicos en el Centro de Medicina Familiar de Carapungo del HVQ.

LISTADO DE FOTOGRAFIAS

15.1 Fotografía satelital Subcentro de Carapungo y Centro de Medicina Familiar Carapungo

15.2 Subcentro de Salud y Maternidad Carapungo – Ministerio de Salud Publica

15.3 Archivo de historias clínicas Subcentro de Salud y Maternidad Carapungo

15.4 Centro de Medicina Familiar Carapungo – Hospital VozAndes Quito

15.5 Proceso de registro de información de las historias clínicas

15.6 Proceso de revisión de historias clínicas

RESUMEN

Objetivo: El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo evaluar y comparar el proceso de diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis bacteriana aguda en personas entre los 15 y 65 años en un centro de salud perteneciente al Ministerio de Salud Pública y un centro privado perteneciente al Hospital Vozandes Quito, siendo las infecciones del tracto respiratorio una de las principales causas por las que acuden los pacientes a la consulta externa.

Metodología: Se revisaron los partes diarios de atención para identificar el diagnóstico de faringoamigdalitis bacteriana aguda o código J03 del CIE-10 y luego se revisó cada historia clínica para identificar las variables del estudio. Se obtuvo una muestra total de 148 historias clínicas en los dos centros que cumplieron con los criterios de inclusión y se evaluaron los criterios de Centor como parte del proceso de diagnóstico y de manejo antibiótico.

Resultados: El uso de Penicilina en pacientes con baja sospecha clínica de diagnóstico en ambos centros, de 0 a 2 criterios de Centor en el 65 % en el centro del MSP vs 15 % en el Centro de Medicina Familiar en Carapungo, poca prescripción de Penicilina en pacientes que cumplen con tres y cuatro criterios de Centor, 37.3% con tres criterios en el centro de salud del MSP vs 85.7 % y 33.3 % con tres y cuatro criterios respectivamente, en el Centro de Medicina Familiar del Hospital Vozandes; una prescripción de otros antibióticos distintos de la Penicilina, como azitromicina, cefuroxima, claritromicina, cotrimoxazol y el uso de analgésicos orales como acetaminofen e ibuprofeno como coadyuvantes para el tratamiento.

Conclusión: El proceso de diagnóstico y manejo de la faringoamigdalitis bacteriana aguda no se cumplió adecuadamente en ninguno de los dos centros estudiados.

Palabras clave: Faringoamigdalitis bacteriana aguda, criterios de Centor, penicilina.

ABSTRACT

Objective: The aim of this research was to evaluate and compare the diagnostic and treatment process of acute bacterial pharyngitis in people between 15 and 65 years in a primary care health center under the Ministry of Public Health and a private primary care health center belonging to Vozandes Hospital in Quito, given that respiratory tract infections are one of the main reasons why patients attend the outpatient clinic.

Methodology: We reviewed the documents of daily attention to identify the diagnosis of acute bacterial pharyngitis or ICD-10 code J03 and then checked every medical history to identify the study variables. We obtained a sample of 148 medical records at the two health centers that met the inclusion criteria, and the Centor criteria were evaluated as part of the process of diagnosis and antibiotic treatment.

Results: The use of penicillin in patients with low clinical suspicion of the diagnosis at both health centers, 65% from zero to two Centor criteria in the center of the MSP vs. 15% in the VozAndes Family Center. Little prescription of penicillin in patients who meet three and four Centor criteria, 37.3% with three criteria in the MSP health center vs. 85.7% and 33.3% with three and four criteria respectively in the VozAndes

Family Center. Prescription of antibiotics other than penicillin, such as azithromycin, cefuroxime, clarithromycin, cotrimoxazole, and oral analgesics such as acetaminophen and ibuprofen as complements for treatment.

Conclusion: The process of diagnosis and management of acute bacterial pharyngitis is not adequately enforced in any of the two centers studied.

Keywords: acute bacterial pharyngitis, center criteria, penicillin.

1. INTRODUCCIÓN

El mundo está cambiando en las últimas décadas en relación a la importancia de la calidad como componente esencial en todo sistema de salud. A medida que la sociedad alcanza un mayor nivel de vida, adquieren relevancia cuestiones estrechamente emparentadas con ello: la protección de la salud, los derechos de los pacientes-consumidores, etc. En líneas generales, los pacientes pueden parecer poco sensibles a la calidad de la atención médica, quizás por conformismo, quizás por ignorancia u otros factores. Incluso, un paciente puede encontrarse globalmente satisfecho con el sistema hospitalario en general. Pero cuando se tienen en cuenta cuestiones concretas como la amabilidad en la atención, el trato, y la relación con el médico, la efectividad con todo lo que ello implica, pueden aparecer críticas importantes o relevantes que deben ser tomadas en cuenta.¹

La atención primaria de salud (APS), como la define la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la estrategia de asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

¹ Delia, M., Cantarell, M., (2006). Calidad de la atención médica. Curso Básico de Auditoría Médica, Médicos Municipales.

Los centros, subcentros tanto públicos y privados de atención primaria forman parte del sistema nacional de salud, y es indispensable que todos sus procesos sean sometidos a una evaluación de la calidad. De ahí la importancia de conocer que la calidad de la atención se refiere a las actividades encaminadas a garantizar servicios de salud accesibles y equitativos, con prestaciones profesionales óptimas, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la satisfacción del usuario.²

Para ello, es pertinente conocer las dimensiones o componentes de la calidad, que son: competencia y desempeño profesional, efectividad, eficiencia, accesibilidad, satisfacción, adecuación, continuidad. Así mismo, con el fin de determinar los objetivos de un sistema de salud, podemos enunciar lo que propone la OMS que es mejorar la salud de la población, ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud y garantizar seguridad financiera en materia de salud.

Además cabe mencionar que para alcanzar estos objetivos existen dos dimensiones que deben ser medidas en los sistemas de salud, en cuanto a calidad se refiere:

Calidad técnica que busca garantizar la seguridad, efectividad y utilidad de las acciones en pro de la salud, así como la atención oportuna, eficaz y segura de los usuarios de los servicios.

Calidad percibida por los usuarios, que toma en cuenta las condiciones materiales, psicológicas, administrativas y éticas en que dichas acciones se desarrollan.³La evaluación de un proceso se centra en el análisis de la calidad de los métodos con el

² Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud. Revista Cubana de Salud Pública En: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol22_1_96/spu07196.htm

³ Rodríguez, A., (2009) Perspectivas de la Salud en la región Sur-Sureste. Sitio web:http://www.smsp.org.mx/documentos/Garantia_Sistemas_de_Salud%20-%20Merida_4Jun.pdf

único fin de poder prevenir errores y garantizar procesos de alta calidad y que sean satisfactorios para los pacientes.

En el Ecuador, a nivel de atención primaria, la segunda causa de morbilidad en la consulta son las patologías respiratorias y entre ellas una de las más comunes es la faringoamigdalitis bacteriana aguda. Existen consensos y evidencia científica internacional que facilitan herramientas para mejorar el diagnóstico y tratamiento de dicha patología; sin embargo, aun no se ha logrado llegar a un consenso o protocolización de su manejo en centros de primer nivel tanto privados como públicos

El presente trabajo busco investigar cómo se encuentra la calidad de atención de salud en el centro de salud de Carapungo del MSP y en el Centro de Medicina Familiar perteneciente al HVQ, a través de la evaluación de un proceso de diagnóstico y tratamiento de la faringo amigdalitis bacteriana aguda, a través de la utilización de los criterios de Centor y la medición del uso o no de la Penicilina como primera opción terapéutica.

2. JUSTIFICACIÓN

La calidad es hoy concepto, componente y exigencia fundamental en los servicios de salud y dentro de la atención sanitaria es entendida como un enfoque centrado en el cliente, es una de las estrategias predominantes en la gestión de salud actual. La OMS en su constitución afirma que toda persona tiene derecho al más alto nivel de salud, con profesionales excelentes y con el uso adecuado y responsable de insumos, materiales y servicios de salud. Para determinar la calidad en la atención en salud brindada se requiere de una gestión por procesos en la que se analizan las acciones secuenciales que llevan a la obtención de resultados que satisfagan las necesidades de los pacientes.

En los centros de primer nivel de atención la segunda causa de morbilidad son las infecciones respiratorias altas y entre ellas la faringo amigdalitis bacteriana aguda, por lo cual es de trascendental importancia contar con protocolos o normativas estándares de atención de esta patología con el fin de dar la mejor atención al paciente. Existe suficiente evidencia científica que brinda herramientas y protocolos para realizar un óptimo diagnóstico y tratamiento de esta patología pero que aun no han sido acogidas por la totalidad de instituciones de salud.

La atención que reciben los usuarios es de calidad si satisface sus necesidades de manera cortés y en el momento que lo demandan pero también si el personal de salud realiza el procedimiento de diagnóstico y tratamiento de una manera adecuada. Por lo que el propósito del presente trabajo es evaluar el proceso de diagnóstico y manejo de faringoamigdalitis bacteriana aguda en población entre 15 y 65 años de edad que

acuden al centro de salud perteneciente al Ministerio de Salud Pública y el Centro de Medicina Familiar de Carapungo perteneciente al Hospital Vozandes Quito.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

3.1.1 QUE SE ENTIENDE POR CALIDAD

El concepto de calidad tiene su origen en los procesos industriales. Así, en el ámbito de las empresas se habla de calidad total como el conjunto de principios, de métodos organizados y de estrategias globales que intentan movilizar a toda la empresa con el fin de integrar los esfuerzos de mejora continua de todas las personas y estamentos de la organización para proveer productos y servicios que satisfagan las necesidades de los consumidores al menor coste. Juran define la calidad como la idoneidad o aptitud para el uso de un determinado producto o servicio; es decir, un producto o servicio será de calidad si cumple con las funciones previstas. Este concepto exige una definición previa de qué necesidades y expectativas están previstas que sean satisfechas por el producto o servicio a evaluar.

Deming define la calidad en función del sujeto que ha de juzgar el producto o servicio. Para Ishikawa el concepto de calidad es muy parecido, ya que la calidad del producto o servicio es la satisfacción de los requisitos de los consumidores de ese producto o servicio⁴.

La American Society for Quality Control define la calidad como la totalidad de funciones y características de un producto o servicio dirigidas a satisfacer las necesidades de un cierto usuario. En los manuales de normas ISO (ISO 29004-2) se

⁴ Rodríguez, Alfonso. Garantía de calidad Sistemas de Salud. Análisis y Perspectivas de la Salud en la región Sur-Sureste. Mérida, Yucatán; 4 de Junio del 2009.

define la calidad como el conjunto de especificaciones y características de un determinado producto o servicio referidas a su capacidad de satisfacer las necesidades que se conocen o presuponen.

Hasta aquí hemos visto lo que es la calidad en el campo industrial. En lo referente al terreno sanitario, el concepto ha ido evolucionando. Existe una definición clásica (IOM 1972) que dice que una asistencia médica de calidad es aquella que es efectiva en la mejora del nivel de salud y grado de satisfacción de la población, con los recursos que la sociedad y los individuos han elegido destinar a ella.

La OMS (1985) define la calidad de la asistencia sanitaria como asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente durante el proceso⁵.

⁵ Castro, Sonia. "Calidad en la atención de la salud desde la auditoria medica" (2010): 1-28.

Las tres dimensiones de la calidad de los servicios sanitarios.



Grafico tomado de Castro, Sonia. "Calidad en la atención de la salud desde la auditoria medica". 2010.

Se sabe que el aumento de la calidad conduce a una reducción de los costos a través de incurrir en menos faltas y/o errores como son las duplicaciones, readmisiones, dilaciones, y negligencias (lo que a su vez reduce los costos legales). Todo esto lleva a que los pacientes estén más satisfechos, lo que también redundará en que el personal haga lo mismo y vea cómo su orgullo por el trabajo se incrementa, creando un ambiente positivo que se traduce en menos ausentismo y en mayor creatividad. Esto es, se incrementa la motivación, no sólo por el propio trabajo, sino por mejorar de forma constante la calidad misma del servicio ofrecido.

3.1.2 CALIDAD DE ATENCION AL CLIENTE

La calidad es un proceso integral y polifacético. Es un conjunto de características técnicas, materiales y humanas que debe tener la atención de salud para proveer a los beneficiarios, la posibilidad de obtener el mejor estilo de vida saludable a un costo que es social y económicamente viable para el sistema.

Si pensamos que la atención sanitaria está dirigida principalmente a mejorar la salud de las personas y de las comunidades, es natural que la opinión de los pacientes constituya uno de los indicadores principales de su calidad. En esto se basan los actuales esfuerzos hacia los llamados “sistemas orientados al cliente” o a la llamada “capacidad de reacción” a las expectativas de la población como cualidad importante de los sistemas de salud.⁶

3.1.3 COMPONENTES DE LA CALIDAD Y SUS DIMENSIONES

Los expertos en calidad reconocen varias dimensiones diferentes de la calidad que varían según el contexto en el cual tiene lugar un esfuerzo de garantía de la misma.

En este contexto citamos 7 dimensiones:

1. Competencia profesional.- se refiere a la capacidad y el desempeño de las funciones de grupos de salud, personal administrativo y personal de apoyo.

⁶ Jiménez, R. (2004).Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. Rev Cubana Salud Pública 2004;30(1):

2. Acceso a los servicios.- implica la eliminación de las barreras de todo tipo que obstaculiza el uso eficaz de los servicios de atención de salud.
3. Eficacia.- se refiere a la aplicación correcta de las normas de prestación de servicios y orientación clínica
4. Satisfacción de los usuarios.- se refiere a la relación entre proveedores y clientes, entre administradores y proveedores de servicios de salud y entre el equipo de salud y la comunidad.
5. Eficiencia.- está en relación con los recursos económicos y se refiere a la administración y los beneficios de los mismos.
6. Continuidad.- Implica que el usuario o cliente pueda recibir la serie completa de los servicios de salud que necesita sin interrupciones, paralizaciones o repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico y tratamiento.
7. Seguridad.- implica la reducción de riesgos, de infecciones, de efectos colaterales con la prestación de los servicios.

Avedis Donabedian planteo que toda la información que sirve para juzgar y evaluar la calidad puede clasificarse dentro de una de estas tres categorías⁷:

⁷ Smith, Peter C, Elias Mossialos, and Irene Papanicolas. "Performance Measurement for Health System Improvement Experiences , Challenges and Prospects." *Management*.

1. *Estructura*: Se refiere a las características del contexto en el que se presentan los servicios, incluye recursos materiales, humanos y estructura institucional.
2. *Proceso*: Contiene lo que en realidad se realiza para prestar y recibir servicios. Incluye las acciones del paciente para buscar atención médica y las acciones del profesional para diagnosticar y dar un tratamiento.
3. *Resultado*: Son los efectos de la atención para el estado de salud de los pacientes y la población.

COMPONENTES INDISPENSABLES DE LA CALIDAD

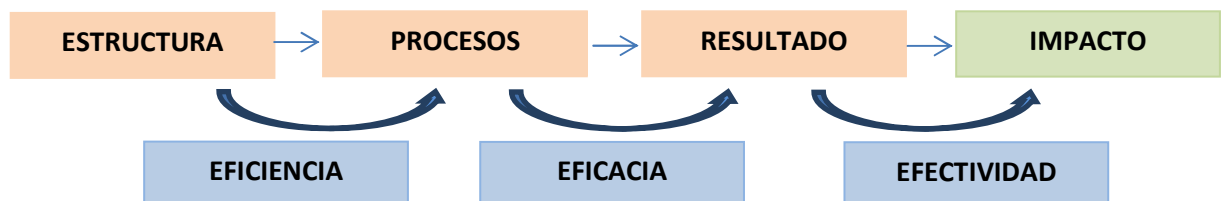


Grafico tomado de Ortiz, P. et al. Modulo 1 : Gerencia y Calidad en servicios de salud.

3.2. CLASIFICACION DE LA CALIDAD

Técnica: es la aplicación de la ciencia y tecnología médica de forma que maximice los beneficios de la salud, sin aumentar de forma proporcional los riesgos en la atención mediante el cual se espera poder proporcionar al usuario externo el máximo y más completo bienestar, logrando un equilibrio más favorable de riesgo y beneficio.

Sentida: es la satisfacción razonable de las necesidades de los usuarios externos después de utilizar los servicios de calidad de la institución. Está en la subjetividad y debe ser explicada por ellos. Calidad es el cumplimiento de las normas técnicas y la satisfacción de las necesidades sentidas de los usuarios. Relaciona la entrega amable y respetuosa de los servicios con un contenido técnico.

Total: es el conjunto de principios de estrategias globales que intenta movilizar a todas las empresas con el fin de obtener una mejor satisfacción del usuario al menor costo posible.

3.3 GESTION DE CALIDAD

Es aquel aspecto de la función directiva que determina y aplica la política de calidad y comprende tres procesos: planificación, organización y control.⁸

1. **La planificación de la calidad:** Constituye el proceso de definición de las políticas de la calidad, generación de los objetivos y establecimiento de estrategias para alcanzarlos.

2. **La organización para la calidad:** Es el conjunto de estructura organizativa, procesos, recursos para gestionar la calidad y es la división de funciones, tareas y su coordinación.

3. **Control de la calidad:** Abarca las técnicas y actividades de carácter operativo utilizadas en la verificación del cumplimiento de los requisitos relativos a la calidad.

⁸ Varo, J., (1994). Gestión Estratégica de la Calidad en Los Servicios Sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria.

Es el proceso a través del cual se puede medir la calidad real y compararla con las normas.

3.4 ESTÁNDARES DE CALIDAD

Un estándar representa un nivel de desempeño adecuado que es deseado y factible de alcanzar. Adicionalmente, la comprobación de ese logro debe ser demostrada por la organización que dice haber obtenido el nivel deseado de desempeño, ante lo cual es necesario que se cree un sistema explícito para verificar y calificar el grado del logro alcanzado.

Es importante resaltar que cada uno de los estándares mencionados en adelante cuenta con una particularidad en común: el proceso de mejoramiento continuo. Este proceso, que parte desde la planeación, pasando por las labores de monitorización, identificación de prioridades, propuesta de evaluación de resultados y comunicación de los mismos, hace parte integral del núcleo a donde quiere apuntar el sistema de gestión de la calidad, esto es, que la organización no se conforme con demostrar que cuenta con un proceso plasmado en soportes técnicos, sino que a partir de ese planteamiento inicial se desarrollen mecanismos de evidencia y soporte que permitan a todos los actores sociales constatar su compromiso con la gestión de calidad en salud.

Ese sistema explícito ha definido que variables e indicadores integran el sistema de verificación o cumplimiento del estándar.

3.4.1 Indicadores de calidad

Los indicadores constituyen la variable o conjunto de variables susceptibles de ser medidas, que permiten identificar y comparar el nivel o estado de un aspecto o área determinada. Son la base objetiva para realizar la evaluación de las actividades del sistema de prestación de salud, detectar desviaciones de lo esperado y tomar decisiones sobre el tipo de medidas dirigidas al mejoramiento continuo de la calidad de la atención. En la evaluación del sistema se mide no solo la estructura y los resultados, sino principalmente los procesos que se dan en cada área o servicio, a través de indicadores adecuados, que permitan a los propios responsables conocer su desempeño y detectar situaciones extremas o problemas que puedan ser resueltos oportunamente.

Calidad más calidez: fórmula de éxito de las organizaciones de salud.

Las organizaciones de salud son diferentes al resto de las empresas y comprender su particularidad es la clave para lograr una gestión exitosa en resultados. Entre algunos factores diferenciales podemos mencionar⁹.

- El manejo de la relación interpersonal con el cliente-paciente es infinitamente más compleja que el intercambio cliente- proveedor de cualquier tipo de empresa, ya que el cuidado de la salud tiene que ver con aspectos muy íntimos,

⁹ Delia, M; Cantarell,. (2006). Calidad de la atención médica. Curso Básico de Auditoría Médica, Médicos Municipales.

sensibles e importantes de la vida (permanente contacto con el sufrimiento, el dolor, la enfermedad).

- El concepto de calidad de servicio aplicado a las organizaciones de salud es más amplio e integral que aquel aplicado en el resto de las empresas. Así se pasa de la preocupación por la calidad del cuidado técnico, a la inclusión del cuidado emocional; de la preocupación por la efectividad a la inclusión de la eficiencia primero y después la optimización de los recursos; de la preocupación por el bienestar individual, al bienestar del grupo familiar (paciente/familia/amigos); de una calidad periférica a una calidad integral.
- En las empresas, la calidad se refiere a un producto o servicio, mientras que en las organizaciones de salud el objetivo final es la calidad de vida del paciente y su recuperación.
- Los costos de no calidad en las organizaciones de salud implican consecuencias diferentes que en el resto de las empresas: la no calidad en las instituciones sanitarias puede afectar y acabar con la vida del paciente.

En momentos donde la coyuntura parece ser lo único importante, los líderes de las empresas de salud deben detenerse a reflexionar en términos estratégicos, analizar cuales son las causas de su situación actual y qué deben hacer en el presente para estar posicionados como quisieran en un futuro próximo. En otras palabras, ¿Cómo diseñar y/o rediseñar e implementar una organización más efectiva y eficiente que se ajuste a las necesidades de sus especiales clientes y de la comunidad?

Mediante la fórmula de éxito de las organizaciones de salud: CALIDAD + CALIDEZ

Trabajar con calidad:

Se basa en la aplicación de ciertas premisas tales como:

- Control de costos: Las organizaciones de salud se caracterizan por tener un alto costo de no calidad difícilmente medible. Establecer un sistema de costos de la calidad es una acción estratégica porque permite conseguir la reducción de los costos.
- Proceso permanente hacia la calidad y eficiencia.
- Gestión basada en procesos, que significa hacer las cosas bien según lo establecido en las ciencias médicas, las ciencias de la salud, normas y procedimientos administrativos. Definición de indicadores y estándares aceptados.
- Acciones tendientes a lograr los resultados esperados de recuperar la salud, prevenir la enfermedad y mejorar la calidad de vida de la organización.
- Programa de mejoramiento a través de la educación continua, aprender haciendo.
- Trabajar de manera proactiva e innovadora, teniendo en cuenta las necesidades del paciente en forma integral.

- Constituir modelos de comportamiento, capaces de transgredir las prácticas de actuación que conlleva la sociedad de flujos lineales hacia cíclicos, desarrollando un nuevo “proyecto ambiental”.
- Desarrollar líderes de líderes, para poder liberar la capacidad mental de las organizaciones y así sostener el cambio organizacional, basado en los siete pilares fundamentales como son: eficacia, efectividad, eficiencia, optimización, accesibilidad, legitimidad y equidad.
- Situar a las personas en el centro de la estrategia de la empresa reconociendo su diferencia con el capital y la tecnología, reconociendo las características fundamentales del capital humano(funcionamos en el tiempo; buscamos significados; tenemos alma)

3.4.2 Evaluación de la calidad

Según Donabedian "el grado de calidad es la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre peligros y bondades" e incluye estructura, procesos y resultados como pilares para evaluar la atención sanitaria.¹⁰

Además cabe tener en cuenta que satisfacer las expectativas de los usuarios de los servicios de salud constituye un proceso complejo de intersubjetividades, donde solo se puede satisfacer a los usuarios si los trabajadores que brindan los servicios

¹⁰ Ortiz, P. et al. (2008). MODULO 1 : Gerencia y Calidad en servicios de salud. Proyecto Salud de Altura.

también se encuentran satisfechos. De ahí que la satisfacción es uno de los indicadores de calidad al cual se le otorga más importancia.

Al hablar de satisfacción, es importante tener en cuenta la distinción entre *satisfacción general*, referida al grado de satisfacción del paciente con los cuidados de salud recibidos, y la *satisfacción específica*, que es el grado de satisfacción respecto a la utilización de un servicio concreto, o respecto a aspectos concretos de los servicios recibidos.

La satisfacción de los pacientes es uno de los resultados humanísticos, considerada por Donabedian como la aprobación final de la calidad de la atención y refleja la habilidad del proveedor para cumplimentar las necesidades de los pacientes.

3.5 EFICIENCIA, EFICACIA Y EFECTIVIDAD EN LA ATENCIÓN DE CALIDAD

Son indicadores que nos permiten describir mejor un proceso.

3.5.1 Eficiencia: es el empleo de los medios de tal forma que satisfagan un máximo cuantitativo o cualitativo de fines o necesidades humanas. Consiste en un buen uso de los recursos, en lograr lo mayor posible con aquello que contamos. Si un grupo humano dispone de un número de insumos que son utilizados para producir bienes o servicios entonces se califica como eficiente a quien logra la mayor productividad con el menor número de recursos.¹¹

¹¹ Cabascango, K., Villegas, A. (2009). Calidad de atención dada por el profesional de la salud a los usuarios externos en el área de emergencia del Hospital San Vicente de Paúl (HSVP) durante el período noviembre 2009 a agosto 2010.

Eficiencia se emplea para relacionar los esfuerzos frente a los resultados que se obtengan. Si se obtienen mejores resultados con menor gasto de recursos o menores esfuerzos, se habrá incrementado la eficiencia. Esto es alcanzar los objetivos por medio de la elección de alternativas que pueden suministrar el mayor beneficio. Es la relación recursos/resultados bajo condiciones reales y se expresa por la fórmula:

$$\text{EFICIENCIA} = \frac{\text{RECURSOS}}{\text{RESULTADOS}}$$

La eficiencia supone conseguir un resultado concreto a partir de un mínimo de recursos o bien obtener el máximo beneficio de unos recursos limitados.

La eficiencia se evalúa a partir de comparaciones. Los estudios de eficacia y efectividad no incluyen recursos, los de eficiencia sí. En la eficiencia se consideran los gastos y los costos relacionados con la eficacia o efectividad alcanzados. Un sistema de salud se considera eficiente cuando es capaz de brindar un producto sanitario adecuado para la sociedad con un uso mínimo de recursos. Lograr eficiencia en salud, significa también alcanzar los mejores resultados con los recursos disponibles. De modo que cuando se persiguen determinados resultados también deben quedar claras cuáles son las formas más eficientes de alcanzarlos y qué procesos técnicos se deben abordar para llegar a ellos con eficiencia.

A diferencia de lo que ocurre en el lenguaje cotidiano, en términos de salud no existe sinonimia entre ninguno de estos tres conceptos que tienen significados diferentes y que se encuentran estrechamente concatenados, pues no se concibe eficiencia sin efectividad y esta pierde sentido sin eficacia.

3.5.2 Eficacia: se refiere a los resultados en relación con las metas y cumplimiento de los objetivos organizacionales. Para ser eficaz se deben priorizar las tareas y realizar ordenadamente aquellas que permiten alcanzarlos mejor y más. Es el grado en que un procedimiento o servicio puede lograr el mejor resultado posible. Es la relación objetivos/resultados bajo condiciones ideales y se expresa por la fórmula:

$$\text{EFICACIA} = \frac{\text{OBJETIVOS}}{\text{RESULTADOS}}$$

Cuando se crean condiciones de máximo acondicionamiento para alcanzar un fin y este se logra, los recursos puestos en función de este fin fueron eficaces.

En este campo, la eficacia se define como la expresión general del efecto de determinada acción cuyo objetivo es perfeccionar la atención médica. La eficacia de un procedimiento o tratamiento en relación con la condición del paciente, se expresa como el grado en que la atención/intervención ha demostrado lograr el resultado deseado o esperado.¹²

3.5.3 Efectividad: es la relación objetivos/resultados bajo condiciones reales y se expresa por la fórmula:

$$\text{EFECTIVIDAD} = \frac{\text{OBJETIVOS}}{\text{RESULTADOS}}$$

¹² Cabascango, K., Villegas, A. (2009). Calidad de atención dada por el profesional de la salud a los usuarios externos en el área de emergencia del Hospital San Vicente de Paúl (HSVP) durante el período noviembre 2009 a agosto 2010.

Esto quiere decir que el propósito se ha logrado bajo las condiciones reales del lugar donde la acción se llevó a cabo. Dicho de otra manera, cuando se llevan a la práctica acciones para lograr el propósito que previamente se alcanzó bajo condiciones ideales y este se consigue en las condiciones reales existentes, entonces los recursos puestos en función para ese fin fueron efectivos.

La efectividad es un término de mayor alcance que la eficacia, pues expresa la medida del impacto que un procedimiento determinado tiene sobre la salud de la población; por lo tanto, contempla el nivel con que se proporcionan pruebas, procedimientos, tratamientos y servicios y el grado en que se coordina la atención al paciente entre médicos, instituciones y tiempo. Es un atributo que solo puede evaluarse en la práctica real de la medicina.¹³

3.6 CALIDAD EN SERVICIOS DE ATENCIÓN EN EL DMQ

En el estudio realizado por Salud de Altura en el DMQ se monitorearon unidades de atención primaria y se analizaron varios parámetros para medición de calidad¹⁴.

Monitoreo de la gestión de calidad: Se investigó si en el establecimiento se utilizaban protocolos y guías para el manejo de pacientes. El 92% del personal afirmó que en su establecimiento existían protocolos y guías clínicas de atención, y afirmaron conocer

¹³ Cabascango, K., Villegas, A. (2009). Calidad de atención dada por el profesional de la salud a los usuarios externos en el área de emergencia del Hospital San Vicente de Paúl (HSVP) durante el período noviembre 2009 a agosto 2010.

¹⁴ Lucio, R., Y, Castro, K., & P. (2007). La Salud en Quito: análisis de acceso y calidad. Línea base del proyecto salud de altura. Sitio en internet: www.saluddealtura.com/...salud/publicaciones-salud-gratuitas

las normas de atención del MSP; sin embargo, esta misma población encuestada dijo que existían indicadores estándares para seguimiento y monitoreo en la gestión de calidad solamente en alrededor del 60%.

Calidad en la atención: En los establecimientos de primer nivel de atención se observo un énfasis importante en la población materno-infantil, lo cual genera que se descuide la atención de grupos con morbilidades crónicas y tercera edad.

Calidad en la práctica profesional: Para analizar la calidad de la práctica profesional se ha considerado el registro de historias clínicas y la consistencia de su contenido, el uso de protocolos, ayuda diagnóstica y la prescripción.

En relación al registro de las historias clínicas, este estudio demostró que de 294 consultas, el 11% no tenían diagnóstico y el 80,5% de los diagnósticos registrados tenían argumentos coherentes que los respaldaban.

Respecto del tipo de profesional que atendió la consulta, el 94,8% de médicos generales colocó el diagnóstico, frente a 88,5% de médicos especialistas. En el 42,5% de las consultas se solicitaron exámenes complementarios de los cuales 89,6% fueron coherentes con el diagnóstico. Fue mayor la solicitud de exámenes por parte de médicos especialistas 97% frente a 75% en el caso de los médicos generales.

Se observo además el uso de protocolos para el 45% de las consultas de control y el 17.1% para las consultas de morbilidad. El uso de protocolos se relaciono más bien con la disponibilidad de formularios que con el conocimiento a profundidad del mismo.

En cuanto al registro de los planes de tratamiento, solo el 83,3% lo anotaron; 76,3% en el caso de los especialistas frente al 93,9% de los médicos generales. Así mismo, la quinta parte de los planes de tratamiento consistían solamente en la prescripción de fármacos, conducta mayoritaria en los médicos generales. De los fármacos prescritos el 29,5% eran medicamentos sin eficacia en el caso de los médicos generales y 6% en el caso de los especialistas. Finalmente, en el 30% de los casos no existió coherencia ente el diagnóstico y el plan de tratamiento.¹⁵

3.7 ACCESO DE SALUD EN ECUADOR Y QUITO

La atención primaria en salud es considerada la base de la atención médica ambulatoria y la encargada de resolver la mayoría de patologías prevalentes; entre ellas las infecciones respiratorias altas en todos los grupos de población. Para tener una idea de cómo se encuentra el acceso al primer nivel de atención en el Ecuador y las infecciones respiratorias, nos basamos en datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Para el año 2008 se registraron en todo el país 1703083 casos notificados como infecciones respiratorias agudas; de los cuales 659665 en la región Sierra, 908623 en la región Costa, 132845 en la región Amazónica y 1950 en la región insular. Solo en la provincia de Pichincha se reportan 250400 casos.

¹⁵ Lucio, R., Y, Castro, K., & P. (2007). La Salud en Quito: analisis de acceso y calidad. Linea base del proyecto salud de altura. Sitio en internet: www.saluddealtura.com/...salud/publicaciones-salud-gratuitas

3.8 PROCESOS

Los procesos son parte importante de la calidad, y se refieren a cualquiera de las secuencias repetitivas de actividades que una o varias personas desarrollan para transformar elementos de entrada en resultados. En el área de la salud entendemos por proceso el conjunto de actuaciones, decisiones y actividades que se ejecutan de forma secuencial y ordenada para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos y necesidades del paciente o la población al que va dirigido.¹⁶

La evaluación del proceso se centra en el análisis de la calidad de los métodos, por lo que es fundamental planificar e instaurar procesos bien definidos y controlados con el fin de poder prevenir errores y garantizar así procesos de alta calidad técnica, con resultados que deben ser evaluables en función de unos estándares definidos y considerados como satisfactorios por los clientes.

La metodología de gestión de procesos aporta las herramientas necesarias para alcanzar este objetivo al facilitar el diseño del proceso de acuerdo con el entorno y los recursos disponibles, normalizando la actuación y la transferencia de información de todo el equipo que participa en el mismo, permitiendo mejorar la eficiencia, efectividad y calidad del servicio.

Dos características esenciales de todo proceso son:

1. Variabilidad: variaciones que se producen al repetir el proceso varias veces.

¹⁶ Lorenzo, Susana; Mira, Jose, et al. La gestión por procesos en instituciones sanitarias. Sitio web: http://calite.umh.es/data/docs/110/Gestion_procesos.pdf

2. Repetitividad: a más repeticiones, el proceso va mejorando y por lo tanto los resultados son mejores.

A través de los indicadores se puede describir mejor un proceso y estos pueden ser

- indicadores de eficacia: cuando miden lo bien o lo mal que un proceso cumple con las expectativas de los clientes.
- indicadores de eficiencia: cuando miden el consumo de recursos del proceso.

Los procesos de una institución sanitaria pueden agruparse en:

- *clave*: afectan de modo directo la prestación del servicio asistencial y por lo tanto la satisfacción del cliente externo (paciente)
- *estratégico*: permiten desarrollar e implementar la estrategia de la institución sanitaria.
- *sopORTE*: permiten la operación de la institución sanitaria y sin embargo no son considerados clave por la misma, en general son los procesos de gestión.

Enfoque basado en procesos

El enfoque basado en procesos busca alcanzar los resultados que se desean de una manera más eficiente. Permite a una organización centrar su atención sobre áreas de resultados que es importante conocer y analizar para el control del conjunto de actividades y para conducir a la organización hacia la obtención de los resultados deseados. Para tener un enfoque basado en procesos, se debe seguir los siguientes pasos:

- Definir las actividades que componen el proceso.

- Identificar la interrelación con otros procesos.
- Definir las responsabilidades respecto al proceso.
- Analizar y medir los resultados de la capacidad y eficacia del proceso.
- Centrarse en los recursos y métodos que permiten la mejora del proceso.

Al poder ejercer un control continuo sobre los procesos individuales y sus interrelaciones dentro del sistema de procesos, se pueden conocer los resultados que obtiene cada uno de los procesos y cómo los mismos contribuyen al logro de los objetivos generales de la organización. A raíz del análisis de los resultados de los procesos se permite, además, centrar y priorizar las oportunidades de mejora.

En el sector salud los procesos clave se centran en la atención al paciente; por lo que la mejora del proceso necesita la implicación de todos los profesionales, la toma de decisiones y el consenso, utilizando la evidencia científica a través de documentos prácticos, y todo esto desarrollado dentro de un sistema integrado.

La gestión por procesos busca reducir la variabilidad innecesaria que aparece habitualmente cuando se producen o prestan determinados servicios y trata de eliminar las ineficiencias asociadas a la repetitividad de las acciones o actividades, al consumo inapropiado de recursos, etc. Facilita la coordinación y la sinergia entre los diferentes procesos que se dan en una organización y es una base sólida para organizar el empoderamiento y la asunción de responsabilidad por parte de los profesionales en el ámbito de actuación de su proceso y su trabajo diario.

En las instituciones de salud se aprecia de forma clara la visión sistémica que define este tipo de gestión: un conjunto de personas, servicios u organizaciones

(proveedores) que solicitan que se lleven a cabo una serie de actividades (procesos) para una serie de personas o servicios que reciben los resultados (pacientes).

Para describir un proceso se recomienda seguir este orden:

1. Definir el proceso
2. Identificar el o los beneficiarios del proceso
3. Relaciones las actividades que se incluyen en el proceso
4. Definir el método de evaluación y revisión que se utilizara para introducir mejoras en el proceso.
5. Analizar los resultados y generar recomendaciones para mejorar el proceso.

Los procesos no se pueden medir de forma general, sino que se debe medir diferentes aspectos de los mismos. Para ello se definen criterios e indicadores para cada proceso y en función de la información disponible se establecen estándares de calidad que permiten saber si el dato del indicador refleja si se ha hecho lo correcto. Las dimensiones que podemos medir en un proceso pueden abarcar la cantidad de cosas que se hacen, la calidad técnica, la calidad percibida o el coste del proceso.

Una vez estandarizado un proceso, deberá ser evaluado y se planificará su mejora ante dos tipos de circunstancias: oportunidades internas del proceso para la mejora de la efectividad y eficiencia y oportunidades externas por cambios en el entorno que hagan aconsejable una modificación del proceso para que sus resultados se adapten mejor a las expectativas.

Para evaluar un proceso y decidir qué tipo de mejoras es necesario introducir, se recomienda seguir los siguientes pasos:

1. Determinar el estado actual del proceso, lo que incluye el grado de cumplimiento de estándares, objetivos, límites.
2. Analizar la información disponible sobre las necesidades y expectativas del cliente para quien va dirigido el proceso.
3. Identificar problemas o puntos de mejora dentro del proceso
4. Analizar las causas de los problemas identificados
5. Establecer acciones de mejora a los problemas identificados, fijando un tiempo para la obtención de resultados.
6. Transcurrido el tiempo fijado, evaluar los efectos de las acciones tomadas.
7. Consolidar la mejora

En efecto, la gestión por procesos incorpora la gestión clínica basada en la evidencia, contempla procesos de gestión, soporte y logísticos, toma en cuenta la integración asistencial entre niveles de atención con la responsabilidad única de un coordinador y se somete al proceso de estabilización y control que le permite evaluar la efectividad y la eficiencia.

En la práctica clínica todo proceso se basa en la utilización de información clínica, percepciones, razonamientos y juicios clínicos. Sin embargo, no es un fenómeno exacto y reproducible, por lo que existe gran variabilidad entre médicos ante un mismo proceso.

Es por ello que la protocolización de la asistencia es una de las estrategias utilizadas para disminuir la variabilidad, mediante el consenso profesional y/o las revisiones de

la evidencia científica. Entre las diferentes formas de protocolización nos encontramos con¹⁷:

- Guías de práctica clínica (GPC): son productos de gestión del conocimiento. Incluyen resultados de la revisión sistemática de evidencia científica.
- Vías clínicas (clinical pathways): son planes de asistencia frente a una patología que tiene un curso clínico predecible. Definen la secuencia a seguir para llegar a un diagnóstico o procedimiento particular, optimizando el uso de recursos y mejorando la calidad de la atención.
- Protocolos: es el conjunto de recomendaciones de diagnóstico, tratamiento y seguimiento que tienen como objetivo de mejorar la toma de decisiones y asegurar la calidad del proceso clínico y de los resultados. Generalmente se desarrollan por consenso.
- Procedimientos: se refiere a un conjunto tareas o actividades a realizar en forma ordenada para alcanzar el resultado.

Como se ha visto, debido a la gran diversidad y a la complejidad relacionada a los procesos que se ejecutan en las instituciones sanitarias, existen altas probabilidades de incurrir en errores y desaprovechar recursos tanto humanos como materiales. Es por ello que una gestión por procesos estructurada con los recursos y coordinación adecuados, permite optimizar de forma significativa la utilización de los recursos y mejorar la calidad asistencial.

¹⁷ Lorenzo, Susana; Mira, José, et al. La gestión por procesos en instituciones sanitarias. Sitio web: http://calite.umh.es/data/docs/110/Gestion_procesos.pdf

3.9 FARINGOAMIGDALITIS BACTERIANA AGUDA

Las infecciones respiratorias altas y dentro de ellas la faringitis, representan un número importante de consultas dentro de la atención primaria. De ellas, una porción importante son de causa viral pero entre un 5 y 17% son de origen bacteriano, siendo el agente causal más común el estreptococo β -hemolítico del grupo A.¹⁸

Se trata de una infección de la faringe y de las amígdalas que se caracteriza por odinofagia, malestar general de más de cinco días de duración, afecta a ambos sexos y a todas las edades, y predomina durante los meses de invierno. Entre los factores de riesgo que se asocian a un riesgo mayor para desarrollar faringoamigdalitis aguda están el tabaquismo y exposición al humo de tabaco, contacto con personas con faringoamigdalitis o con portadores asintomáticos de estreptococo beta-hemolítico del Grupo A, antecedente de haber padecido reflujo gastroesofágico, síndrome de apnea del sueño, inmunodepresión.

El Colegio Americano de Médicos (ACP), la Academia Americana de Medicina de Familia, el Centro para Control de Enfermedades (CDC) recomiendan el uso de los criterios de Centor para la evaluación clínica de adultos con faringitis. Los criterios de Centor incluyen (1) fiebre subjetiva u objetiva, (2) ausencia de tos, (3) adenopatía submaxilar dolorosa, (4) exudado amigdalino.¹⁹

¹⁸ Bisno, Alan. (2005). Acute Pharyngitis. *English Journal of Medicine*. 344(3), 205-211.

¹⁹ Choby, B. a. (2009). Diagnosis and treatment of streptococcal pharyngitis. *American family physician*, 79(5), 383-90. Sitio en internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21155123>

SINTOMAS	SCORE	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD
EXUDADO FARINGEO	1	45 %	75 %
ADENOPATIA CERVICAL ANTERIOR DOLOROSA	2	55-82 %	34-73 %
AUSENCIA DE TOS	3	51-79 %	36-68%
HISTORIA DE FIEBRE (>38 C)	4	22-58 %	53-92%
TABLA TOMADA DE: Ebell MH, Smith MA, Barry HC, Ives K, Carey M. (2000). The rational clinical examination. Does this patient have strep throat? JAMA. 284(22):2915			

Posteriormente, el score fue modificado al añadir la edad y fue validado en 600 adultos y niños. Entonces, se asigna un puntaje determinado de acuerdo a la edad de la persona: 3-14 años (1 punto), 15-44 años (0 puntos), 45 años y mas (-1 punto). Sin embargo, se sigue utilizando con mayor frecuencia el score original.²⁰

La Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas coincide con la ACP y el Instituto Nacional de Excelencia Clínica para la Salud (NICE) en que en los adultos con 0 o 1 criterio de Centor no deben ser sometidos a pruebas complementarias ni recibir tratamiento con antibióticos. La Academia Americana de Medicina de Familia y el CDC recomiendan dos estrategias:

1. Tratamiento empírico en pacientes que tengan 3 o 4 criterios de Centor
2. Realizar prueba de antígeno rápido de inmunoensayo en pacientes con 2 criterios de Centor y si la prueba es positiva, dar tratamiento antibiótico.

En un estudio publicado en la revista JAMA, se demostró que la sensibilidad y especificidad de los criterios de Centor es: ausencia de tos (S: 51-79%, E: 36-68%),

²⁰ Choby, B. a. (2009). Diagnosis and treatment of streptococcal pharyngitis. *American family physician*,79(5),383-90.Sitio en internet:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21155123>

adenopatía submaxilar dolorosa (S: 55-82%, E: 34-73%), exudado tonsilar o faríngeo (S: 45%, E: 75%), fiebre (S: 22-58%, E: 53-92%).²¹

Así mismo, la presencia de cualquier exudado tiene el mas alto valor predictivo positivo, cuya presencia aumenta la probabilidad de la enfermedad entre un 15 y 20%. Por otra parte, la ausencia de tos y de adenopatía submaxilar dolorosa, disminuye la probabilidad de que la enfermedad este presente, en un 15 a 20%.²²

El cultivo faríngeo se considera actualmente como el estándar de referencia para el diagnóstico de faringitis estreptocócica; sin embargo su uso es limitado en la práctica debido a su alto costo y a que el resultado demora uno o dos días, lo que a su vez retrasa el inicio del tratamiento. Además el exceso de resultados falsos positivos en portadores asintomáticos puede llevar a un sobretratamiento innecesario.

En relación a la elección del antibiótico, la penicilina, congéneres de la penicilina (ampicilina o amoxicilina), clindamicina y ciertas cefalosporinas y macrólidos son efectivos. Basados en el costo, espectro de actividad, seguridad y efectividad, la penicilina es recomendada como antibiótico de elección por la Academia Americana de Medicina de Familia (AAFP), la Academia Americana de Cardiología (AHA) y la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (IDSA). En el caso de pacientes con alergia a la penicilina que no tengan hipersensibilidad inmediata a otros

²¹ Ebell MH, Smith MA, Barry HC, Ives K, Carey M. (2000).The rational clinical examination. Does this patient have strep throat? JAMA. 284(22):2915

antibióticos beta-lactámicos, la IDSA y la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomiendan iniciar el tratamiento con cefalosporinas de primera generación²³.

El tratamiento antibiótico oportuno en los casos necesarios disminuye la probabilidad de desarrollar glomerulonefritis aguda, fiebre reumática, aparición de abscesos periamigdalinos, riesgo de otitis media. Así mismo, disminuye la duración de los síntomas como la fiebre y la odinofagia, 24 horas después de haber recibido el tratamiento. El uso de antibióticos disminuyen la duración de los síntomas en alrededor de 16 horas, el número necesario a tratar (NNT) para el alivio de síntomas a las 72 horas es de 4 en aquellos con un cultivo positivo para faringoamigdalitis estreptocócica.²⁴

Finalmente, como parte del tratamiento sintomático se recomiendan medidas no farmacológicas como incrementar la ingesta de líquidos, mantener una alimentación adecuada en pequeñas cantidades si hay hiporexia, y realizar gárgaras con agua salada preparada con un vaso con agua y ¼ de cucharada de bicarbonato²⁵.

Como tratamiento sintomático farmacológico, se recomienda el uso de analgésicos. Se realizó un meta-análisis de estudios controlados randomizados publicado en el *Journal of Family Practice*, donde investigaron los tratamientos que producen mayor alivio en la odinofagia que se presenta en la faringoamigdalitis. Los estudios demostraron que tanto el Ibuprofeno como el Acetaminofén fueron más efectivos que

²³ Aalbers, J., O'Brien, K. K., Chan, W.-S., Falk, G. a, Teljeur, C., Dimitrov, B. D., & Fahey, T. (2011). Predicting streptococcal pharyngitis in adults in primary care: a systematic review of the diagnostic accuracy of symptoms and signs and validation of the Centor score. *BMC medicine*, 9(1), 67. BioMed Central Ltd. doi:10.1186/1741-7015-9-67

²⁴ Choby, B. a. (2009). Diagnosis and treatment of streptococcal pharyngitis. *American family physician*, 79(5), 383-90. Sitio en internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21155123>

²⁵ Aguda, F. (2009). Diagnóstico y Tratamiento de Faringoamigdalitis Aguda: Guía de referencia rápida. Instituto Mexicano del Seguro Social.

el placebo. Comparando los dos fármacos, se encontró que 400 mg de Ibuprofeno redujeron el dolor en un 80% a las 3 horas comparado con una disminución del dolor de 50% con una dosis de 1g de Acetaminofén ($P < .01$). Así mismo, 400 mg de Ibuprofeno 3 veces al día brindo mas alivio del dolor que 1g de Acetaminofén 3 veces al día; finalmente, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a efectos adversos entre los dos fármacos; por lo que se recomienda el uso de Ibuprofeno en faringoamigdalitis.²⁶

En relación al uso de las recomendaciones basadas en evidencia por parte del personal de salud, un estudio publicado en Archives of Internal Medicine en el año 2006, busco la adherencia de los médicos de centros de atención primaria a las guías clínicas del Colegio Americano de Médicos y de la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas. Se encontró que los cuatro criterios de Centor que se recomiendan en las guías no eran predictivas de los resultados de las pruebas estreptocócicas pero eran predictivas de un test para estreptococo positivo y de la prescripción de antibióticos. En relación al uso de las guías por parte de los médicos, solamente entre 12 y 30% las pusieron en práctica 66% no aplicaron ninguna estrategia propuesta por las guías. El principal motivo para la no adherencia a ninguna estrategia fue la decisión de realizar la prueba rápida o dar antibiótico en casos con riesgo bajo de presentar faringitis por estreptococo, es por eso que el

²⁶ Frye, R., & Bailey, J. (2011). Which treatments provide the most relief for pharyngitis pain?, Journal of Family Practice 60(5), 293-294

problema entre los médicos de primer nivel no es la guía que escogen seguir sino que no utilizan ninguna guía.²⁷

²⁷ Linder, J., Chan, J. et al., (2006). Evaluation and Treatment of Pharyngitis in Primary Care Practice, *166*, 1374-1379.

3.10 AREA DE ESTUDIO

Las instituciones donde se llevo a cabo el estudio, previa autorización de las autoridades correspondientes fueron el Centro de Medicina Familiar de Carapungo perteneciente al HVQ y el Centro de Salud de Carapungo perteneciente al MSP.

Centro de Medicina Familiar Carapungo – HVQ:

Se creó como una clínica de medicina familiar hacia el año de 1996. En el 2002 la clínica se expandió para convertirse en un centro de atención creado en un terreno donado por la comunidad de Carapungo. El centro de medicina familiar brinda una visión global para el cuidado en salud y no solamente brinda atención médica sino que es un centro de docencia para los nuevos profesionales.

Subcentro Maternidad Carapungo – MSP:

Se crea como un puesto de salud perteneciente al Área de Salud N 21 Calderón en el año de 1992, posteriormente en el año de 1997 pasa a ser un subcentro de salud, brindando atención primaria a una población en constante crecimiento. En el año 2005 gracias a la cooperación española para el desarrollo se crea el área de maternidad de Carapungo, misma que brinda atención de mujeres embarazadas y partos, con un promedio de 1000 partos al año aproximadamente. Actualmente cuenta con 7 médicos prescriptores los mismos que brindan atención a pacientes con diversas patologías.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para los profesionales de la salud, el problema de la calidad se les plantea como una cuestión práctica. Desde este enfoque es necesario aclarar algunas implicancias teóricas, pero sólo lo necesario para ayudar a esa práctica. Nuestras acciones de salud, sean de promoción, prevención o curación deben tener la más alta calidad. Esta exigencia es tan obvia en la labor cotidiana de los profesionales de la salud, que no requiere mayor argumentación. Cuando el profesional de la salud se dispone a aplicar la más alta calidad a sus acciones de salud, surgen ante él obstáculos inesperados, entre ellos están²⁸:

1. Necesidad de establecer que se puede entender por calidad
2. Necesidad de delimitar el campo en el que se estudiara la calidad, para no dispersarse con problemas que no corresponden
3. Necesidad de medir la calidad y así fijar estándares, apreciar tendencias y hacer comparaciones.
4. Necesidad de conocer cómo poder controlarla (control de la calidad), o asegurar que la calidad no decaiga (garantía de la calidad)

Para mejorar y mantener la calidad de los productos o servicios, es necesario establecer un sistema de aseguramiento de calidad, como etapa fundamental en el

²⁸ Cabascango, K., Villegas, A. (2009). Calidad de atención dada por el profesional de la salud a los usuarios externos en el área de emergencia del Hospital San Vicente de Paúl (HSVP) durante el período noviembre 2009 a agosto 2010.

avance hacia la calidad total. El mejoramiento de la calidad no depende exclusivamente de la voluntad y decisión de las personas, los recursos de todo orden juegan un papel fundamental. Esta mejoría se construye a base de la motivación y esfuerzo constante de todo el equipo humano. Para llegar a la garantía de la calidad se necesita: planeación, control, aseguramiento, mejoramiento y evaluación.

Las investigaciones demuestran que con el simple hecho de medir el desempeño se mejora la productividad, la calidad y los niveles de satisfacción de los usuarios. Los programas dirigidos a incrementar la calidad tienen como principio central a la satisfacción del cliente o usuario, esta dimensión se refiere a la relación existente entre proveedores y clientes, entre administradores y proveedores de servicios de salud y entre el equipo de servicios de salud y la comunidad.

En nuestro país ya se han desarrollado varias experiencias sobre la utilización de instrumentos para conocer la satisfacción de usuarios externos e internos de las unidades de salud, presentando los propósitos principales de las metodologías a utilizar, y describiendo las características más relevantes de la técnica y herramientas empleadas.

Por todo lo antes expuesto vemos la necesidad de realizar una investigación que abarque uno de los pilares de la calidad de salud poco estudiados en nuestro país, la evaluación del proceso de diagnóstico y manejo de la faringoamigdalitis bacteriana aguda en población entre 15 y 65 años que acude a centros de atención primaria en la ciudad de Quito.

4.1 PROBLEMA DE INVESTIGACION

¿Cómo se desarrolla el proceso de diagnóstico y manejo de la faringoamigdalitis bacteriana aguda en la población entre 15 y 65 años que acude a un centro de salud perteneciente al Ministerio de Salud Pública y a un centro privado perteneciente al HVQ, en la ciudad de Quito?

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el proceso de diagnóstico y manejo de la faringoamigdalitis bacteriana aguda en población entre 15 y 65 años de edad que acude al Centro de Salud de Carapungo (Área de Salud 21) y Centro de Medicina Familiar de Carapungo perteneciente al Hospital Vozandes Quito.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Comparar el proceso de diagnóstico y manejo de faringoamigdalitis bacteriana aguda en la población entre 15 y 65 años de edad que acude al Centro de Salud de Carapungo (Área de Salud 21) y Centro de Medicina Familiar de Carapungo perteneciente al Hospital Vozandes Quito.
2. Evaluar el registro de las historias clínicas por parte del personal médico y la aplicación de los criterios de Centor (fiebre, exudado, no tos, adenopatía cervical) para el diagnóstico y manejo farmacológico de la faringoamigdalitis bacteriana aguda.
3. Identificar el conocimiento de las normas y protocolos de las guías internacionales por parte del personal médico que atiende en el Centro de Salud de Carapungo (Área de Salud 21) y Centro de Medicina Familiar de Carapungo perteneciente al Hospital Vozandes Quito.

6. HIPÓTESIS

El proceso de diagnóstico y manejo de faringoamigdalitis bacteriana aguda en población entre 15 y 65 años de edad se cumple mejor en los pacientes que acuden al Centro de Medicina Familiar de Carapungo del HVQ, al contrario de los pacientes que acuden al Centro de Salud de Carapungo perteneciente al MSP.

7. MATERIALES Y METODOS

Para la medición de la efectividad de los centros médicos se ha escogido evaluar el proceso de atención de una de las enfermedades más frecuentes en la consulta médica de atención primaria según el perfil epidemiológico del Ecuador, en este caso, la faringoamigadaltis bacteriana aguda como parte de las infecciones respiratorias altas. Los centros escogidos para la investigación son centros médicos que brindan atención primaria de salud en la ciudad de Quito.

Se revisaron los partes diarios de atención de los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2011, identificando el diagnóstico de faringoamigdalitis bacteriana aguda o el código J03 según el CIE-10; cabe mencionar que en ninguno de los dos centros el diagnóstico de faringoamigadiltis bacteriana aguda estuvo codificado, tanto en la historia clínica como en el parte diario de atención ambulatoria. Una vez obtenido este dato se identifico el grupo de edad al que pertenecía el paciente para ser incluido en el estudio. A continuación se buscaron las historias clínicas seleccionadas en el archivo de estadística de cada centro y se reviso cada una,

registrando las variables a estudiar en una hoja de recolección de datos elaborada en el programa Excel.

7.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo:

- Descriptivo
- Transversal

7.2 UNIVERSO Y MUESTRA

Se trabajo con un universo de 148 historias clínicas de pacientes de edades entre 15 y 65 años que fueron diagnosticados de faringoamigdalitis bacteriana aguda durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2011. Del total de historias clínicas revisadas 100 correspondieron al Centro de Medicina Familiar de Carapungo perteneciente al HVQ en donde laboran 7 médicos especialistas en medicina familiar y 48 historias clínicas del Centro de Salud de Carapungo perteneciente al MSP donde laboran 6 médicos generales.

7.4 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	CATEGORÍA / DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	DEFINICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA
Criterios Diagnósticos	Cuantitativa	Fiebre	Temperatura > 38 °C	Intervalar o Numérica	Elevación de la temperatura corporal	Si No
		No Tos		Nominal	Ausencia de contracción espasmódica repentina de la cavidad torácica.	Si No
		Adenopatía cervical		Nominal	Aumento de volumen o inflamación de un ganglio que produce dolor.	Si No
		Exudado	Pus	Nominal	Conjunto de elementos extravasados en el proceso inflamatorio	Si No
Manejo Farmacológico	Cuantitativa	Penicilina		Nominal	Antibiótico de elección en faringoamigdalitis bacteriana aguda	Si No
		Dosis		Nominal	1200 000 UI	Si No
		Analgésicos		Nominal	Fármaco que alivia el dolor	Si No
		Otros antibióticos		Nominal	Otras familias de antibióticos utilizadas para el tratamiento	Si No

7.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

7.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Ser centros que brinden:

Atención del primer nivel, que tengan área de consulta externa, que tengan convenio con la PUCE, que autoricen la realización de la investigación, que accedan a la evaluación de historias clínicas.

- Pacientes entre 15 y 65 años con:

Diagnóstico de faringoamigdalitis bacteriana aguda o código J03, con cualquier comorbilidad, que no hayan recibido tratamiento previo para la enfermedad.

7.5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Hospitales o centros que no estén en primer nivel de atención
- Pacientes con diagnósticos diferentes de faringoamigdalitis bacteriana aguda
- Pacientes menores de 15 años o mayores a 65 años.

7.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se procedió a revisar los partes diarios de atención para obtener las historias clínicas con diagnóstico de faringoamigdalitis bacteriana aguda a código CIE-10 J03, luego se procedió a revisar cada historia clínica identificando las variables del estudio. Para la toma de datos se utilizó una hoja de registro de las variables elaborada en el programa Excel.

7.7 PLAN ANÁLISIS DE DATOS

Se analizaron las historias clínicas que identificaban claramente: diagnóstico o código J03, motivo de consulta y enfermedad actual, examen físico completo

pertinente para la patología estudiada, diagnóstico, medidas generales, uso de antibióticos, identificación de signos de alarma, uso de analgésicos.

Los datos obtenidos registraron en hojas de cálculo elaboradas en Excel y luego se creó la base de datos con ayuda del programa estadístico EPI info 3.5.3, en el cual se realizó un análisis descriptivo de acuerdo al tipo de variables estudiadas y un análisis inferencial con medidas de asociación y significancia.

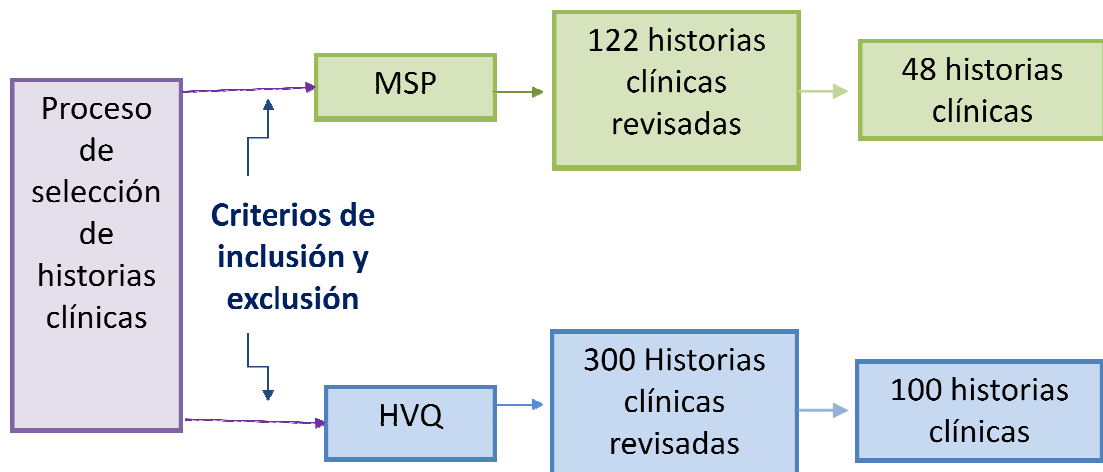
8. ASPECTOS BIOÉTICOS

Previa la realización del estudio se obtuvo una primera aprobación por parte de los directores de los centros de atención primaria luego de presentar el protocolo de investigación, tras lo cual se nos permitió revisar las historias clínicas de los pacientes atendidos en dichas instituciones. No se solicitó consentimiento informado a los médicos que trabajan en cada uno de los centros porque en ningún momento se reveló su identidad. En el transcurso de la recolección de los datos la información de cada una de las historias clínicas se mantuvo confidencial.

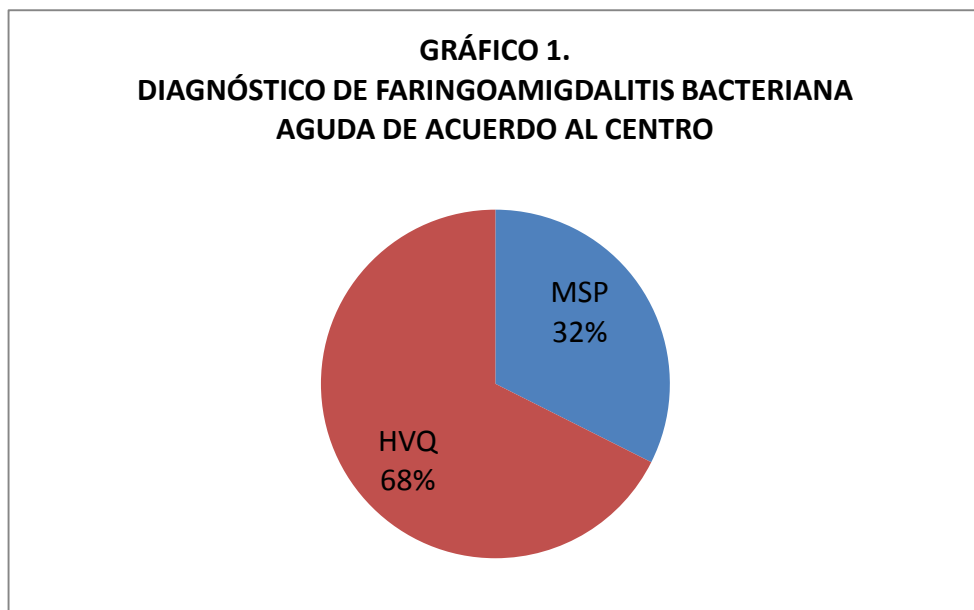
10. RESULTADOS

I. Muestra

La faringoamigdalitis bacteriana aguda es una de las patologías respiratorias más frecuentes en la consulta de atención primaria; de ahí la importancia de mejorar el proceso de diagnóstico y tratamiento a nivel del Centro de salud de Carapungo y del centro de Medicina Familiar del Hospital. Se revisaron 148 historias clínicas en los dos centros.



El porcentaje de pacientes con diagnóstico de faringoamigdalitis bacteriana aguda del total del universo fue de 67.6% (n 100) para el Centro de Medicina Familiar de Carapungo HVQ y 32,4% (n 48) para el Centro de Salud de Carapungo.

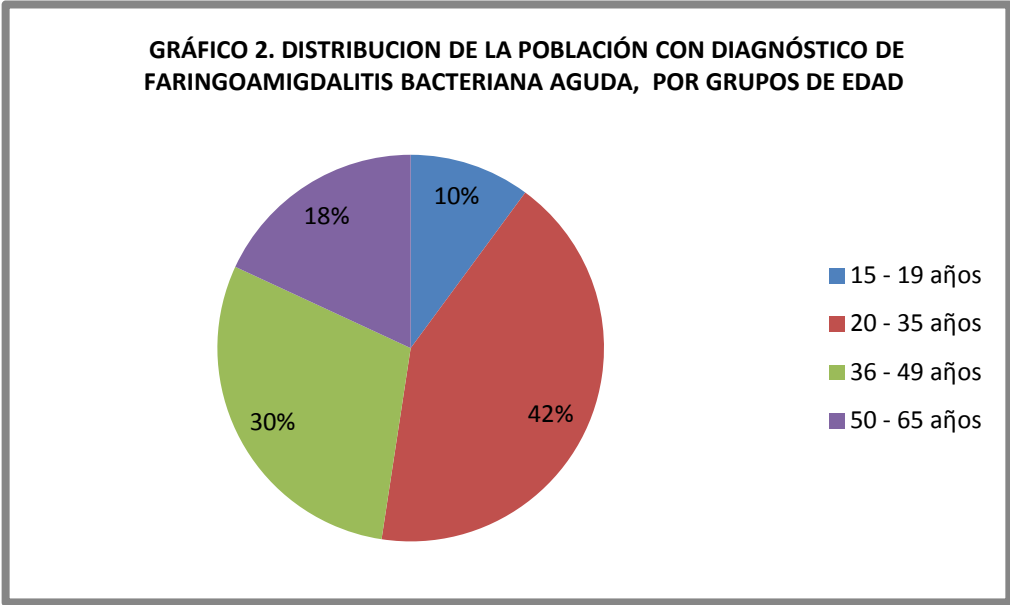


Fuente: Historias clínicas

Autor: Pablo Andrade, Gabriela Jaramillo

II. Información demográfica

Se observó que la mayoría de los pacientes que acudieron a la consulta corresponde a la población de adultos jóvenes con un 42 % y los que menos asistieron a la consulta fueron los adolescentes con un 10 %. El promedio de edad fue 35 años. **GRÁFICO 2**



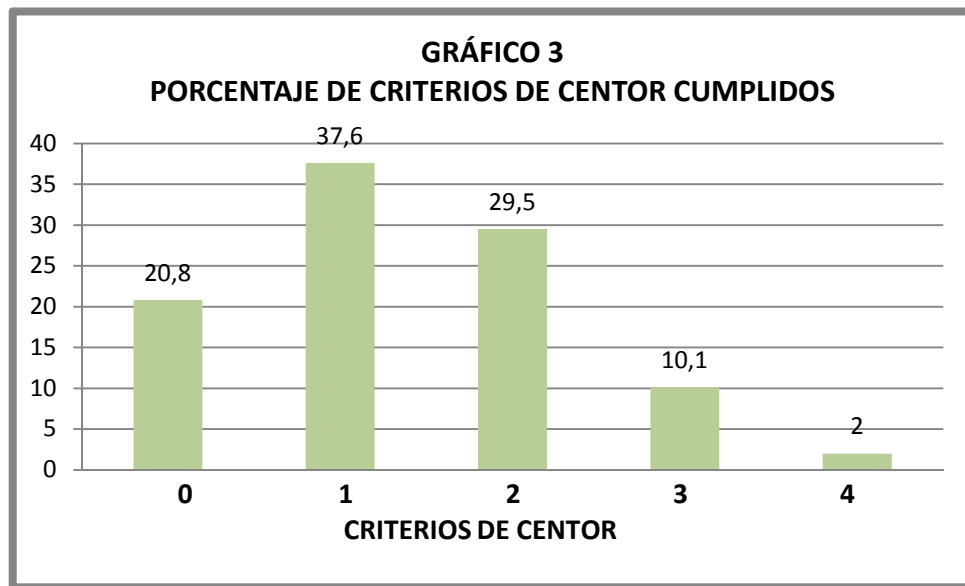
Fuente: Historias clínicas

Autor: Pablo Andrade, Gabriela Jaramillo

III. Diagnóstico de faringoamigdalitis

III A. Criterios de Centor

Del total de historias clínicas revisadas con diagnóstico de faringoamigdalitis bacteriana aguda, se observó que sumando las personas con 0, 1 y 2 criterios el diagnóstico fue de 87.9 % y con 3 a 4 criterios fue 11.1 %. **GRÁFICO 3**



Fuente: Historias clínicas

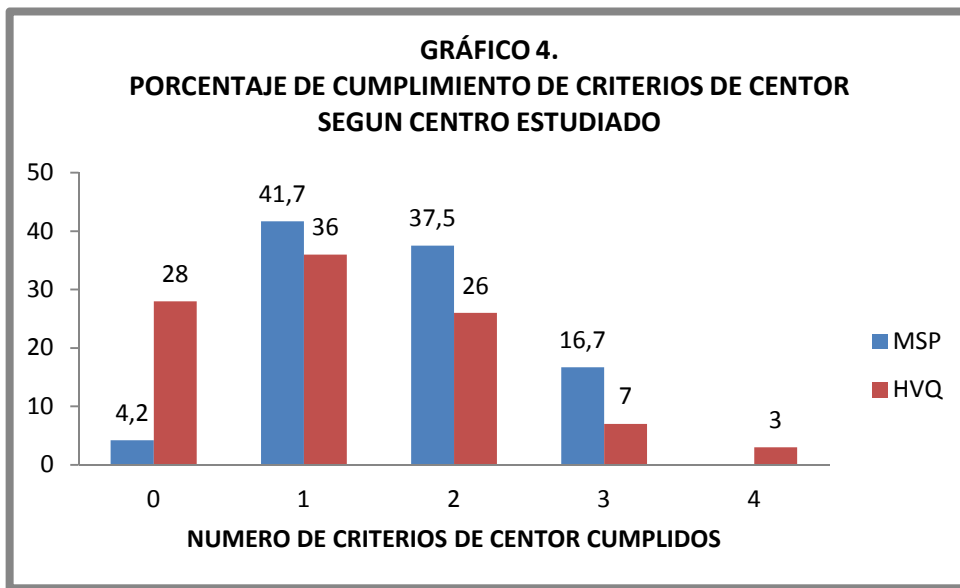
Autor: Pablo Andrade, Gabriela Jaramillo

IIIB. Criterios de Centor por centro

De acuerdo al centro de atención se observó que en relación al porcentaje de pacientes diagnosticados de faringoamigdalitis bacteriana aguda que cumplieron con 0 a 2 criterios de Centor fue del 90 % y con 3 a 4 criterios fue un 10 % en el Centro de Medicina Familiar del HVQ, en cambio en el Centro de Salud de Carapungo perteneciente al MSP con 0 a 2 criterios se diagnosticó un 83.4 %.

Con 1 a 2 criterios en los 2 centros se dio el mayor número de diagnóstico de FABA.

En el Centro de Carapungo del HVQ se presentó el mayor número de diagnóstico de FABA con cero criterios 28% vs 4%. **GRÁFICO 4**

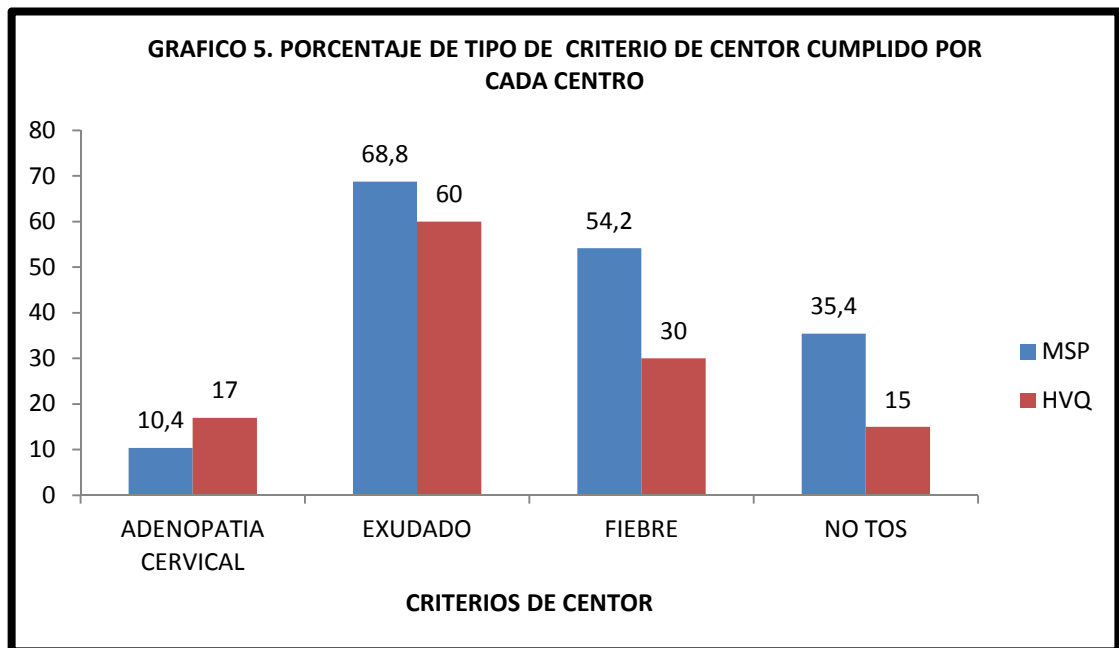


Fuente: Historias clínicas

Autor: Pablo Andrade, Gabriela Jaramillo

Se observa que el exudado faríngeo es el criterio que más se encuentra presente para el diagnóstico de FABA en ambos centros, la fiebre en el centro de Carapungo tiene una mayor diferencia para el diagnóstico en comparación con el centro Vozandes.

GRÁFICO 5



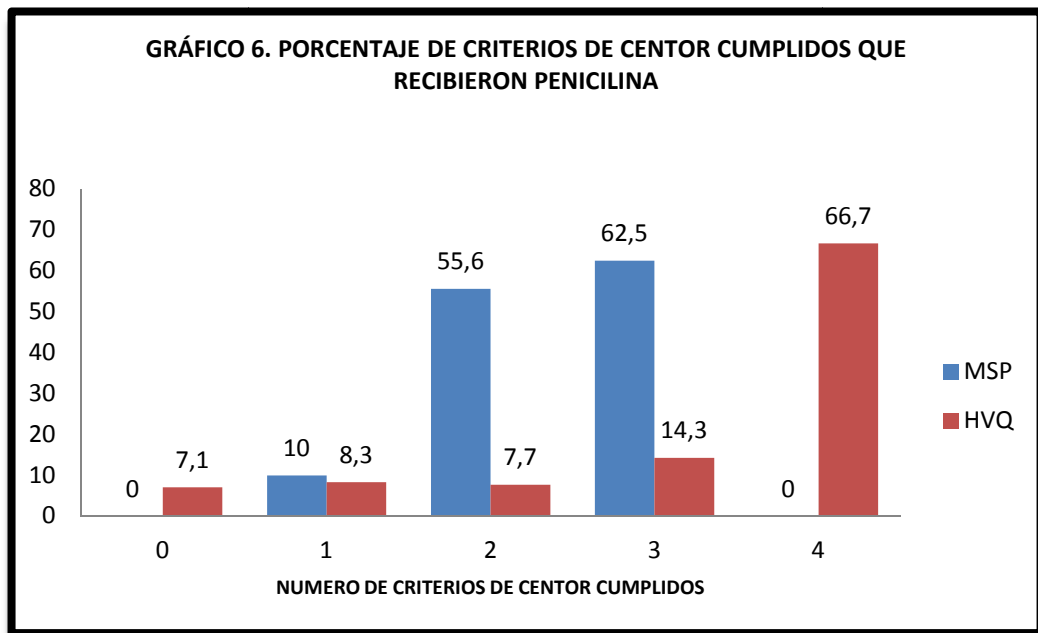
Fuente: Historias clínicas

Autor: Pablo Andrade, Gabriela Jaramillo

IV. Tratamiento

IVA. Criterios de Centor y Penicilina

Un 81 % de pacientes en el HVQ que tenían sumando 3 o 4 criterios recibió penicilina en contraste con 62.5 % del centro de salud de Carapungo, un 7.1 % de pacientes con cero criterios recibió penicilina. **GRÁFICO 6**

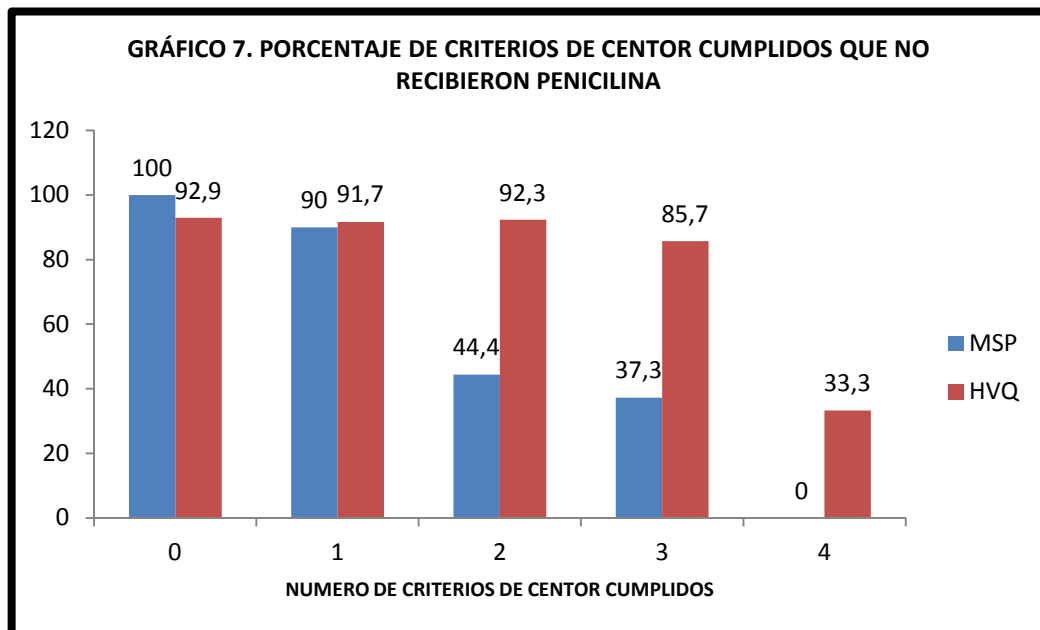


Fuente: Historias clínicas

Autor: Pablo Andrade, Gabriela Jaramillo

IV B. Criterios de Centor y NO penicilina

Se observó que no recibieron Penicilina en el centro Vozandes 92,9% que no cumplieron con ningún criterio de Centor y 33,3% que cumplieron con los cuatro criterios (P 0.0227). En el centro de salud de Carapungo no recibieron Penicilina como tratamiento el 100% de pacientes que no cumplieron con ningún criterio y en 37,3% que cumplieron con tres criterios (P 0.0058). **GRÁFICO 7**



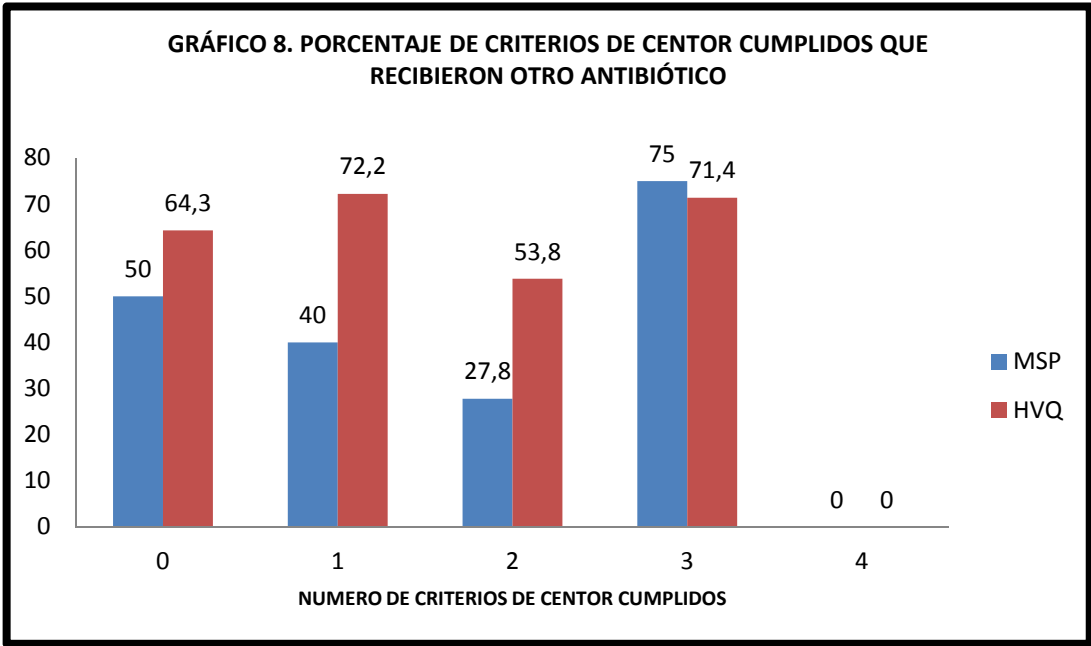
Fuente: Historias clínicas

Autor: Pablo Andrade, Gabriela Jaramillo

IVC. Criterios de Centor y otro antibiótico

En el Centro de Medicina Familiar de Carapungo, recibieron otro antibiótico el 71,4% que cumplieron con tres criterios y 0% que cumplieron con los cuatro criterios (P 0.1078). En el Centro de Salud de Carapungo del MSP, recibieron otro antibiótico como tratamiento 75% que cumplieron con tres criterios y 0% de los que cumplieron con los cuatro criterios, no hubo diferencias entre los centros en el manejo (P 0.1601).

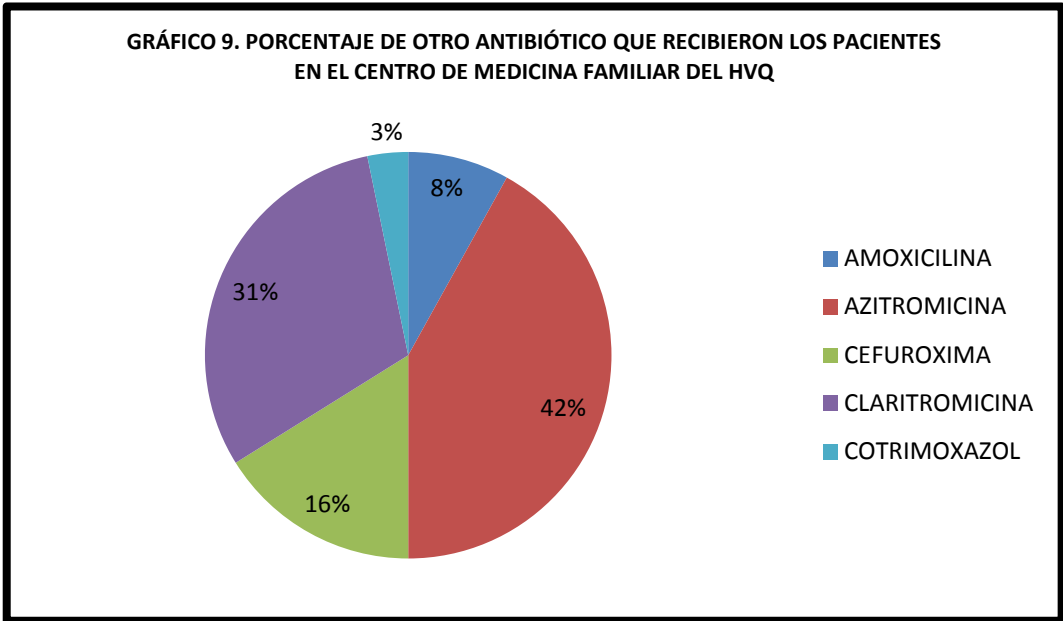
El porcentaje de prescripción antibiótica de entre 0 a 2 criterios fue hasta 72.2 % en el HVQ y 50 % en el Centro de salud de Carapungo. **GRÁFICO 8**



Fuente: Historias clínicas

Autor: Pablo Andrade, Gabriela Jaramillo

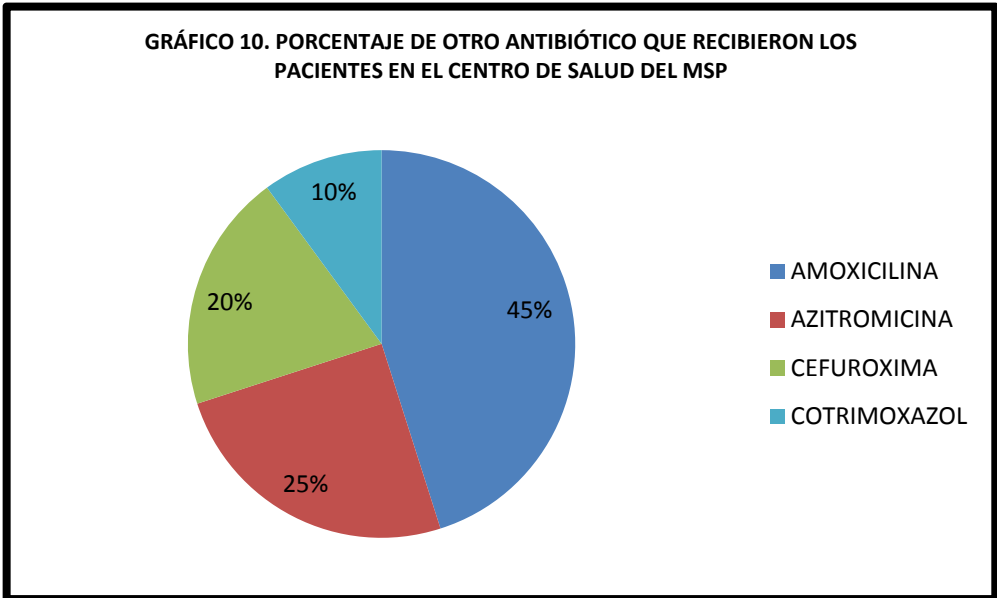
La azitromicina fue el antibiótico que fuera de la penicilina más se utilizó en el Centro de Medicina Familiar del HVQ con un 42 % y la amoxicilina solo en un 8%.**GRÁFICO 9**



Fuente: Historias clínicas

Autor: Pablo Andrade, Gabriela Jaramillo

En el Centro de Salud de Carapungo la amoxicilina fue la más prescrita en 45 % pero cotrimoxazol se prescribió en un 10 %. **GRÁFICO 10**

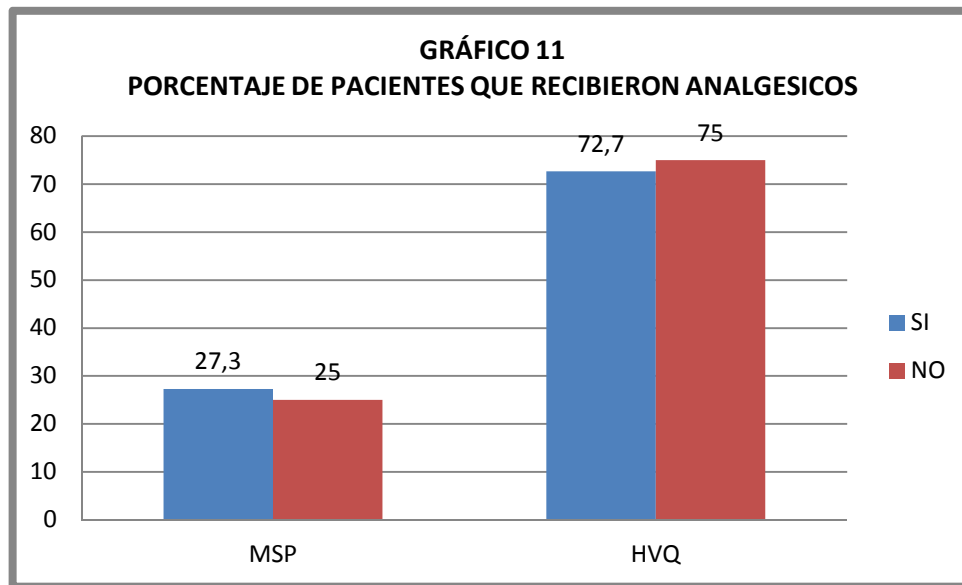


Fuente: Historias clínicas

Autor: Pablo Andrade, Gabriela Jaramillo

V. Analgésicos

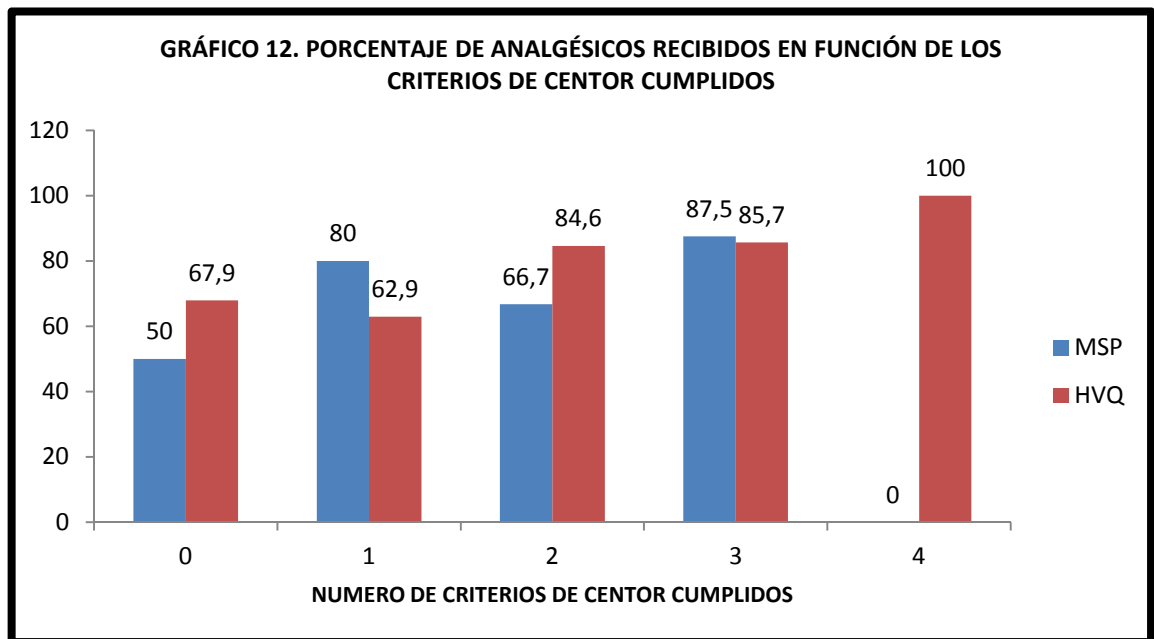
Se observa que el porcentaje de no prescripción de analgésicos para ambos centros está bajo el 27 % con cifras muy parecidas en ambos centros. **GRÁFICO 11.**



Fuente: Historias clínicas

Autor: Pablo Andrade, Gabriela Jaramillo

Se observa una prescripción de analgésicos sobre el 50 % con criterios entre 0 a 4 en los dos centros. **GRÁFICO 12**



Fuente: Historias clínicas

Autor: Pablo Andrade, Gabriela Jaramillo

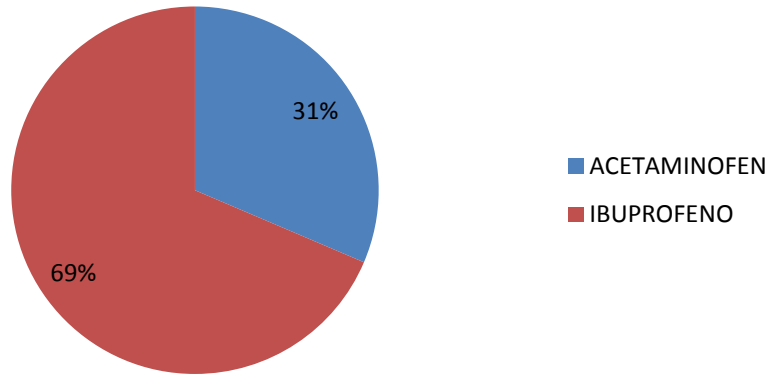
Gráfico 12: HVQ tiene P: 0.2288 MSP: 0.5189

IVA. Tipo de analgésico

Del tipo de analgésicos prescrito, en el Centro de Medicina Familiar de Carapungo del HVQ, tiene menor porcentaje de prescripción del ibuprofeno con un 31 % en comparación con el Centro de Salud de Carapungo del MSP con un 50%.

GRÁFICO 13 Y 14

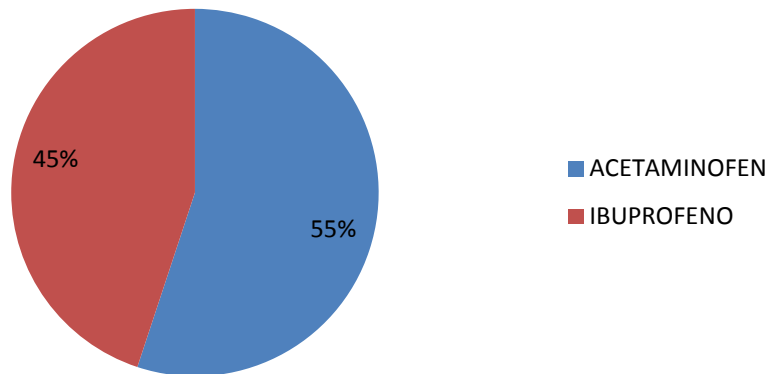
GRÁFICO 13. PORCENTAJE DE PRESCRIPCIÓN DE ANALGÉSICOS EN EL CENTRO DE SALUD DE CARAPUNGO DEL MSP



Fuente: Historias clínicas

Autor: Pablo Andrade, Gabriela Jaramillo

GRÁFICO 14. PORCENTAJE DE PRESCRIPCIÓN DE ANALGÉSICOS EN EL CENTRO DE MEDICINA FAMILIAR DE CARAPUNGO DEL HVQ



Fuente: Historias clínicas

Autor: Pablo Andrade, Gabriela Jaramillo

11. DISCUSIÓN:

Biomed Central publico en el año 2011 una revisión sistemática de 21 estudios (4839 pacientes) que validaban la efectividad de los signos y síntomas y del score de Centor para diagnosticar faringoamigdalitis por estreptococo B-hemolítico del grupo A. Se encontró que los criterios de Centor (score ≥ 3), tenía una especificidad de 82% para diagnosticar la patología²⁹. En nuestro estudio se catalogo como faringoamigdalitis bacteriana aguda a apenas el 12.1% de historias clínicas 10,1% con tres criterios de Centor y 2% que cumplieron con cuatro criterios.

En Estados Unidos Linder, Chan et al, realizaron una revisión de una base de datos de pacientes con el diagnóstico de faringoamigdalitis bacteriana aguda codificadas según el CIE-9, encontrando que de los cuatro criterios de Centor propuestos por el Colegio Americano de Médicos y la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas, el cumplir con cero, uno, dos, tres o cuatro de los criterios tenia un valor predictivo positivo para la prescripción de Penicilina de 25%, 34%, 63%, 80% y 89% respectivamente (P 0.01)³⁰. Al relacionar con nuestro estudio, se encontró que ningún paciente (0%) de pacientes del centro perteneciente al MSP recibió Penicilina con cuatro criterios de Centor, distando mucho de los resultados del estudio mencionado. Sin embargo, a nivel del centro privado si recibieron Penicilina el 66,7% de pacientes con cuatro criterios, asemejándose un poco mas a los datos del estudio encontrado.

²⁹ Aalbers, J., O'Brien, K. K., Chan, W.-S., Falk, G. a, Teljeur, C., Dimitrov, B. D., & Fahey, T. (2011). Predicting streptococcal pharyngitis in adults in primary care: a systematic review of the diagnostic accuracy of symptoms and signs and validation of the Centor score. *BMC medicine*, 9(1), 67. BioMed Central Ltd. doi:10.1186/1741-7015-9-67

³⁰ Linder, J. Chan, J. (2006). Evaluation and Treatment of Pharyngitis in Primary Care Practice, *166*, 1374-1379.

Un estudio publicado en la revista JAMA en el año 2000, demostró que de los cuatro criterios de Centor, los que tienen mayor sensibilidad para el diagnóstico de faringoamigdalitis bacteriana aguda son la ausencia de tos (79%) y la presencia de adenopatía submaxilar dolorosa (82%). En nuestro estudio los criterios que se consideraron más sensibles para el diagnóstico de la patología fueron la presencia de exudado (68% para el público y 60% para el privado) y la presencia de fiebre (54,2% para el público y 30% para el privado)³¹. Sin embargo, hay que tener en cuenta que Choby encontró en su estudio que la presencia de cualquier exudado tiene el más alto valor predictivo positivo, cuya presencia aumenta la probabilidad de la enfermedad entre un 15 y 20%³².

En el estudio realizado por Linder, Chan et al., analizaron la prescripción de antibiótico en dos grupos, uno de antibiótico recomendado que incluía la Penicilina y la eritromicina, y un grupo de antibióticos no recomendados donde incluía la amoxicilina, macrólidos de amplio espectro y otros antibióticos; y se evidencio que el 66% de pacientes recibió cualquier otro antibiótico diferente de los dos mencionados como recomendados³³. En nuestra población estudiada encontramos aun una cifra mayor de 71,4% y 75% de pacientes del centro del HVQ y del MSP respectivamente que recibieron otro tipo de antibiótico diferente de la Penicilina como tratamiento de la faringoamigdalitis bacteriana aguda.

³¹ Ebell MH, Smith MA, Barry HC, Ives K, Carey M.(2000) The rational clinical examination. Does this patient have strep throat? JAMA. 284(22):2915

³² Choby, B. a. (2009). Diagnosis and treatment of streptococcal pharyngitis. *American family physician*,79(5),383-90.Sitio en internet:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21155123>

³³ Linder, Jeffrey. Chan, Joseph. (2006). Evaluation and Treatment of Pharyngitis in Primary Care Practice, *166*, 1374-1379.

Frye y Bailey realizaron un meta-análisis de estudios controlados randomizados publicado en el *Journal of Family Practice*, donde investigaron los tratamientos que producen mayor alivio en la odinofagia que se presenta en la faringoamigdalitis y encontraron que el Ibuprofeno es más efectivo que el Acetaminofén³⁴. En nuestro estudio fue el centro perteneciente al sector público el que administro en su mayoría Ibuprofeno (69%).

Un proceso es más que la sucesión de pasos y decisiones que se siguen para realizar una determinada actividad o tarea que va orientada a satisfacer una necesidad de un cliente. En el área de salud los procesos clave se centran en la atención al paciente; la mejora del proceso necesita la implicación de todos los profesionales y la toma autónoma de decisión, consensuado entre los mismos, utilizando la evidencia científica a través de documentos prácticos de uso. En nuestra investigación se evidencia que tanto a nivel del Centro del Ministerio de Salud Pública como al centro perteneciente al Hospital Vozandes Quito, si bien se siguió un orden en el proceso de diagnóstico y manejo, este no se baso en lo que recomienda la evidencia científica, por tanto el diagnóstico no se realizo correctamente en el 87,9% de las historias clínicas realizadas y por lo tanto el manejo tampoco fue el adecuado en la mayoría de los casos; en definitiva, no se cumplió el proceso en ninguno de los dos centros de atención estudiados.

Es importante reconocer que nuestro estudio tuvo algunas limitaciones como el hecho de no haber podido realizar la investigación en un centro de primer nivel perteneciente al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) que nos habría

³⁴ Frye, R., & Bailey, J. (2011). Which treatments provide the most relief for pharyngitis pain ?, *60*(5), 293-294

permitido tener una visión de la calidad en otro sector de la salud de nuestro país. Otra limitante fue el grupo de edad en el que decidimos realizar el estudio. Tomamos edades entre 15 y 65 años a pesar de que la faringoamigdalitis bacteriana aguda es más prevalente entre los 5 y 15 años; esto se debió a que el objetivo planteado estaba relacionado más con el análisis del proceso que con el estudio mismo de la patología seleccionada. Finalmente, consideramos que la variación en los resultados de nuestro estudio pudo estar relacionada con el tipo de médicos que trabajan en cada uno de los centros, pues a nivel de MSP son en su mayoría médicos generales, mientras que en el centro de medicina familiar perteneciente al HVQ son en su totalidad especialistas en medicina familiar.

12. CONCLUSIONES

- Se evidenció que a nivel privado se usa con mayor frecuencia Penicilina en pacientes que no cumplen con criterios de Centor.
- A nivel del MSP, se evidenció la conducta de administrar Penicilina en pacientes con 2 criterios de Centor sin realizar ningún otro examen diagnóstico.
- Tanto a nivel privado como del MSP, se cumplió con no administrar Penicilina en pacientes que no cumplieron con ningún criterio de Centor.
- A nivel privado no se administró Penicilina en pacientes que cumplían con cuatro criterios de Centor y que ameritaban recibir dicho antibiótico. No recibieron antibiótico o recibieron otro tipo de antibiótico diferente de Penicilina.
- A nivel privado se evidenció menor prescripción de Penicilina en pacientes que cumplían tres criterios de Centor.
- En el centro perteneciente al MSP, no se administró Penicilina en ningún paciente que cumplió con los cuatro criterios de Centor. Se administró otro antibiótico o no se administró ningún antibiótico.
- Tanto a nivel privado como del MSP se utilizaron otros antibióticos en pacientes que cumplieron con cero, uno, dos y tres criterios de Centor, sobretodo a nivel privado.
- El centro privado perteneciente al HVQ administró en mayor proporción que el público, otro tipo de antibiótico en pacientes que cumplían con 3 criterios

de Centor y en quienes debieron prescribir Penicilina como tratamiento de elección.

- Tanto en el MSP como a nivel privado se prescribieron analgésicos como parte del tratamiento sintomático de la faringoamigdalitis bacteriana aguda.
- El MSP administró en su mayoría Ibuprofeno como tratamiento sintomático de la faringoamigdalitis bacteriana aguda, cumpliendo lo que está recomendado en los estudios revisados.
- A nivel privado se administró principalmente Acetaminofén como analgésico de elección.
- El proceso de manejo de la faringoamigdalitis bacteriana aguda fue mejor en el centro privado que en el público en cuanto a la administración de Penicilina de acuerdo al número de criterios de Centor cumplidos. Sin embargo, en el mismo centro privado se administraron con mayor frecuencia otro tipo de antibióticos en pacientes con menos de cuatro criterios de Centor.
- El proceso de diagnóstico y manejo de faringoamigdalitis bacteriana aguda no se cumplió adecuadamente en ninguno de los dos centros estudiados. No hay un estándar del manejo de faringoamigdalitis en los dos centros.

13. RECOMENDACIONES

- Capacitar a los médicos de primer nivel del sector público y privado en las herramientas útiles para el diagnóstico y manejo de las enfermedades más prevalentes; entre ellas, la faringoamigdalitis bacteriana aguda.
- Evitar el uso indiscriminado de antibióticos en faringoamigdalitis bacteriana aguda.
- Recomendar el uso de Penicilina en el caso de faringoamigdalitis bacteriana aguda, teniendo en cuenta que sigue siendo el antibiótico de elección, es de bajo costo, de fácil acceso y es parte del cuadro básico de medicamentos.
- Por parte del Ministerio de Salud Pública, se deberían generar programas de acreditación para los médicos de primer nivel con el fin de que reciban educación medica continua y estén permanentemente actualizando sus conocimientos.
- Se debería incentivar la investigación científica en los centros de primer nivel con el fin de conocer la situación de cada institución y tener datos estadísticos a nivel nacional que permitan fortalecer la atención primaria.
- Se recomienda que tanto a nivel público como privado, se faciliten los trámites y se de apertura para realizar trabajos de investigación, cuyo único objetivo es ayudar a mejorar la atención en salud de nuestro país.

14. ANEXOS

15. FOTOGRAFIAS



15.1 Fotografía satelital Subcentro de Carapungo y Centro de Medicina Familiar



15.2 Subcentro de Salud y Maternidad Carapungo – Ministerio de Salud Pública



15.3 Archivo de historias clínicas Subcentro de Salud y Maternidad Carapungo



15.4 Centro de Medicina Familiar Carapungo – Hospital VozAndes Quito



15.5 Proceso de registro de información de las historias clínicas



15.6 Proceso de revisión de historias clínicas

16. BIBLIOGRAFIA

1. Aalbers, J., O'Brien, K. K., Chan, W.-S., Falk, G. a, Teljeur, C., Dimitrov, B. D., & Fahey, T. (2011). Predicting streptococcal pharyngitis in adults in primary care: a systematic review of the diagnostic accuracy of symptoms and signs and validation of the Centor score. *BMC medicine*, 9(1), 67. BioMed Central Ltd. doi:10.1186/1741-7015-9-67
2. Aguda, F. (2009). Diagnóstico y Tratamiento de Faringoamigdalitis Aguda: Guía de referencia rápida. Instituto Mexicano del Seguro Social.
3. Ameijeiras, H. (2004). Hospital Clínicoquirúrgico “ Hermanos Ameijeiras ” INDICADORES DE CALIDAD Y EFICIENCIA DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS ., 30(1), 17-36.
4. Arcos, P., Rubiera, G., & Rigueira, I. (2003). Comparación de dos modelos de indicadores de la calidad de la prescripción farmacéutica en atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 17(5), 375-383.
5. Bello-parías, L. D. (2008). Validación de un Instrumento para Medir Calidad Percibida por Usuarios de Hospitales de Colombia. *Health Reports*, 10(3), 443-451.
6. Bisno, A. L., Gerber, M. A., Gwaltney, J. M., Kaplan, E. L., & Schwartz, R. H. (2002). Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis. *Clinical Infectious Diseases*, 4, 113-125.
7. Bukonda, N., Tavrow, P., & Abdallah, H. (2002). *International Journal for Quality in Health Care*, 14, 107-111.
8. Cabascango, K., Villegas, A. (2009). Calidad de atención dada por el profesional de la salud a los usuarios externos en el área de emergencia del Hospital San Vicente de Paúl (HSVP) durante el período noviembre 2009 a agosto 2010.
9. Delia, M., Cantarell, M., (2006). Calidad de la atención médica. Curso Básico de Auditoría Médica, Médicos Municipales.
10. Castro, Sonia. “Calidad en la atención de la salud desde la auditoria medica” (2010): 1-28.
11. Choby, B. a. (2009). Diagnosis and treatment of streptococcal pharyngitis. *American family physician*, 79(5), 383-90. Sitio en internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21155123>
12. Concha, Marisol; Aguilera, Ximena. Estudio de Costo Efectividad de Intervenciones para los Principales Problemas de Salud Pública. Ministerio de Salud Republica de Chile. Santiago de Chile (1999).
13. Delgado, A. E. L. (2010). Evaluación de la calidad de la atención en salud , un primer paso para la Reforma del Sistema Assessment in quality in Health Care , a first step to reforming the System, 26(1), 143-154.
14. Delia, Marcela; Cantarell, Marta. Calidad de la atención médica. Curso Básico de Auditoría Médica, Médicos Municipales, 11 de diciembre del 2006
15. Ebell MH, Smith MA, Barry HC, Ives K, Carey M. (2000). The rational clinical examination. Does this patient have strep throat? *JAMA*. 284(22):2915

16. Fernández, N. (n.d.). Calidad de la atención médica, Fascículo N° 1, Programa de Educación a Distancia “Nuevas Formas de Organización y Financiación de la Salud” 1-38.
17. Frye, R., & Bailey, J. (2011). Which treatments provide the most relief for pharyngitis pain ?, *Family Physician Inquiries Network*. 60(5), 293-294.
18. Gutierrez, Patricia; Herteleer, Juan; et al. CTB – MDMQ. MODULO 1 : Gerencia y Calidad en servicios de salud.
19. Hautecoeur, M., Com, M. S., Zunzunegui, M. V., Epidemiol, D., & Vissandjee, B. (2007). Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala, 49(2).
20. Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC). Ecuador en Cifras. Sitio en internet www.ecuadorencifras.com/cifras-inec/salud.html#
21. Jimenez, Leonor et al. Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 1/1996, Facultad de Salud Pública Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Sitio web: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol22_1_96/spu07196.htm
22. Linder, J., Chan, J. (2006). Evaluation and Treatment of Pharyngitis in Primary Care Practice, 166, 1374-1379.
23. Lorenzo, S., Mira, J. et al., La gestión por procesos en instituciones sanitarias. Máster en Dirección Médica y Gestión Clínica.
24. Lucio, R., Y, Castro, K., & P. (2007). La Salud en Quito: análisis de acceso y calidad. Línea base del proyecto salud de altura. Sitio en internet: www.saluddealtura.com/...salud/publicaciones-salud-gratuitas
25. Marcos, S., (2000). Calidad de la Atención en Salud a través de la Auditoría Médica. *Medicina*, 61, 227-240.
26. Mira, J. J., V, J. A., Rodríguez-marín, J., Antonio, J., & Hernández, U. M. (1998). hospitalaria SERVQHOS : un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria. *Health Care*, 1-15.
27. Ml, V. D., Aim, D. S., Keber, N., Habraken, H., & Christiaens, T. (2011). Different antibiotic treatments for group A streptococcal pharyngitis (Review). *Library*, (1).
28. Mogollón-pérez, A. S., & Vázquez, M. L. (2008). Factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia Factors affecting access to health care institutions by the internally displaced population in Colombia, 24(4), 745-754.
29. Moraga, T., & Torres, J. (2008). Propuesta de una escala para medir la calidad del servicio de los centros de atención secundaria de salud *. *Analysis*, 42(4), 719-734.
30. Ortiz, P. et al. (2008). MODULO 1: Gerencia y Calidad en servicios de salud. Proyecto Salud de Altura.
31. Otálora, M. L., & Orejuela, A. R. (2007). Calidad del servicio de salud : una revisión a la literatura desde la perspectiva del, 20(34), 237-258.
32. Ramírez-sánchez, T. D. J., Enf, L., & C, M. (1998). Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México : perspectiva de los usuarios, 40(1), 1-10.

33. Reyes, M., Weldt, C., Mateluna, X. (2005). Medición de la Calidad del Servicio de Salud Mental de un Servicio de Salud Universitario en Función de los Índices de Satisfacción de un Grupo de Usuarios Measurement of the Quality of the Service of Mental Health of a University Service of Health According to the Indexes of Satisfaction of a Group of Users. *Psicológica*, 23, 45-54.
34. Rodríguez, A. (2009) Garantía de calidad Sistemas de Salud. Análisis y Perspectivas de la Salud en la región Sur-Sureste. Sitio en internet: http://www.smsp.org.mx/documentos/Garantia_Sistemas_de_Salud%20-%20Merida_4Jun.pdf
35. Rodríguez, C., Antonio, M., Montoya, L., & Aguayo, G. (2007). Calidad de atención y satisfacción del usuario con cita previa en medicina familiar de Guadalajara. *Medicina*, 33(3), 1-6.
36. Servicio de Calidad de la Atención Sanitaria. Sescam. La Gestion por Procesos. Toledo (2002)
37. Smith, P. C., Mossialos, E., & Papanicolas, I. (n.d.). Performance Measurement for Health System Improvement Experiences , Challenges and Prospects. *Management*.
38. Somro, A., Akram, M., Ibrahim, M., Asif, H. M., Sami, A., Ali, S. M., Shahen, G., et al. (2011). Pharyngitis and sore throat : A review. *Journal of Biotechnology*, 10(33), 6190-6197.
39. Vargas, Viviana “Calidad de atención en el Subcentro de Salud de Punyaro de la Ciudad de Otavalo a paciVentes en etapa de adulto joven durante el periodo enero – agosto 2010”. Universidad Tecnica del Norte, Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de enfermería. Ibarra, diciembre 2010.
40. Varo, J., (1994). Gestión Estratégica de la Calidad en Los Servicios Sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria.
41. Wessels, M. R. (2011). Streptococcal Pharyngitis. *New England Journal of Medicinem* 364, 648-655.