

Cumplimiento de profesionales de salud a indicadores de calidad de guía clínica neumonía adquirida en comunidad

Compliance of health professionals with quality indicators of pneumonia clinical guide acquired in community

66

Gloria Lastre-Amell¹, Mariela Suárez-Villa², Jorge Rodríguez-López³, Carmen Lafont⁴, Isabel Pacheco⁵, Gloreine Vivanco⁶, Luz Martínez Piñeres⁷

¹Enfermera Magister en salud pública, docente investigadora Universidad Simón Bolívar
Email: glastre2@unisimonbolivar.edu.co <https://orcid.org/0000-0002-8855-3931>

²Enfermera Magister en educación, docente investigadora Universidad Simón Bolívar
Email: msuarez2@unisimonbolivar.edu.co <https://orcid.org/0000-0002-3489-5450>

³Enfermero Magister en Salud Pública, docente investigador Universidad Simón Bolívar Email: jrodriguez2@unisimonbolivar.edu.co

⁴Odentóloga Magister en Auditoría de Servicios de salud clafontt@yahoo.com

⁵Médico Magister en Auditoría de Servicios de salud impachecop@hotmail.com

⁶Enfermera Magister en Auditoría de Servicios de salud glorevipi@hotmail.com

⁷Fisioterapeuta Magister en Auditoría de Servicios de salud luzraquelmartinez@hotmail.com

Resumen

Objetivo: Evaluar el cumplimiento de la guía clínica de Neumonía Adquirida en Comunidad a los profesionales de salud en una Empresa Social del Estado de la ciudad de Barranquilla.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo trasversal, la muestra estuvo constituida por 53 historias clínicas de pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, como: diagnosticados con NAC, en el periodo de enero a diciembre de 2016, de cualquier género y mayores de 18 años considerando las variables de estudio: características sociodemográficas, características clínicas, ayudas diagnósticas, criterio de hospitalización, escala de gravedad, diagnóstico y tratamiento.

Resultados: El 42% de los pacientes se encontraron en edades mayores de 65 años, en el desarrollo de la enfermedad predominó el género femenino, los profesionales de la salud de la Empresa Social del Estado si cumplen con las recomendaciones dadas por la guía de práctica clínica de Neumonía Adquirida en Comunidad en su diagnóstico, tratamiento, criterios de hospitalización; sin embargo en cuanto a la escala de gravedad de Curb 65 fue la gran barrera porque los profesionales de la salud no registran la clasificación pertinente al diagnóstico; además en los paraclínicos en un alto porcentaje no solicitan los exámenes de acuerdo a la estratificación de riesgo.

Conclusión: el nivel de cumplimiento de los profesionales de la salud en los indicadores de calidad de la guía en adultos hospitalizados, es muy variable y se debe mejorar el registro y la documentación en la historia clínica.

Palabras clave: Neumonía, guía de práctica clínica; indicadores de salud.

Abstract

Objective: To evaluate the compliance of the clinical guide of Acquired Pneumonia in Community by the health professionals in a social enterprise of the state of the city of Barranquilla.

Materials and methods: A cross-sectional descriptive study was carried out, the sample consisted of 53 clinical records of patients who met the inclusion criteria, such as: diagnosed with NAC, in the period from January to December 2016, of any gender and older than 18 years considering the study variables: sociodemographic characteristics, clinical characteristics, diagnostic aids, hospitalization criteria, severity scale, diagnosis and treatment.

Results: 42% of the patients were older than 65 years, in the development of the disease the female gender predominated, the health professionals of the ESE if they comply with the recommendations given by the clinical practice guide of NAC in its diagnosis, treatment, hospitalization criteria; However, in terms of the severity scale of Curb 65, it was great because health professionals do not record the classification relevant to the diagnosis; also in paraclinics a high percentage do not request exams according to risk stratification.

Conclusion: the level of compliance of health professionals in the quality indicators of the NAC guide in adults hospitalized in the ESE, is very variable and should improve the registration and documentation in the clinical history.

Key words: Pneumonia, clinical practice guide, health indicators.

La Neumonía Adquirida en Comunidad (NAC) es una enfermedad que representa un problema de salud pública en todo el mundo y se asocia con una significativa mortalidad y morbilidad; en su presentación clínica se revela como la causa de la mayoría de los casos de sepsis (S), sepsis grave (SG) y shock séptico (SS) diagnosticados en los servicios de urgencias (SUH)^{1,2}.

La NAC debe desarrollarse en un paciente no hospitalizado ni internado en unidades de cuidados crónicos ni residentes en hogares geriátricos, al menos en los 14 días previos a su presentación, u ocurra dentro de las primeras 48 horas del ingreso al hospital, con el propósito de separarla de la neumonía asociado al cuidado de la salud^{3,4}.

Estudio sobre cumplimiento de las guías nacionales en pacientes hospitalizados con NAC⁵, concluyó que el tratamiento administrado dentro de las 8 horas de la admisión fue óptimo, y el resto de los indicadores mostraron un bajo nivel de cumplimiento; así mismo, que existen muchas áreas en el manejo de las NAC que no se efectúan de acuerdo a las guías nacionales de la Sociedad Venezolana de Neumología y Cirugía Torácica (OVETHORAX).

En otro estudio sobre adherencia a las guías de prácticas clínicas sobre NAC y su relación con la mortalidad⁶, los resultados mostraron que la edad prevalente fueron mayores de 65 años, las lesiones radiológicas en más de un lóbulo o bilaterales, el debut como neumonía atípica, y la evaluación del no cumplimiento de las guías y el tratamiento inadecuado tiene relación con la mortalidad.

Así mismo, en un estudio realizado en Colombia sobre el nivel de adherencia a la guía de atención de NAC en el Hospital Universitario San Jorge de Pereira⁷, se halló predominio masculino y la edad promedio fue de 56,3±22,4 años. La adherencia a la guía fue de 14,1% de casos. El costo bajo de hospitalización ($p=0,03$, OR: 2,07; IC95%: 1,02-4,14) y reporte de radiografía de tórax ($p<0,001$, OR: 16,7; IC95%:2,26-124,11) se asociaron de manera estadísticamente significativa con adherencia a la guía. La falta de adherencia se asoció al desconocimiento de la guía por parte de los médicos, concluyendo que se debe difundir las guías de atención de NAC y hacerle seguimiento a la implementación con el fin de reducir la estancia hospitalaria, las complicaciones y costos.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se define las guías de práctica clínica, por Espinosa⁸, como el conjunto de orientaciones, sistematizadas, que pautan la actuación médica frente a un paciente con determinada situación clínica. También se ha expresado que constituyen un conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática, para ayudar a los clínicos y a los pacientes en el proceso de la toma de decisiones, sobre cuáles son las intervenciones

más adecuadas para resolver un problema clínico en unas circunstancias sanitarias específicas.

Igualmente, la Guía de Práctica Clínica, definida por el Ministerio de Salud y Protección Social⁹ es un documento informativo que incluye recomendaciones dirigidas a optimizar el cuidado del paciente, con base en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los beneficios y daños de distintas opciones en la atención a la salud. Estas se elaboran porque existe una variabilidad inexplicable en la práctica clínica, proveen una actualización del conocimiento de los profesionales de la salud con una base sólida, ayudan a ofrecer al paciente el mejor cuidado, mejorando la efectividad del cuidado clínico y la calidad de la atención en salud⁹.

Por lo anteriormente descrito, siendo la NAC una de las 10 primeras causas de morbimortalidad en Colombia y en el Atlántico, se toma como punto de referencia a una Empresa Social del Estado para la realización de la investigación, es una institución de tercer y cuarto nivel de atención que funciona como centro de referencia del departamento del Atlántico en Colombia, con un gran número de usuarios anualmente, que se benefician de sus servicios y con la intención de garantizar la calidad de la atención médica, así como de la seguridad de los pacientes ha incorporado herramientas metodológicas en la práctica dirigidas a mejorar la calidad de la atención hacia esta patología. Por lo tanto, el objetivo del estudio fue; evaluar el cumplimiento de la guía clínica de Neumonía Adquirida en Comunidad por los profesionales de salud en una empresa social del estado de la ciudad de Barranquilla.

Se realizó un estudio descriptivo transversal, evaluando el cumplimiento de la guía de práctica clínica de la neumonía adquirida en la comunidad en los pacientes adultos atendidos por parte de los profesionales de la salud de la Empresa Social del Estado de la ciudad de Barranquilla. La muestra estuvo constituida por 53 historias clínicas de pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, como diagnosticados con NAC, en el periodo de enero a diciembre de 2016, de cualquier género y mayores de 18 años. Las variables estudiadas fueron las dadas por la guía de práctica clínica del manejo de la NAC: Características clínicas, Criterio de hospitalización, Ayudas diagnósticas, Escala de gravedad y clasificación, Diagnóstico y tratamiento. El instrumento aplicado fue la guía de práctica clínica de neumonía, publicada en el 2013 versión actualizada por las sociedades científicas del país, como la Asociación Colombiana de Neumología y Cirugía de Tórax (ACNCT), Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo (AMCI), Asociación Colombiana de Medicina Interna (ACMI), Aso-

ciación Colombiana de Infectología (ACIN), denominada: Recomendaciones para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la neumonía adquirida en la comunidad en adultos inmunocompetentes las preguntas del cuestionario fueron cerradas de carácter evaluativo³.

Una vez diseñado el instrumento de GPC NAC (guía de práctica clínica de neumonía) se realizó una prueba piloto en 14 profesionales de salud expertos entre médicos neumólogos, internistas, infectólogos, intensivista, auditores en salud para la validación de contenido, realizándole los respectivos ajustes; la Validez del instrumento estadísticamente, se basó en una medida del grado de exactitud.. En este caso, se aplicó el método del índice de validez de contenido (IVC), que consistió en la valoración por parte de un grupo de personas con calificación técnica en el tema de los ítems en tres categorías que son: innecesario (1), útil (2) o esencial (3), al cual se le consideran expertos y se calculó el índice, así:

$$IVC = \frac{n_e \cdot N/2}{N/2}$$

Donde, n_e es el número de expertos que han valorado en ítem como esencial y N es el número total de expertos que participan en el proceso de validación. De igual forma, matemáticamente, el IVC estará entre -1 y 1, donde las puntuaciones ubicadas entre 0 y 1, son las que denotan una mejor validez de contenido. Cuando el IVC=0, significa que la mitad de los expertos da como esencial un ítem. Si el IVC es muy bajo, es necesario eliminar algunos ítems. Según Lawshe^{10,11} quien desarrolló este método de validación.

A continuación en la tabla 1 se muestra los índices de valides de contenido según expertos para cada ítem:

Ítems	n_e	IVC
Diagnóstico de neumonía	14	1,00
Medidas generales (Tratamiento)	14	1,00
Inicio de tratamiento (Tratamiento)	13	0,86
Vacunación con la influenza (Educación y prevención)	13	0,86
Criterios de hospitalización	12	0,71
Escala de gravedad	12	0,71
Antibióticos (Tratamiento)	12	0,71
Vacunación con neumococo (Educación y prevención)	12	0,71
Exámenes paraclínicos (Ayudas diagnósticas)	11	0,57
Cambio a antibiótico a la vía oral (Tratamiento)	11	0,57
*Egreso (Tratamiento)	9	0,29
*Cesación de tabaquismo (Educación y prevención)	9	0,29
*Uso de antivirales (Tratamiento)	8	0,14
*IVC por debajo de 0,51		
Fuente: elaboración propia, cuestionario de evaluación por expertos.		

Con base en la tabla anterior, los expertos validan 9 de los 13 ítems que son puestos a consideración. En razón de esto se tiene un 70% de los ítems válidos lo cual es una métrica adecuada para el presente instrumento.

El presente trabajo cumplió con las norma éticas nacionales (Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de salud de Colombia) e internacionales del Consejo de organizaciones internacionales de las ciencias médicas (CIOMS) para investigaciones en humanos y el protocolo fue aprobado y supervisado por el comité de ética institucional, garantizando la confidencialidad de los datos obtenidos de registros de las historias clínicas y se respetó los principios de beneficencia, no maleficencia. La información fue recolectada directamente de la base de datos de las historias clínicas de la E.S.E, tabulada en una hoja de Excel, permitiendo evaluar el comportamiento de las variables de estudio referenciadas en la guía de práctica clínica de neumonía, publicada en el 2013 del Comité Nacional Conjunto^{12,13}.

El análisis estadístico se estimó las frecuencias relativas, y porcentajes e indicadores de la GNAC, se utilizó un paquete estadístico IBM SPSS Statistics; con el propósito de establecer el nivel de cumplimiento de la guía se clasificó como óptimo, cuando el cumplimiento fue mayor a 90% (no se requieren medidas para mejorar) intermedio (cuando el cumplimiento fue entre el 60 y el 90% (se requieren intervenciones para mejorar la calidad a un nivel óptimo) y bajo cuando el cumplimiento fue menor al 60% (se requieren prontas intervenciones para mejorar la calidad)⁵.

Tabla 1. Caracterización de la población objeto de investigación de acuerdo con las características sociodemográficas; sexo, edad y procedencia. Población. N=53

Características	Frecuencia	% del total
Edad		
Entre 15 y 35 años	7	13%
Entre 35 y 55 años	17	32%
Entre 56 y 65 años	7	13%
Mayor de 65 años	22	42%
Genero		
Masculino	25	47%
Femenino	28	53%
Procedencia		
Urbana	16	30%
Rural	37	70%

Fuente: base de datos del registro de historias clínicas de pacientes diagnosticados con NAC de la ESE

La tabla 1 muestra que el predominio mayor de la enfermedad de NAC en cuanto a la variable de género fue el femenino, ocupando el masculino un menor porcentaje, no con diferencia significativa relevante. Así mismo, la edad en la que cursa la enfermedad estuvo mayor representada por el rango etéreo mayor de 65 años, Es decir que la enfermedad se presentó en el curso de vida del adulto mayor o edad avanzada, debido a que son más propenso a desencadenar enfermedades del tracto respiratorio por los múltiples factores de riesgo y comorbilidades que se presentan en esta edad. La mayor procedencia fue del área rural, debido a que esta institución es una E.S.E, de referencia del Departamento del Atlántico.

Tabla 2. Adherencia del profesional de salud a la guía de práctica clínica de NAC, características clínicas para diagnóstico

Diagnóstico	Frecuencia	%
Anormalidades de Auscultación		
Crepito	50	94%
Frémito	2	4%
Matidez	0	0%
Pectoriloquia	0	0%
Signos y síntomas sistémicos		
FR Mayor 20 Resp X;	30	57%
T° Mayor A 38 °C	9	17%
Confusión Mental	3	6%
Leucocitos Mayor De 12.000 Por Mm3	13	25%
Diaforesis nocturna	5	9%
Escalofríos	2	4%
Mialgias	11	21%
Signos de infección		
Fiebre	46	87%
Tos	48	91%
Expectoración purulenta	40	75%

Fuente: base de datos del registro de historias clínicas de pacientes diagnosticados con NAC de la ESE

La tabla 2 evidencia que el signo característico de esta patología estuvo representado en mayor índice por anomalías en la auscultación, fue el signo de crepito, seguido de signos y síntomas sistémicos como la frecuencia respiratoria mayor a 20 resp x', mialgia debido a que el objetivo de la guía es garantizar un tratamiento oportuno y eficaz de la enfermedad, identificando así las características clínicas que caracterizan el proceso infeccioso, como los signos de infección, anomalías en la auscultación del tórax, signos y síntomas sistémicos.

Tabla 3. Adherencia del profesional de salud a la guía de práctica clínica de NAC, características clínicas para el criterio de hospitalización.

Criterios de hospitalización	Frecuencia	%
Comorbilidades		
Insuficiencia renal crónica	3	6%
Epoc	14	26%
Bronquiectasias	1	2%
Diabetes Mellitus	4	8%
Enfermedad Cerebro Vascular	1	2%
Abuso Crónico De Drogas Y/O Alcohol	7	13%
Insuficiencia cardiaca congestiva	3	6%
Desnutrición	4	8%
Asma	8	15%
Exposición Previa Antibióticos	24	45%
Frecuencia de hospitalización		
Días	13	25%
Semanas	1	2%
Meses	7	13%
Año	0	0%
Hallazgos físicos		
FR> 30 Por Min	6	11%
Tad <60 MmHg	2	4%
Tas <90 MmHg	1	2%
Pulso >125 Por Min	2	4%
Temp < 35 °C	0	0%
Temp >40°C.	2	4%
Estado De Conciencia Alterado	5	9%
Evidencia De Infección Extra Pulmonar	10	19%
Hallazgos de laboratorio		
Leucocitos< 4000	2	4%
Neutrófilos<1000 Cel Por Mm3	0	0%
Pao2 <60 MmHg	1	2%
Paco2 > 50 MmHg	1	2%
Creatinina >1.2 Mg/D	3	6%
BUN > 20 MG /DI	4	8%
Hematocrito<30 %	2	4%
Hb <9 Mg /DI	7	13%
Acidosis Metabólica menor de 7.35	0	0%
Leucocitos mayor de 30000 células por mm3	3	6%
Hallazgos radiográficos		
Lesiones inflamatorias : Menor de 1 lóbulo	20	38%
Lesiones inflamatorias más de 2 lóbulos .	9	17%
Derrame Pleural	7	13%

Fuente: base de datos del registro de historias clínicas de pacientes diagnosticados con NAC de la ESE

La tabla 3 se observa un alto índice de la población estudiada estuvo expuesto a antibióticos previo ingreso a la E.S.E, lo que puede inferir directamente sobre el diagnóstico; así mismo, la comorbilidad que mayor se expresó fue la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). La frecuencia hospitalaria de estos pacientes previo a su atención fue de días y los hallazgos físicos que mayor se evidenciaron fue la infección extrapulmonar, la tensión arterial sistólica menor de 90 mmhg, no se vio tan relacionada con la enfermedad, pero se logró establecer mediante los hallazgos de laboratorios que la Hb menor a 9 MG/DL, el BUN mayor a 20 mg/dl y CREATININA mayor a 1,2 mg/dl, se ven directamente implicadas con el desarrollo infeccioso de la enfermedad; con los datos radiológicos, se identificó que un alto índice de pacientes presentó lesiones inflamatorias menores a un lóbulo.

Tabla 4. Adherencia del profesional de salud a la guía de práctica clínica de NAC, según la escala de gravedad / exámenes paraclínicos y tratamiento

Adherencia del profesional de salud a la guía de práctica clínica de NAC para la escala de gravedad

Escala de gravedad Escala de Curb 65	Frecuencia	Porcentaje
Curb 65- 1	15	28%
Curb 65- 2	8	15%
Curb 65-3	1	2%
Curb 65-4	0	0%
No registra o no cumple	29	55%

Adherencia del profesional de salud a la guía de práctica clínica de NAC de exámenes paraclínicos

Exámenes paraclínicos	Frecuencia	%
Grupo 1		
Radiografía De Tórax	43	81%
Grupo 2		
Hemograma, Bun, Creatinina, Glicemia	45	85%
Oximetría De Pulso O Gases Arteriales	21	40%
Tinción De Gram O Cultivo De Esputo	18	34%
Baciloscopia Seriada De Esputo	13	25%
Estudio De Esputo O De Secreciones Para Virus	13	25%
Fibrobroncoscopia	3	6%
Hemocultivos Por 2	5	9%
Procalcitonina Cuantitativa	0	0%
Estudio Del Derrame Pleural Significativo	2	4%
Grupo 3		
Todos Los Exámenes Del Grupo 2	1	2%
Fibrobroncoscopia Mas Cultivo De Secreción De Vía Área Inferior	2	4%
Evaluar Disfunción Orgánica Tp, Tpt,Bun, Creatinina, Bilirrubina Total Y Directa , Lactato Y Gases Venosos Arteriales	4	8%

Adherencia del profesional de salud a la guía de práctica clínica de NAC, características del tratamiento.

Tratamiento	Frecuencia	%
Inicio de tratamiento antes de 4-6 horas y shock séptico	51	96
Medidas generales	51	96
Uso antivirales	0	0
T ratamiento antibiotico	45	84,9
Cambio antibiotico intravenoso a la vía oral	47	89

Fuente: base de datos del registro de historias clínicas de pacientes diagnosticados con NAC de la ESE

La tabla 4 muestra que la mayor parte de la población cumplió con criterios para clasificación de curbs65-1; el mayor índice de la población no cumplía con criterios de ingreso a UCI sino a manejo ambulatorio. Teniendo en cuenta el resultado se considera que la guía de NAC plantea que el profesional de salud debe estratificar y clasificar a los pacientes mediante la escala curbs 65; sin embargo en el presente estudio una de las barreras que se presentó fue el NO registro de esta variable en un alto porcentaje de las historias clínicas por parte del profesional de salud que atendió el paciente.

En cuanto a los exámenes paraclínicos la guía recomienda que los laboratorios deben ser solicitados según el criterio de estratificación de la enfermedad en grupo 1, grupo 2 y grupo 3. Por lo cual durante el análisis de las historias clínicas se evidenció en el registro la ayuda diagnóstica principal para la identificación de la enfermedad fueron las categorizadas dentro del grupo 1 y 2, en mayor porcentaje, siendo indispensable el RX de tórax, seguido de laboratorios clínicos como hemograma, BUN, creatinina y glicemia, oximetría de pulso, baciloscopia seriada de esputo.

Con respecto al tratamiento, en los registros de las historias clínicas analizadas se evidenció que el profesional de salud de la E.S.E. inician oportunamente el tratamiento antibiótico indicado durante las primeras 4-6 horas de diagnóstico del paciente; así mismo implementan el protocolo de la guía, cambiando el tratamiento intravenoso a vía oral, cuando las condiciones clínicas de los pacientes eran favorables.

TABLA 5. Adherencia del profesional de salud a la guía de práctica clínica de NAC, según el diagnóstico, criterio de hospitalización, escala de gravedad, exámenes paraclínicos y tratamiento.

	Frecuencia	% total
Diagnostico		
Adherente	40	75,4%
No adherente	13	24,5%
Criterios de hospitalización		
Adherente	49	92,4%
No adherente	4	8,0%
Escala de gravedad		
Adherente	17	32%
No adherente	36	68%
Exámenes paraclínicos		
Adherente	21	39,6%
No adherente	32	60,3%
Medidas generales		
Adherente	51	96,20%
No adherente	2	3,70%
Tratamiento antibiótico		
Adherente	45	84,9%
No adherente	8	15%
Inicio de tratamiento		
Adherente	51	96,2%
No adherente	2	3,7%
Cambio de tratamiento endovenoso a vía oral		
Adherente	47	88,6%
No adherente	6	11,3%
Uso de antivirales		
Adherente	0	0%
No adherente	53	100%

Fuente: base de datos del registro de historias clínicas de pacientes diagnosticados con NAC de la ESE

La tabla 5 se observa que los profesionales de la salud de la ESE si cumplen con las recomendaciones dadas por la guía de práctica clínica de NAC en su diagnóstico, tratamiento, criterios de hospitalización; sin embargo en cuanto a la escala de gravedad de Curbs 65(14) fue la gran barrera que se presentó durante la auditoría de los registros de historias clínicas, no registra la clasificación pertinente al diagnóstico; además en los Exámenes paraclínicos el profesional de la salud en un alto porcentaje no solicita los exámenes de acuerdo a la estratificación de riesgo.

TABLA 6. Nivel de cumplimiento de los indicadores de calidad de la guía de práctica clínica de neumonía adquirida en la comunidad y la pertinencia del profesional de salud a los criterios de diagnóstico, hospitalización y tratamiento.

Indicador	Descripción	Valor	Nivel de cumplimiento
Pertinencia del diagnóstico	Número de pacientes con criterios clínicos y radiográficos con hospitalización por NAC / Número total de pacientes hospitalizados	75,47%	Intermedio
Pertinencia de los criterios de hospitalización	Número de pacientes hospitalizados con adecuados criterios de hospitalización de NAC / Número total de pacientes hospitalizados	92,45%	Óptimo
Pertinencia de los criterios de tratamiento antibiótico dados a los pacientes	Número de pacientes adecuadamente tratados con antibióticos para NAC / Número total de pacientes hospitalizados	84,91%	Intermedio

Fuente: base de datos del registro de historias clínicas de pacientes diagnosticados con NAC de la ESE

La tabla 6 muestra que el nivel de cumplimiento dado por las recomendaciones de las guías de Gur L et al⁵; la cual la clasifica como óptimo el cumplimiento mayor a 90% (no se requieren medidas para mejorar).

Discusión

A

l evaluar el cumplimiento de los profesionales de salud a los indicadores de calidad de la guía clínica de neumonía adquirida en la comunidad en una Empresa Social del Estado de Barranquilla, se identificó que el 42% de los pacientes se encontraron en edades mayores de 65 años, coincidiendo con el estudio de Gur L et al⁵, donde la edad de los pacientes fue mayor de 65 años, y difiere en el género, debido a que en el estudio predominó el femenino con un 53% con respecto al reportado en el anterior estudio donde fue mayor el masculino respectivamente,

considerando lo revelado con la literatura mundial, donde la epidemiología es más frecuente en hombres y adultos mayores quienes padecen la enfermedad.

Con respecto a las características clínicas para el criterio de diagnóstico, se evidenció que el signo característico de esta patología estuvo representado en mayor índice por anomalías en la auscultación con el signo de crepito, 94%, seguido de 57% con signos y síntomas sistémicos como la frecuencia respiratoria mayor a 20 resp x', acompañado del 91% de tos y 87% de temperatura mayor a 38°C; comparando las características clínicas de los pacientes del estudio son similares con el estudio de Báez SR. et al.,¹⁵ que se presentaron la misma sintomatología en ambos estudios.

Así mismo, la razón de hospitalización en la mayoría de los casos en el estudio presento una o más comorbilidades con un 26% EPOC, el 25% tuvo días de hospitalización, el 19% evidenció infección extrapulmonar, y el 11% frecuencia respiratoria mayor o igual a 30 POR min., en marcado en los hallazgos físicos, y en los hallazgos de laboratorios y radiológicos el 13% Hb < 9Mg/Dl, el 17% y 13% lesiones inflamatorias de más de 2 lóbulos y derrame pleural; como esta descrito en el estudio de Báez SR. et al.,¹⁵ cualquiera de las reglas de predicción existentes, constituyen un complemento al juicio clínico del médico, sin embargo, este es esencial para evaluar la gravedad de los pacientes y la toma de decisión de hospitalización. Igualmente, el hallazgo radiográfico es semejante al reporte hecho en el estudio de Aleaga YY. et al.,¹⁶ dada la consideración que la población en el estudio la mayoría de los casos fueron mayor de 65 años, lesión inflamatoria de 1 lóbulo 22.1%.

En relación al índice de escala de gravedad, se identificó que la mayor parte de la población cumplió con criterios para clasificación de curb65-1 con un 28%, es decir el 85% de los pacientes no requerían ingreso a hospitalización, infiriendo con el estudio de Gur L, et al.,⁵.

En la variable de índice de exámenes paraclínicos solicitados dentro del grupo 1 el 81% corresponde a Radiografía de tórax, seguido de laboratorios clínicos como hemograma, bun, creatinina y glicemia con el 85%, oximetría de pulso 40% entre otro, lo cual guarda similitud con lo reportado en el estudio de Machado JE. et al.,⁷ donde se solicitó radiografía del tórax 74.7%, hemograma 82.5%.

En relación al tratamiento se demostró en el estudio que el 96% de los casos Inicio tratamiento antes 4-6 horas y shock séptico 1 hora, dentro de las primeras 8 horas de ingreso del paciente, dato que guarda similitud con el estudio de Gur L, et al.,⁵ donde el 96% de los pacientes se les administró tratamiento empírico dentro de las primeras 8 horas; el 96% de los profesionales de salud tienen en cuenta las medidas generales debido a que la ESE, es centro de referencia y los pacientes ingresan con laboratorios clínicos y radiografías recientes y se cumple más rápido el proceso de atención; este indicador es im-

portante, porque se ha asociado a la disminución de la mortalidad a 30 días tal como lo reportado en el estudio de Báez SR. et al.¹⁵.

Con respecto al indicador pertinencia de los criterios de tratamiento antibiótico de los pacientes el cumplimiento fue de nivel intermedio (84.91%), coincidiendo con el estudio Báez SR. et al.,¹⁵. Otro indicador como es el cambio de antibiótico intravenoso a la vía oral tuvo un nivel de cumplimiento del 89% infiriendo con el resultado del estudio Báez SR. et al., y en el estudio Gur L et al.,^{15,5}. Este indicador define costo efectividad de la atención médica, disminuye la estancia hospitalaria y simplifica la aplicación del tratamiento antibiótico empírico inicial con la subsecuente disminución del daño colateral por uso de antibióticos de amplio espectro.

En lo concerniente a la adherencia del profesional de salud a la guía de práctica clínica de la NAC, el 92%, tiene un nivel óptimo de cumplimiento en los criterios de hospitalización, infiriendo estos resultados con el estudio de Báez SR. et al.¹⁵, donde el 26% y 57.1% de los casos respectivamente no cumplieron el criterio de hospitalización de acuerdo al índice de PSI y CURB -65^{14,17}.

Por último los indicadores de implementación, auditoría y observancia de la Guía NAC, se demostró que el 92.45% fue de un óptimo nivel de cumplimiento en la E.S.E según la pertinencia de los criterios de hospitalización y la clasificación de Gur L, et al.⁵.

La adherencia según el criterio de hospitalización fue de un nivel óptimo evidenciándose que lo profesionales son adherentes a las recomendaciones dadas por la guía, y son un complemento al juicio clínico del médico; sin embargo, éste es esencial para evaluar la gravedad de los pacientes y la toma de decisión para la hospitalización.

La adherencia según la escala de gravedad fue la gran barrera que se presentó durante la auditoría de los registros de historias clínicas, dado que el profesional de salud diligencia los signos y síntomas clínicos del paciente, pero un gran porcentaje no registra la clasificación pertinente al diagnóstico, al igual que el criterio de ingreso a UCI.

Por otro lado, el nivel de cumplimiento de los profesionales de la salud en los indicadores de calidad de la guía de NAC en adultos hospitalizados en la ESE, es muy variable. Los resultados del presente estudio es que se debe mejorar el registro y la documentación en la historia clínica.

Referencias

1. Julián-Jiménez A., González del Castillo J., Martínez Ortiz de Zárate M., Candel González F.J., Piñera Salmerón P., Moya Mir M.S. Características y cambios epidemiológicos de los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad en los servicios de urgencias hospitalarios. *Anales Sis San Navarra*. 2013; 36(3): 387-395.
2. Zamora Ones C, Li Díaz H, Medero Oviedo A, Pichardo Hernández O. Neumonía adquirida en la comunidad, respuesta a la antibiototerapia en adultos hospitalizados. *Medimay*. 2016; 23(1):1-12.

3. Asociación Colombiana de Neumología y Cirugía de Tórax (ACNCT) Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo (AMCI) Asociación Colombiana de Medicina Interna (ACMI) Asociación Colombiana de Infectología (ACIN). GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA. Recomendaciones para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la neumonía adquirida en la comunidad en adultos inmunocompetentes. Infectio. 2013;17(Supl 1): 1-38
4. Guzzi L, Lopardo G, Espinola L, Niccodemi MC, Barcelona L, Ramírez J. Mortalidad en pacientes con neumonía provenientes de geriátrico: estudio caso-control. Rev. amer. med. respiratoria. 2013; 13(3): 133-139.
5. Gur Levy. Cumplimiento con las guías nacionales de neumonía adquirida en la comunidad, resultadas de estudio Capó en Venezuela. Arch-Bronconeumol. 2015; 51(4).
6. Fragoso Marchante M, Espinosa Brito A, Álvarez Amador G, González Morales I, Bernal Muñoz J, Mosquera Fernández M. Adherencia a las guías de prácticas clínicas sobre neumonía adquirida en la comunidad y su relación con la mortalidad: un problema sociomédico. MediSur [Internet]. 2010; 8(4): 49-56.
7. Machado-Alba Jorge Enrique, Isaza-Martínez Berenice, Sepulveda-Marrín Mónica, Rivera-Palacios Alejandro, Ceballos Sandra Liceth. Nivel de adherencia a la guía de atención de neumonía adquirida en la comunidad en el Hospital Universitario San Jorge de Pereira, Colombia. Revista médica Risaralda. 2012;18(2): 134-139.
8. Espinosa Brito A. Guía de Práctica Clínica, Herramienta para mejorar la calidad de la atención médica. Revista Hab Medica. 2012; 11(1 paginas 25-26).
9. Ministerio de protección social. Que es una Guía de Práctica Clínica? [Online]. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/gpc/SitePages/gpc_info_1.aspx.
10. Lawshe C. A QUANTITATIVE APPROACH TO CONTENT VALIDITY^ PHR-SONNHL PSYCHOLOGY 1975. 28, 563-575.
11. Forero, JC. Neumonía adquirida en comunidad en el adulto. Es hora de implementar las guías de manejo clínico institucionales. Acta Médica Colombiana 2013;38(4):206-207.
12. Ministerio de salud y protección social. Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá.1993.
13. OPS/OMS Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. CIOMS, Ginebra 2002. Programa Regional de Bioética, Santiago de Chile, 2003, 118 pp.
14. Aliberti, J. Ramirez. Cosentini, A.M. Brambilla, A.M. Zanaboni, V. Rossetti Low CURB-65 is of limited value in deciding discharge of patients with community-acquired pneumonia Respir Med, 105 (2011), 1732-1738 <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmed.2011.07.006> Medline
15. Báez-Saldaña R, Gómez-Zamora C, López-Elizondo C, Molina-Corona H, Santillán-Martínez A, Sánchez-Hernández J, Castillo-Pedroza J, et al Neumonía adquirida en la comunidad. Neumol Cir Torax. 2013; 72(1):6-43.
16. Serra Valdés M, Aleaga Hernández Y, Cordero López G, e Viera García M, Aboy Capote L, Serra Ruiz M. Neumonía adquirida en la comunidad maspector clinicos y valoración del riesgo en ancianos hospitalizados. Medisur. 2016;14(2):104-113.
17. Sanz MI. Restrepo E, Fernandez M. Mortensen C. Aguar, A. Cervera Hypoxemia adds to the CURB-65 pneumonia severity score in hospitalized patients with mild pneumonia Respir Care, 56 (2011), pp. 612-618 <http://dx.doi.org/10.4187/respcare.00853> Medline

Manuel Velasco (Venezuela) **Editor en Jefe** - Felipe Alberto Espino Comercialización y Producción

Reg Registrada en los siguientes índices y bases de datos:

SCOPUS, EMBASE, Compendex, GEOBASE, EMBiology, Elsevier BIOBASE, FLUIDEX, World Textiles,

OPEN JOURNAL SYSTEMS (OJS), REDALYC (Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal),

Google Scholar

LATINDEX (Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal)

LIVECS (Literatura Venezolana para la Ciencias de la Salud), LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud)

PERIÓDICA (Índices de Revistas Latinoamericanas en Ciencias), REVENYCT (Índice y Biblioteca Electrónica de Revistas Venezolanas de Ciencias y Tecnología)

SABER UCV, DRJI (Directory of Research Journal Indexing)

CLaCaLIA (Conocimiento Latinoamericano y Caribeño de Libre Acceso), EBSCO Publishing, PROQUEST



Esta Revista se publica bajo el auspicio del
Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico
Universidad Central de Venezuela.



cdch-ucv.net

publicaciones@cdch-ucv.net

www.revistahipertension.com.ve
www.revistadiabetes.com.ve
www.revistasindrome.com.ve
www.revistaavft.com.ve