

Artículo de investigación

## Evaluación de la calidad médica asistencial a pacientes hospitalizados con sospecha clínica de leptospirosis

Evaluation of the Medical Quality of Care for Hospitalized Patients with Clinical Suspicion of Leptospirosis

Rolando Rodríguez Puga<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0003-3350-374X>

Gloria Sofía García González<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0001-9880-3204>

<sup>1</sup>Hospital Pediátrico Docente Provincial “Eduardo Agramonte Piña”. Camagüey, Cuba.

<sup>2</sup>Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Camagüey, Cuba.

\*Autor para la correspondencia: [rolandote1986@gmail.com](mailto:rolandote1986@gmail.com)

### RESUMEN

**Introducción:** La utilización de la evaluación de la calidad de la atención en el ámbito de la salud ha generado resultados importantes que permiten la mejora de los servicios ofrecidos.

**Objetivo:** Evaluar la calidad asistencial a pacientes con sospecha clínica de leptospirosis.

**Métodos:** Se realizó una investigación en servicios de salud mediante un diseño observacional, analítico. Se incluyeron 166 pacientes que ingresaron con sospecha clínica de leptospirosis, en los Hospitales Provinciales Clínicos Quirúrgicos “Manuel Ascunce Domenech” y “Amalia Simoni” de la ciudad de Camagüey, en el período enero-diciembre de 2022. Se estudiaron las variables: grupos etarios, sexo, color de la piel, lugar de procedencia, indicadores de estructura, proceso y resultados.

**Resultados:** Primaron los pacientes en edades comprendidas entre 33-44 años (25,9 %), sexo masculino (84,3 %) y procedentes del municipio Camagüey (63,9 %). El 56,2 % fueron trabajadores expuestos, sin haber sido vacunados (95,9 %). La evaluación global del

indicador estructura resultó de 77,8 %, entretanto, el proceso y los resultados obtuvieron 30,4 y 23,1 %, respectivamente.

**Conclusiones:** La evaluación de la atención médica brindada, en cuanto a criterios de procesos y resultados, fue inadecuada; por el contrario, el indicador estructura resultó adecuado.

**Palabras clave:** leptospirosis; atención médica; evaluación; indicadores; calidad asistencial.

## ABSTRACT

**Introduction:** The evaluation of the quality of care in the health field has generated important results allowing to improve the services offered.

**Objective:** To evaluate the quality of care for patients with clinical suspicion of leptospirosis.

**Methods:** An investigation was carried out in health services through an observational and analytical design including 166 patients who were admitted with clinical suspicion of leptospirosis at Manuel Ascunce Domenech and Amalia Simoni Provincial Clinical Surgical Hospitals in Camagüey city, during January -December 2022. The studied variables were age groups, sex, skin color, place of origin, structure, process and results indicators.

**Results:** Patients aged between 33-44 years (25.9%), male (84.3%), and from Camagüey municipality (63.9%) predominated. 56.2% were non vaccinated workers under exposure (95.9%). The overall evaluation of the structure indicator was 77.8%, while the process and results obtained 30.4 and 23.1%, respectively.

**Conclusions:** The evaluation of the medical care provided, in terms of process and outcome criteria, was inadequate; in contrast, the structure indicator was adequate.

**Keywords:** leptospirosis; medical attention; assessment; indicators; quality of care.

Recibido: 15/03/2023

Aceptado: 24/05/2023

## Introducción

A pesar de su significado médico y el impacto económico, la leptospirosis es una de las más diseminadas y controvertidas enfermedades del hombre y los animales. La principal razón es por lo difícil de diagnosticar, dada la diversidad de manifestaciones clínicas que se asemejan a otras muchas enfermedades. Las dificultades en el proceso de atención y diagnóstico confirmatorio de las sospechas clínicas constituyen razones obvias para su desestimación.<sup>(1)</sup>

Reportes de 2022 revelan que entre 300 mil y 500 mil casos son informados cada año, aunque solo un reducido grupo de países tienen un adecuado sistema de notificación que, fundamentalmente, reconoce los pacientes hospitalizados con las formas más graves de la enfermedad, de manera que el número real de casos es mucho mayor.<sup>(2)</sup>

En primer lugar, la leptospirosis es una enfermedad ocupacional que afecta a muchas labores, sobre todo, durante la edad productiva del hombre. Aparte de los gastos que ocasiona por el tratamiento en el humano, genera pérdidas económicas considerables, con decrecimiento del nivel de vida nacional e individual, un alto costo en el control y fallos en la vida reproductiva de los animales.<sup>(3)</sup>

En relación con la distribución mundial, específicamente las regiones tropicales y subtropicales o las de clima cálido con precipitaciones fluviales abundantes, son las de mayor incidencia.<sup>(4)</sup> Si a ello se suma una fauna autóctona, rica en roedores y animales domésticos, las costumbres humanas, el marco socioeconómico y las condiciones higiénico-sanitarias, su prevalencia se incrementa.<sup>(5)</sup>

La mayoría de los países donde la leptospirosis es endémica reporta un incremento de la incidencia en los últimos años. La India, las Islas Andamanas y Tailandia, en Asia, notifican los mayores reportes. Entretanto, Brasil, Nicaragua, Perú, Colombia y Ecuador ocupan los primeros lugares en el ranking de Latinoamérica.<sup>(6)</sup>

Los serogrupos icterohaemorrhagiae, Pomona y, más recientemente, sejroe son muy comunes. Por su parte, los roedores causan más de la mitad de las infecciones reportadas en el hombre. Sin embargo, cerca de un 40 % de las fuentes de infección se identifican a través del contacto con animales domésticos y de campo como reservorios.<sup>(7)</sup>

Brotos epidémicos, con frecuencia relacionados con brotes en animales domésticos, se reportaron en Cuba hasta 1996 fundamentalmente, fecha en que se introduce en gran escala

la vacuna antileptospirósica cubana.<sup>(2,3)</sup> A partir de este momento, se manifiesta una tendencia decreciente a predominio de casos aislados, con un patrón estable en los últimos años, excepto en 2007 y 2014 en que se presentaron nuevos brotes de la enfermedad.<sup>(8)</sup>

Se habla de calidad en la atención médica cuando se realizan diferentes actividades encaminadas a garantizar los servicios de salud accesibles y equitativos con profesionales óptimos y teniendo en cuenta los recursos disponibles para lograr la satisfacción del usuario con la atención recibida.<sup>(9)</sup>

*Cao Paredes*<sup>(10)</sup> define la calidad de la atención en salud como: “el grado en el que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en salud”, para los que existen atributos o dimensiones reflejados en la literatura con mayor utilidad en nuestro medio, competencia y desempeño profesional, efectividad, eficiencia, accesibilidad, satisfacción, adecuación y continuidad.

En Cuba, varios han sido los trabajos realizados sobre la calidad de la atención en pacientes hospitalizados o no, y en muchos de ellos se evidencian deficiencias en el manejo y flujo de atención, insatisfacción en los servicios, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, así como la necesidad de evaluar constantemente la calidad científico-técnica de la atención y de potenciar las actividades de promoción, prevención y rehabilitación.<sup>(2,9,10)</sup>

El objetivo del estudio fue evaluar la calidad asistencial a pacientes con sospecha clínica de leptospirosis.

## Métodos

Se realizó una investigación en servicios de salud mediante un diseño observacional analítico, prospectivo y longitudinal en pacientes que ingresaron con sospecha clínica de leptospirosis en los Hospitales Provinciales Clínicos Quirúrgicos “Manuel Ascunce Domenech” y “Amalia Simoni” de la ciudad de Camagüey, en el período enero-diciembre de 2022. Del universo de 169 pacientes fue seleccionada una muestra de 166 que cumplieron con los criterios de selección de la investigación.

*Criterios de inclusión:* Pacientes con sospecha clínica y antecedentes epidemiológicos de leptospirosis, registrado en la base de datos del Departamento de Epidemiología Hospitalaria, con encuesta epidemiológica realizada.

*Criterios de exclusión:* Pacientes con síndrome febril correspondiente a otras etiologías, definida en las primeras 24 horas, negados a colaborar con la investigación o incapacitados mentalmente.

Para el registro primario de información, se tuvieron en cuenta los datos aportados por el paciente, la historia clínica hospitalaria, la historia clínica individual y familiar, los registros de los laboratorios clínicos y microbiológicos en ambos hospitales y del laboratorio provincial. Como fuente secundaria, se obtuvieron los análisis de la estructura establecidos para la prestación de los servicios médicos tanto en la Atención Primaria (APS) como en la Atención Secundaria de Salud (ASS).

Fueron estudiadas las variables: edad, sexo, hospital donde recibió la atención médica y municipio de residencia.

Cada indicador fue evaluado mediante variables específicas. Para analizar la estructura, se consideró la ocupación laboral, exposición al riesgo, oportunidad de la atención médica en el área de salud del enfermo, existencia de locales del médico de la familia (CMF), cobertura de médicos y enfermeras de la familia, existencia de flujogramas, manejo del programa de leptospirosis y garantía de médicos en los servicios de cuerpo de guardia de los hospitales a la llegada del paciente.

Asimismo, fue considerada la existencia de procedimientos (flujogramas para la atención de estos pacientes), de recursos materiales (disponibilidad de medicamentos específicos/antibióticos) y los sistemas de información (SID, EDO, encuestas, información de resultados), que se evaluaron a partir de los registros utilizados para recolectar la información y el uso de la misma (procesamiento y análisis).

La evaluación de los indicadores de estructura se realizó de la siguiente forma:

- Satisfactoria: Si se cumplió con el standard óptimo a aceptable.
- No satisfactoria: Si no se cumplió con el standard propuesto.

Para la evaluación de la dimensión estructura se consideró:

- Adecuada: Si el 70 % o más de los criterios esenciales (\*) fueron evaluados de satisfactorios y el 60 % o más de los demás indicadores no esenciales.

- No adecuada: Si no se cumple lo anterior.

En el proceso de atención médica se evaluaron los aspectos relacionados con la primera consulta, lugar donde recibió asistencia médica ante los primeros síntomas, veces que la recibió, tiempo que demoró en solicitar los servicios, práctica de la automedicación, atención recibida en los servicios de salud vinculados (cobertura, atención, tratamiento previo, ingreso, remisión).

También se tuvieron presente aspectos del proceso de atención en el hospital, tales como estado del paciente a su llegada al hospital, servicio donde ingresó, tiempo transcurrido desde la llegada al cuerpo de guardia hasta el ingreso, toma del primer y segundo suero, tratamiento específico, complementarios realizados, evolución, estadía y egreso), aspectos relacionados con el manejo del programa en los consultorios del médico y enfermera de la familia (CMF) y áreas de salud (dispensarización del riesgo, vacunación, quimioprofilaxis realizadas en el área, educación sanitaria sobre la enfermedad).

Para la recolección de la información del laboratorio se registraron los aspectos siguientes:

- Muestreo (tipo muestra, fechas de entrada y salida).
- Técnica empleada.
- Método de información.
- Resultados diagnósticos (positivo, negativo, control de calidad).

La evaluación de los indicadores de proceso se realizó de la siguiente forma:

- Satisfactoria: Si se cumplió con el standard propuesto (óptimo a aceptable).
- No Satisfactoria: Si no se cumplió con el standard propuesto (insatisfactorio).

Para la evaluación de la dimensión proceso, se consideró como:

- Adecuado: Si el 80 % de los criterios esenciales (\*) fueron evaluados de satisfactorios y el 60 % o más de los demás indicadores no esenciales.
- No adecuado: Si no se cumple lo anterior.

Para dar salida a los indicadores de impacto se seleccionaron los criterios siguientes:

- Morbilidad: Tasa x 100 mil habitantes (reducción del 5 %).
- Morbilidad: Estratificada según grupos de riesgo.
- Mortalidad: Tasa x 100 mil habitantes (reducción).
- Letalidad: Porcentaje (menor del 3 %).

Indicadores operacionales:

- Proporción de casos confirmados por el laboratorio (indicador: 5-10 % de los casos confirmados).
- Proporción de encuestas epidemiológicas confeccionadas a casos ingresados (indicador: 100 % de las encuestas realizadas).
- Proporción de sueros pares tomados y estudiados (indicador: 100 % de las muestras realizadas).
- Proporción de cultivos realizados (indicador: 70 % de los cultivos realizadas).
- Proporción de cepas clasificadas según serogrupos (indicador: 50 % de las cepas clasificadas).
- Proporción de grupos de riesgo dispensarizados según tipo de exposición y ocupación. (indicador: 100 % de los grupos de riesgo dispensarizados).
- Proporción de grupos de riesgo vacunados en los últimos 3 años (indicador: 70 % de grupos de riesgo vacunados).
- Proporción de grupos de riesgo y controles de foco con tratamiento quimioprofiláctico (indicador: 100 % de quimioprofilaxis realizadas).
- Proporción de actividades educativas realizadas (indicador: al menos 2 actividades realizadas en el mes).

La evaluación de los indicadores de resultados se realizó de la siguiente forma:

- Adecuado: Si se cumplió con el standard propuesto (óptimo a aceptable).

- No adecuado: Si no se cumplió con el standard propuesto (insatisfactorio).

Para la evaluación de la dimensión resultado, se consideró como:

- Adecuado: Si el 80 % de los criterios esenciales (\*) (según criterios de expertos) fueron evaluados de satisfactorios y el 60 % o más de los demás indicadores no esenciales.
- No adecuado: Si no se cumple lo anterior.

Finalmente, se consideró como satisfactoria la calidad de la atención en pacientes que ingresaron con sospecha de leptospirosis si las dimensiones estructura, proceso y resultados obtuvieron igual denominación (standard 70 %).

Para calificar los indicadores en ambas instituciones hospitalarias fueron definidas las siguientes categorías:

- Calidad buena: Si se cumple que el 80 % o más de los indicadores esenciales y el 60 % o más de los no esenciales, se evaluaron de satisfactorios.
- Calidad regular: Si se cumple que entre el 60 y el 80 % de los indicadores esenciales y entre el 40 y 60 % de los no esenciales se evaluaron de satisfactorios.
- Calidad mala: Si se cumple que menos del 60 % de los indicadores esenciales y menos del 40 % de los no esenciales se evaluaron de satisfactorios.

Los datos se procesaron mediante el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), utilizando estadística descriptiva mediante distribuciones de frecuencias, así como estadística inferencial por tablas de contingencia con la prueba de ji al cuadrado y el test de hipótesis de proporción. Se aceptó un nivel de significación de  $\leq 0,05$ .

La investigación fue aprobada por el Consejo Científico y el Comité de Ética del Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología. De igual forma, se tuvieron en cuenta los principios de la Declaración de Helsinki.<sup>(11)</sup>



## Resultados

En ambas instituciones se constató predominio del sexo masculino (84,3 % del total de ingresos con sospecha de leptospirosis), sobre todo en los grupos más jóvenes (15-44 años) vinculados a las labores productivas (tabla 1).

**Tabla 1-** Distribución de la población estudiada por hospitales según grupos etarios y sexo

| Grupos etarios<br>(años) | Hospital Manuel Ascunce (n = 73) |      |          |      | Hospital Amalia Simoni (n = 93) |      |          |      |
|--------------------------|----------------------------------|------|----------|------|---------------------------------|------|----------|------|
|                          | Sexo                             |      |          |      | Sexo                            |      |          |      |
|                          | Masculino                        |      | Femenino |      | Masculino                       |      | Femenino |      |
|                          | n                                | %    | n        | %    | n                               | %    | N        | %    |
| 15-24                    | 16                               | 21,9 | 4        | 5,5  | 10                              | 10,8 | 3        | 3,2  |
| 25-34                    | 16                               | 21,9 | 3        | 4,1  | 25                              | 26,8 | 3        | 3,2  |
| 35-44                    | 10                               | 13,7 | 5        | 6,8  | 26                              | 28,0 | 3        | 3,2  |
| 45-54                    | 12                               | 16,5 | 0        | 0,0  | 8                               | 8,6  | 2        | 2,2  |
| 55-64                    | 6                                | 8,2  | 1        | 1,4  | 11                              | 11,8 | 1        | 1,1  |
| ≥ 65                     | 0                                | 0,0  | 0        | 0,0  | 0                               | 0,0  | 1        | 1,1  |
| Total                    | 60                               | 82,2 | 13       | 17,8 | 80                              | 86,0 | 13       | 14,0 |

Fuente: Modelo de registro de datos.

El municipio Camagüey aportó el mayor número de casos a la serie estudiada (63,9 %). Sin embargo, los municipios Jimaguayú, Camagüey, Sibanicú, Sierra de Cubitas, Minas y Santa Cruz del Sur presentaron un alto riesgo de enfermar al reportar mayores tasas de incidencia (tabla 2).

**Tabla 2-** Distribución de la población estudiada según procedencia

| Municipio de procedencia | Hospital Manuel Ascunce |      | Hospital Amalia Simoni |      | Total | Tasa x 10 <sup>5</sup> hab |
|--------------------------|-------------------------|------|------------------------|------|-------|----------------------------|
|                          | n                       | %    | n                      | %    |       |                            |
| Camagüey                 | 43                      | 59,0 | 63                     | 67,7 | 106   | 32,5                       |
| Céspedes                 | 3                       | 4,1  | 0                      | 0,0  | 3     | 11,7                       |
| Esmeralda                | 1                       | 1,4  | 0                      | 0,0  | 1     | 3,3                        |
| Florida                  | 1                       | 1,4  | 0                      | 0,0  | 1     | 1,4                        |

|                    |    |       |    |       |     |      |
|--------------------|----|-------|----|-------|-----|------|
| Guáimaro           | 2  | 2,7   | 2  | 2,1   | 4   | 7,0  |
| Jimaguayú          | 3  | 4,1   | 4  | 4,3   | 7   | 32,9 |
| Minas              | 0  | 0,0   | 8  | 8,6   | 8   | 20,8 |
| Najasa             | 1  | 1,4   | 0  | 0,0   | 1   | 6,1  |
| Nuevitas           | 0  | 0,0   | 0  | 0,0   | 0   | 0,0  |
| Santa Cruz del Sur | 6  | 8,2   | 2  | 2,1   | 8   | 15,6 |
| Sibanicú           | 3  | 4,1   | 7  | 7,5   | 10  | 32,1 |
| Sierra de Cubitas  | 0  | 0,0   | 5  | 5,4   | 5   | 26,8 |
| Vertientes         | 10 | 13,7  | 2  | 2,1   | 12  | 22,4 |
| Total              | 73 | 100,0 | 93 | 100,0 | 166 | 21,0 |

Fuente: Modelo de registro de datos.

En relación con la exposición, el 56,2 % de los pacientes realizaron labores expuestos a la enfermedad de forma permanente, mientras el 74,0 % refirió exposición en el mes precedente al ingreso. El 95,9 % de los pacientes no se encontraban inmunizados con la vacuna antileptospirósica (tabla 3).

**Tabla 3-** Distribución de la población estudiada según criterios de riesgo

| Exposición al riesgo                              | n  | %    |
|---|----|------|
| <b>Ocupación permanente</b>                       |    |      |
| Expuestos   | 41 | 56,2 |
| No expuestos                                      | 32 | 43,8 |
| <b>Ocupación antes del inicio de los síntomas</b> |    |      |
| Expuestos   | 54 | 74,0 |
| No expuestos                                      | 19 | 26,0 |
| <b>Vivienda</b>                                   |    |      |
| Área urbana                                       | 59 | 80,8 |
| Área rural  | 14 | 19,2 |
| <b>Vacunación antileptospirósica</b>              |    |      |
| Sí  | 3  | 4,1  |
| No  | 70 | 95,9 |

Fuente: Modelo de registro de datos.

Al evaluar los indicadores de estructura, solo el nivel de atención médica en consultorios no alcanzó el estándar establecido en los esenciales (\*), mientras que, en los no esenciales, la inexistencia de flujogramas en la atención secundaria fue evaluada de igual forma (tabla 4).

**Tabla 4-** Evaluación de los indicadores de estructura

| Indicadores de estructura                            | Valor observado | %     | Standard establecido (%) | Evaluación       |
|--|-----------------|-------|--------------------------|------------------|
| CMF. Cobertura médica (*)                            | 136/141         | 96,5  | 95                       | Satisfactoria    |
| CMF. Cobertura enfermería (*)                        | 138/141         | 97,8  | 95                       | Satisfactoria    |
| CMF. Nivel de atención (*)                           | 93/141          | 65,6  | 100                      | No satisfactoria |
| CMF. Existencia de flujogramas                       | 141/141         | 100,0 | 100                      | Satisfactoria    |
| CMF. Disponibilidad de vacunas (*)                   | 141/141         | 100,0 | 100                      | Satisfactoria    |
| CMF. Disponibilidad de quimioprofilaxis              | 141/141         | 100,0 | 100                      | Satisfactoria    |
| Hospital. Cobertura médica (*)                       | 2/2             | 100,0 | 100                      | Satisfactoria    |
| Hospital. Existencia de flujogramas                  | 0/2             | 0     | 100                      | No satisfactoria |
| Hospital. Existencia de medicamentos específicos (*) | 2/2             | 100,0 | 100                      | Satisfactoria    |

Fuente: Modelo de registro de datos.

Dentro de los criterios esenciales, solo 1 (7,7%) fue evaluado de óptimo y 4 (30,8 %) de satisfactorio; el resto (61,5%) se evaluaron de no satisfactorio y 1 (7,7 %) no se evaluó.

En relación con los indicadores no esenciales solo 2 (18,2 %) obtuvieron buena calificación (óptima y satisfactoria), el resto (81,8 %) se evaluó de no satisfactorio, debido a que el 32,5 % de los pacientes acudieron a solicitar asistencia médica luego de transcurridos 72 horas de iniciado el cuadro clínico, entre otros elementos adversos (tabla %).

**Tabla 5-** Evaluación de los indicadores de proceso

| Indicadores de proceso                 | Valor observado | %    | Standard establecido (%) | Evaluación |
|--|-----------------|------|--------------------------|------------|
| Tiempo entre 1ros síntomas/1ª consulta | 112/166         | 67,4 | 70                       | N S        |
| Asistencia médica previo ingreso       | 38/166          | 22,9 | 70                       | N S        |

|   |             |             |             |             |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Veces que la recibió                      | 33/38       | 86,8        | 70          | S           |
| Tiempo entre 1ª consulta/ Ingreso (*)     | 17/28       | 60,7        | 100         | N S         |
| Tiempo entre 1ros síntomas/ Ingreso(*)    | 143/166     | 86,1        | 70          | S           |
| Asistencia hospitalaria                   | 99/166      | 59,6        | 70          | N S         |
| Servicios donde ingresó                   | 11/18       | 61,1        | 100         | N S         |
| Tiempo Cuerpo de Guardia / Ingreso (*)    | 134/166     | 80,7        | 70          | S           |
| Tratamiento hospitalario (*)              | 149/166     | 90,0        | 70          | Óptimo      |
| Inicio tratamiento específico (*)         | 147/166     | 88,5        | 70          | S           |
| Tiempo 1ros síntomas/ Tratamiento (*)     | 101/166     | 60,8        | 70          | N S         |
| Complementarios al ingreso (*)            | 161/166     | 96,9        | 90          | S           |
| Complementarios durante la evolución (*)  | 136/166     | 81,9        | 90          | N S         |
| Tiempo entre 1ros síntomas/ 1er suero (*) | 76/166      | 45,7        | 70          | N S         |
| Tiempo 1ros síntomas/ 2do suero (*)       | 37/166      | 22,3        | 70          | N S         |
| Evolución                                 | 166/166     | 100,0       | 100         | Óptimo      |
| Diagnóstico ingreso/egreso                | 119/166     | 71,6        | 100         | N S         |
| Diagnóstico de laboratorio (1ª muestra)   | 110/166     | 66,2        | 70          | N S         |
| Diagnóstico de laboratorio (2ª muestra)   | 28/166      | 16,9        | 70          | N S         |
| Tiempo diagnóstico (*)                    | 15/151      | 9,9         | 100         | N S         |
| Criterios clínico-epidemiológicos         | 5/166       | 3,1         | 100         | N S         |
| Pareamiento de sueros (*)                 | 28/166      | 16,9        | 100         | N S         |
| Calidad del muestreo (*)                  | No evaluado | No evaluado | No evaluado | No evaluado |
| Sistemas de información y vigilancia      | 72/166      | 43,3        | 70          | N S         |

Fuente: Modelo de registro de datos.

Lejos del estándar establecido se encontraron la mayor parte de los indicadores de impacto y operacionales, se destacaron como positivos los indicadores de mortalidad-letalidad, mientras se constató una morbilidad considerable. Importantes acciones como la dispensarización del riesgo y la vacunación antileptospirosica no se cumplen en las áreas de salud objeto de estudio (tabla 6).

**Tabla 6-** Evaluación de los indicadores de resultado

| Crterios  | Valor observado   | %         | Standard establecido (%) | Evaluación  |
|---|---|-----------|--------------------------|---|
| <b>Indicadores de impacto</b>                         |   |           |                          |   |
| Morbilidad (*)  | Tasa de incidencia incrementa da 1,3 x 10 <sup>5</sup> hab. | Reducción | N S                      | Reducción   |
| Morbilidad estratificada                              | 100% estratificada  | 100       | S                        | Morbilidad estratificada                              |
| Mortalidad (*)  | Tasa de incidencia  | 0         | S                        | Mortalidad (*)  |
| Letalidad (*)   | 0 %   | 5-10      | S                        | Letalidad (*)   |
| <b>Indicadores operacionales</b>                      |   |           |                          |   |
| Proporción de casos confirmados                       | 3 %   | 100       | N S                      | Proporción de casos confirmados                       |
| Proporción de encuestas epidemiológicas (*)           | 31,3 %  | 90        | N S                      | Proporción de encuestas epidemiológicas (*)           |
| Proporción de sueros pares (*)                        | 16,9 %  | 70        | N S                      | Proporción de sueros pares (*)                        |
| Proporción de cultivos realizados                     | 0   | 50        | N S                      | Proporción de cultivos realizados                     |
| Proporción de cepas clasificadas                      | 0   | 100       | N S                      | Proporción de cepas clasificadas                      |
| Proporción de grupos de riesgo dispensarizados (*)    | 3,5 %   | 100       | N S                      | Proporción de grupos de riesgo dispensarizados (*)    |
| Proporción de grupos de riesgo vacunados              | 56,7 %  | 100       | N S                      | Proporción de grupos de riesgo vacunados              |
| Proporción de grupos con tratamiento quimioprofilaxis | 24,8 %  | 100       | N S                      | Proporción de grupos con tratamiento quimioprofilaxis |
| Proporción de actividades educativas                  | 24,8 %  | 0         | N S                      | Proporción de actividades educativas                  |

Fuente: Modelo de registro de datos.

Al relacionar los indicadores en cada unidad hospitalaria se obtuvieron similares resultados en ambas instituciones, evaluándose de regular el proceso de atención al paciente, lo que evidencia la necesidad de realizar acciones sistemáticas que permitan evaluar la calidad de

la atención médica a estos pacientes y lograr mantener los indicadores de satisfacción que la población merece (tabla 7).

**Tabla 7-** Resultados del proceso de evaluación de la calidad de la atención de salud en los hospitales “Manuel Ascunce” y “Amalia Simoni”

| Criterios     | Hospital Manuel Ascunce |      |    |   | Hospital Amalia Simoni |      |        |   |
|---------------|-------------------------|------|----|---|------------------------|------|--------|---|
|               | VO                      | %    | SE | E | VO                     | %    | SE (%) | E |
| Esenciales    | 10/16                   | 62,5 | 80 | R | 10/16                  | 62,5 | 80     | R |
| No esenciales | 4/9                     | 44,4 | 60 | R | 4/9                    | 44,4 | 60     | R |

Fuente: Modelo de registro de datos.

VO: Valor observado, SE: Standard establecido, E: Evaluación.

En general, los resultados alcanzados muestran que la calidad de la atención brindada es deficiente en cuanto a los indicadores de proceso y resultado. Aunque la estructura cumple con los requerimientos actuales, al evaluar de manera integral los 3 criterios de calidad de la atención, solo 17 de los 45 criterios establecidos fueron evaluados de adecuados para un 37,8 % del 70 % trazado como estándar (tabla 8).

**Tabla 8-** Evaluación general de los indicadores de calidad

| Criterios  | Valor observado | %    | Standard establecido (%) | Evaluación  |
|------------|-----------------|------|--------------------------|-------------|
| Estructura | 7/9             | 77,8 | 70                       | Adecuado    |
| Proceso    | 7/23            | 30,4 | 70                       | No adecuado |
| Resultados | 3/13            | 23,1 | 70                       | No adecuado |

Fuente: Modelo de registro de datos.

## Discusión

Varios autores<sup>(4,5,8)</sup> hacen referencia a la leptospirosis como la más amplia zoonosis de distribución mundial conocida, caracterizada por cursar con manifestaciones variables. Esta enfermedad es más frecuente en zonas rurales que en urbanas, en hombres que en mujeres y en edades entre los 30 y 49 años, resultados con los que existe coincidencia.

*Cosigna*<sup>(12)</sup> considera que la leptospirosis posee un amplio espectro y su presentación es más frecuente en personas expuestas durante su labor, resultados con los que se encuentra relación.

Pocos y no muy actuales han sido los estudios publicados sobre la calidad de la atención médica en pacientes con enfermedades transmisibles o no. En 2007, *Bardasguera* y otros,<sup>(13)</sup> evaluaron la calidad de la atención primaria en el paciente asmático, con resultados deficientes en la atención prestada, aun cuando la evaluación general de la estructura fue adecuada.

En este sentido, los autores de la presente investigación recomiendan ejecutar acciones orientadas a perfeccionar la capacitación del personal de salud con énfasis en el enfoque preventivo.

En vista de la estructura del Sistema Nacional de Salud de Cuba y al cuadro de morbilidad en el país, se ha reiterado el criterio de que el nivel primario de atención debe resolver entre el 80-90 % de los problemas de salud que se presentan. Dada la fortaleza de contar en todo el territorio nacional con médicos y enfermeras de la familia, la accesibilidad de la población a los servicios de salud está realmente garantizada.

También, al ser un sistema de salud abierto, la población necesitada de atención médica puede procurarla en el centro de salud que prefiera, independientemente de la complejidad del problema. Sin embargo, el nivel de resolutivez de los equipos básicos de salud es más bien bajo.<sup>(6)</sup>

*Pulido* y otros,<sup>(14,15,16)</sup> en trabajos relacionados con la calidad del proceso de atención en Latinoamérica y Colombia, obtuvieron variables resultados en cuanto a la calidad del proceso e insisten en que hay que fortalecer las estructuras de los sistemas ya creados y la necesidad de consolidar la acción multidisciplinaria e intersectorial para abordar la problemática.

*Suárez*<sup>(17)</sup> plantea que en los últimos años se ha incrementado la importancia de la información sobre la morbilidad y mortalidad hospitalaria. Esta situación es el resultado de una serie de factores, entre los que se encuentran el desarrollo de la capacidad informática en las instituciones, el aumento en el número de codificadores, la descentralización de la generación de estadísticas sobre daños a la salud y el aumento en el uso de la información de los hospitales para la evaluación y planeación de los servicios.

*Palacio y otros*,<sup>(18,19)</sup> en estudios efectuados sobre morbilidad y mortalidad por leptospirosis, obtuvieron resultados con los que la presente investigación contrasta, sin encontrar otros trabajos que se refieran de manera específica al tema de la calidad de la atención al paciente con leptospirosis.

Los autores consideran tener en cuenta de forma integrada los criterios clínico-epidemiológicos de riesgo-enfermedad, que con tanta frecuencia se observan en las condiciones de vida actuales.

Otros autores<sup>(20,21)</sup> reportan valores no aceptables en casi la totalidad de los criterios, con amplias desviaciones de los valores obtenidos en relación con los establecidos. Similares resultados se obtuvieron en la actual investigación, en el indicador proceso y resultados, de manera que la calidad en los servicios es susceptible de mejoras que permitan estar a la altura de lo esperado por los usuarios y la resolutivez de sus problemas.<sup>(20,21)</sup>

La principal limitación del estudio consistió en la poca disponibilidad de bibliografía sobre el tema y de manera específica sobre leptospirosis. No obstante, se pretende lograr su replicabilidad como herramienta medible para evaluar elementos de calidad de la atención médica y así poder diseñar intervenciones de políticas en pro de mejorar la calidad de la atención.

En conclusión, la evaluación de la atención médica brindada, en cuanto a criterios de procesos y resultados, fue inadecuada; por el contrario, el indicador estructura resultó adecuado.

Se recomienda realizar estudios periódicos que permitan evaluar la calidad de la atención médica mediante la validación de la herramienta propuesta, con el fin de conocer cómo marcha su funcionamiento y si están en correspondencia con los objetivos para los que fueron creados.

## Referencias bibliográficas

1. Burgos B LG, Solórzano M, Vásconez L. Fisiopatología del dengue. Rev Cien Inv Con. 2019 [acceso 10/09/2022];3(3):622-42. Disponible en: <http://recimundo.com/index.php/es/article/view/614>



2. Márquez Benítez Y, Monroy Cortés KJ, Martínez Montenegro EG, Peña García VH, Monroy Díaz AL. Influencia de la temperatura ambiental en el mosquito *Aedes spp.* y la transmisión del virus del dengue. *Rev CES Med.* 2019;33(1):42-50. DOI: <https://doi.org/10.21615/cesmedicina.33.1.5>
3. Guzmán MG. Dengue. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2016.
4. Tamayo Escobar OE, García Olivera TM, Escobar Yéndez NV, González Rubio D, Castro Peraza O. La reemergencia del dengue: un gran desafío para el sistema latinoamericano y caribeño en pleno siglo XXI. *MEDISAN.* 2019 [acceso 10/09/2022];23(2):308-324. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192019000200308](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192019000200308)
5. Rey J, Lounibos P. Ecología de *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus* en América y transmisión de enfermedades. *Biomédica.* 2015;35(2):177-185. DOI: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v35i2.2514>
6. Tamayo Escobar OE, García Olivera TM, Escobar Yéndez NV, González Rubio D, Castro Peraza O. Caracterización clinicoepidemiológica de pacientes con dengue ingresados en el Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí. *MEDISAN.* 2020 [acceso 10/09/2022];24(4):653-668. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192020000400653](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192020000400653)
7. Consuegra Otero A, Martínez Torres E, González Rubio D, Castro Peraza M. Caracterización clínica y de laboratorio en pacientes pediátricos en la etapa crítica del dengue. *Rev Cubana Pediatr.* 2019 [acceso 10/09/2022];91(2):174-82. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312019000200003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312019000200003)
8. WMA. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Fortaleza: 64<sup>a</sup> Asamblea General; 2013 [acceso 07/20/2022]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
9. Masciadri V. Panorama sobre el dengue en los Estados miembros del Mercosur (1991-2015). *Rev Panam Salud Publica.* 2019;43:e11. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.11>
10. Milá Pascual MC, López González HD, Aties López L. Dengue: Signos, síntomas y su relación con parámetros hemoquímicos. *Rev Tecnología.* 2019 [acceso

- 14/10/2022];10(2):62-70. Disponible en: <https://revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/1291/982>
11. World Medical Association. Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Clin Rev Edu. 2013 [acceso 14/10/2022];310(20):2191-4. Disponible en: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/DoH-Oct2013-JAMA.pdf>
12. Reyes Jiménez A, Guzmán Tirado G, Ramírez Bartutis R, Hernández Morales C, García Menendez G, María Torres D, *et al.* Impacto económico del dengue en pacientes y familiares. Rev Med Tropical. 2019 [acceso 14/10/2022];71(4). Disponible en: <https://revmedtropical.sld.cu/index.php./medtropical/article/view/419/307>
13. Lee I, Hsieh C, Lee C. Diabetic patients suffering dengue are at risk for development of dengue shock syndrome/severe dengue: Emphasizing the impacts of co-existing comorbidity(ies) and glycemic control on dengue severity. J Microbiol Immunol Infect. 2020 [acceso 14/10/2022];53(1):69-78. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1684118218300069>
14. Ramentol L, Betancourt J, Nicolau P, Torre K. Biomarcadores para la predicción de la gravedad del dengue. CCM. 2016 [acceso 09/01/2023];20(2):305-15. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1560-43812015000200008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1560-43812015000200008)
15. Martín Hernández T, León Ramentol CC, Betancourt Bethencourt JA, Quesada Leyva L, Nápoles Jiménez NJ. Caracterización del comportamiento clínico y de laboratorio de pacientes con sospecha de dengue. Arch méd Camagüey. 2020 [acceso 01/11/2022];24(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552020000300002#B14](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552020000300002#B14)
16. García-Gómez C, Rodríguez-Morales O, Fernández-González C, Rodríguez-Roque M. Evolución clínico-epidemiológica de pacientes con diagnóstico de dengue. 2017. Medisur. 2019 [acceso 01/11/2022];17(6). Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4200>
17. Duany-Badell L, Águila-Rodríguez N, Bravo-Polanco E, Llanes-Cartaya M, González-León L, Castro-Morejón L. Características clínicas y epidemiológicas de pacientes confirmados de dengue. Cumanayagua, Cuba. 2019. Medisur. 2021 [acceso

- 01/11/2022];19(3). Disponible en:  
<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/5011>
18. Beltrán Sainz RI, Hernández Bager R, Mena Granales K, Savón George L, Triana Casado I. Complicaciones oculares asociadas a la fiebre por dengue. Rev Oftalmología. 2020 [acceso 01/11/2022];33(2). Disponible en:  
[https://revoftalmologia.sld.cu/index.php/oftalmologia/article/view/810/pdf\\_59](https://revoftalmologia.sld.cu/index.php/oftalmologia/article/view/810/pdf_59)
19. Karesh JW, Mazzoli RA, Heintz SK. Ocular manifestations of mosquito transmitted diseases. Mil Med. 2018 [acceso 01/11/2022];1(Suppl 1):450-8. Disponible en:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29635625/>
20. Watts SA, Ocampo CJ. Manifestaciones dermatológicas en dengue, zika y chikunguya. DCMQ. 2019 [acceso 01/11/2022];17(1):52-59. Disponible en:  
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=86302>
21. Martinez JD, Cardenas de la Garza JA, Cuellar-Barboza A. Going Viral. Zika, Chikungunya, and Dengue. Dermatol Clin. 2019;37(1):95-105. DOI:  
<https://doi.org/10.1016/j.det.2018.07.008>

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

### Contribución de los autores

*Conceptualización:* Rolando Rodríguez Puga, Yoánder Pérez Díaz.

*Curación de datos:* Rolando Rodríguez Puga, Yasnier Dueñas Rodríguez.

*Análisis formal:* Rolando Rodríguez Puga, Yasnier Dueñas Rodríguez.

*Investigación:* Rolando Rodríguez Puga, Yoánder Pérez Díaz.

*Metodología:* Rolando Rodríguez Puga, Yasnier Dueñas Rodríguez.

*Supervisión:* Rolando Rodríguez Puga, Yoánder Pérez Díaz.

*Validación:* Rolando Rodríguez Puga, Yoánder Pérez Díaz.

*Visualización:* Rolando Rodríguez Puga, Yoánder Pérez Díaz.

*Redacción-borrador original:* Rolando Rodríguez Puga, Yasnier Dueñas Rodríguez.

*Redacción-revisión y edición:* Rolando Rodríguez Puga, Yasnier Dueñas Rodríguez.

