

CALITATEA SERVICIILOR
MEDICALE SPITALICEȘTI
PRESTATE BOLNAVILOR CU
HIPERTONIE ARTERIALĂ ÎN MEDIUL RURAL

Anatolie BALANEȚCHI,
Școala de Management în Sănătate Publică

Summary

The quality of hospital services provided patients with hypertension in rural areas

The results of the evaluation quality of care in patients with hypertension who or treated in the district hospital during the year. Was assessed quality of care provided to the rural population vies-a-vies institutional clinical protocol. It was found that in large measure protocol compliant clinical services for patients with hypertension miss are issues that require monitoring and improvement.

Keywords: arterial hypertension, evaluation, quality, clinical protocol.

Резюме

Качество медицинских услуг, оказываемых в районной больнице больным с артериальной гипертензией

В статье приведены результаты оценки качества медицинских услуг, оказываемых в районной больнице больным с артериальной гипертензией в течение года. Оценивали качество помощи, оказываемой населению в соответствии с требованиями институциональных протоколов. Было установлено, что в значительной мере соблюдаются требования институциональных протоколов в оказании медицинских услуг для пациентов с артериальной гипертензией, но есть проблемы, требующие контроля и решения.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, качество, клинический протокол.

Introducere

În ultimii ani, în Republica Moldova au fost efectuate un șir de reforme și schimbări în domeniul asistenței medicale spitalicești, orientate spre optimizarea serviciilor medicale spitalicești și spre asigurarea populației rurale cu asistență medicală spitalicească de calitate. Acestea au fost înaintate de *Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017*. S-a menționat că R. Moldova a obținut succese în ceea ce privește indicatorii esențiali de sănătate, precum diminuarea mortalității materne și celei infantile, morbidității generale etc. Totuși indicatorii respectivi sunt mai înalți decât media europeană, de aceea se cer eforturi semnificative, pe termen lung, pentru alinierea la parametrii europeni.

Pentru ridicarea nivelului calității serviciilor de sănătate în Republica Moldova, au fost elaborate un șir de protocoale clinice, în primul rând Protocolul clinic național *Hipertensiunea arterială (persoane adulte)*. Protocolul a fost elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind hipertensiunea arterială (HTA) la persoanele adulte și servește drept bază pentru crearea protocoalelor instituționale, în baza posibilităților reale ale fiecărei instituții. La recomandarea MS, pentru monitorizarea protocoalelor instituționale au fost folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

Conform Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), calitatea reprezintă „caracteristica unui proces sau serviciu care determină nivelul de excelență” [1]. După Avedis Donabedian (anul 1992), „Calitatea asistenței medicale este o asistență ce asigură bunăstarea pacientului, după care el poate judeca între beneficiul sperat și riscul inerent actului medical [2].

American Medical Association (AMA) a definit, în 1984, calitatea asistenței medicale ca „asistență ce contribuie la ameliorarea sau menținerea calității și/sau duratei vieții”. AMA a integrat noțiunile de prevenție, oportunitate a asistenței medicale, de informare și de participare a pacientului, de menținere a cunoștințelor științifice și de folosire eficientă a resurselor. Institute of Medicine American propune de a defini calitatea ca „nivel pe care îl ating instituțiile medicale în termen de creștere a probabilității rezultatelor așteptate pentru clienți, de compatibilitate cu starea cunoștințelor actuale”. Pentru profesioniști, în sectorul sănătății, calitatea asistenței medicale corespunde caracteristicilor și rezultatelor asistenței medicale pe care o furnizează pacientului. Calitatea înseamnă a face bine un lucru bun. Altfel spus, înseamnă a stabili un diagnostic corect, a lua o decizie bună, a face o alegere terapeutică corectă și, în sfârșit, a le realiza bine, având mijloace și resurse necesare, experiență și calificare necesară.

Definiția internațională a calității în cadrul seriei de standarde ISO este următoarea: „Ansamblul caracteristicilor unei entități ce conferă atitudinea de a satisface necesitățile exprimate și subînțelese” [3].

Williamson (1982) a ilustrat în definiția sa cele trei concepte ale activității de asigurare a calității: „Măsurare a nivelului actual al serviciului furnizat, la care se adaugă efortul de a schimba, atunci când este necesar, furnizarea acestor servicii în lumina rezultatelor obținute” [5, 6, 7].

Atingerea acestor obiective reprezintă o continuare a cercetărilor științifice efectuate de un șir de savanți din țara noastră.

Unele aspecte ale calității, inclusiv calitatea asistenței medicale primare în diverse forme de organizare în mediul rural, au fost studiate la noi în țară (autor – Palanciuc M.), unde a fost folosită metoda de evaluare a experților la capitola calitatea examinării bolnavilor, diagnosticului și tratamentului [8].

Cele menționate arată că a apărut necesitatea evaluării calității, inclusiv a serviciilor de asistență medicală spitalicească, și argumentării măsurilor orientate spre lărgirea accesului populației rurale la servicii de calitate.

În conformitate cu cele relatate, ne-am propus drept **scop** studierea calității serviciilor medicale la bolnavii cu hipertensiune arterială. Pentru atingerea scopului, am formulat următoarele **obiective**:

- Evaluarea calității serviciilor medicale prestate bolnavilor în staționarul raional.
- Selectarea grupului de experți pentru efectuarea expertizei fișelor medicale în raport cu protocolul clinic instituțional.
- Elaborarea măsurilor îndreptate la ameliorarea activității staționarului și la îmbunătățirea calității serviciilor medicale.

Materiale și metode

Studiul realizat este unul descriptiv, iar după volumul eșantionului este selectiv. Eșantionul cercetat a fost format conform formulei clasice și se constituie din 276 de pacienți. Pentru realizarea acestui studiu a fost elaborat și utilizat instrumentul-cadru de colectare și analiză a datelor „Fișa de evaluare a calității serviciilor medicale spitalicești la bolnavii cu hipertensiune arterială în spitalul raional”. Aprecierea calității tratamentului bolnavilor cu HTA a fost efectuată în baza evaluării fișelor medicale din momentul internării și pe parcursul spitalizării, până la momentul externării pacienților, care s-au tratat în secția terapie generală a spitalului pe parcursul anului 2011 conform Protocolului clinic instituțional, elaborat în baza cerințelor Protocolului clinic național.

În calitate de experți au fost selectați medici-interniști cu categorie superioară în specialitatea dată, care au o vechime în muncă nu mai mică de 10 ani și care, după aprecierea proprie, dețin gradul 8-10 în scara competenței la specialitatea dată.

În procesul de evaluare a corespunderii tratamentului aplicat pacienților supuși studiului, experții au avut la bază Protocolul clinic național și cel instituțional *Hipertensiunea arterială (persoane adulte)*, din care au fost consultate în permanență un șir de definiții și anume:

- **Disfuncție diastolică a ventriculului stâng:** afectarea relaxării miocardului ventriculului stâng în diastolă.

- **Disfuncție sistolică a ventriculului stâng:** afectarea contractilității miocardului ventriculului stâng.
- **Cardiomiopatie:** patologia miocardului, asociată cu disfuncție cardiacă.
- **Cardiopatie:** denumire comună a bolilor cordului.
- **Hipertensiune arterială:** tensiune arterială persistent egală sau mai mare ca 140/90 mm Hg în repaus la persoanele adulte, luată în condiții de cabinet medical.
- **Hipertensiune arterială primară (esențială):** boală cu etiologie neidentificată definitiv, care se stabilește prin excluderea unor cauze certe de majorare a valorilor tensiunii arteriale și a maladiilor care ar putea genera instalarea hipertensiunii arteriale.
- **Hipertensiune arterială secundară:** sindrom din cadrul maladiilor renale, endocrine, neurologice, cardiovasculare, în sarcină și în unele intoxicații, având astfel o etiologie bine determinată.
- **Hipertensiune sistolică izolată:** tensiune arterială sistolică persistent egală sau mai mare ca 140 mm Hg, tensiune arterială diastolică egală sau mai mică decât 89 mm Hg. Constituie o particularitate a tensiunii arteriale la vârstnici.
- **Hipertensiune izolată de cabinet sau hipertensiune „de halat alb”:** trebuie diagnosticată atunci când tensiunea arterială măsurată în cabinet este $\geq 140/90$ mm Hg la minimum 3 determinări. La unii pacienți (aproximativ 15% din populația generală), TA de cabinet este crescută persistent, în timp ce tensiunea arterială pentru 24 de ore sau TA măsurată la domiciliu este în limite normale.
- **Persoane adulte:** cele cu vârsta egală cu sau mai mare de 18 ani.
- **Riscul cardiovascular total (global):** riscul maladiilor cardiovasculare fatale pe o perioadă de 10 ani conform vârstei, sexului, tensiunii arteriale sistolice, colesterolului total și statutului de fumător/nefumător.
- **Riscul adițional pentru persoanele cu hipertensiune arterială** implică coraportul dintre nivelurile tensiunii arteriale cu patru grupuri de factori, ce influențează prognoza: 1) factorii de risc, 2) afectarea subclinică a organelor-țintă, 3) diabetul zaharat, 4) afecțiunile cardiovasculare sau renale constituite.
- **Screening:** examinarea populației cu scopul evidențierii unei patologii anumite.
- **Screeningul tensiunii arteriale:** depistarea persoanelor cu tensiune arterială majorată prin examinarea unui număr mare de persoane.

- **Sindrom metabolic (SM):** prezența a trei din cinci factori de risc, printre care obezitatea de tip abdominal, glicemia à jeun alterată, TA >130/85 mm Hg, HDL-colesterol scăzut și hipertrigliceridemie.

Rezultate și discuții

Pentru aprecierea calității tratamentului bolnavilor cu HTA în spital, noi am evaluat nivelul de corespundere a standardului instituțional *Hipertensiunea arterială la adulți* în procesul de tratament conform fișelor medicale la toți pacienții care s-au tratat de această maladie pe parcursul unui an. Din numărul total de fișe pentru anul 2011, au fost selectate fișele bolnavilor cu HTA, care au constituit eșantionul. Fișele au fost supuse expertizei calității și corespunderii cu Protocolul clinic conform unei anchete elaborate pentru atingerea scopului dat. Ancheta include 25 de puncte propuse pentru colectarea informației din fișa medicală a pacientului vizavi de protocolul instituțional.

Conform fișelor (276) supuse expertizei, bolnavii au fost repartizați după vârstă și sex în felul următor: până la 60 de ani – 43,1%; mai mult de 60 de ani – 56,9% pacienți. Din numărul total de bolnavi cu vârstă de până la 60 de ani, 62,2% au fost persoane de sex feminin, 37,8% – masculin. În rândul persoanelor după 60 de ani, acest indicator a fost de 73,2% și 26,8% corespunzător. După cum vedem, bolnavii de sex feminin predomină, constituind 67,7%.

Primul punct al anchetei prevede determinarea principalei cauze a spitalizării. Pentru aceasta, din fișa pacientului, experții au stabilit realitatea conform criteriilor de diagnostic care au fost aplicate: ECG, monitorizarea TA timp de 24 ore, ultrasonografia carotidiană 2D duplex, examenul fundului de ochi, aprecierea cantitativă a proteinuriei etc. Rezultatele au demonstrat că 38% din cei internați au fost cu urgențe hipertensive, 30% – cu hipertensiune arterială incorigibilă în condiții de ambulatoriu. Maladii concomitente severe – 22,5%; complicații – 9,5%. HTA la tineri, care este prezentă în Protocolul clinic, în eșantionul supus studiului a înregistrat zero procente.

Următorul punct din anchetă supus evaluării calității este stabilirea diagnosticului pacientului, care se bazează pe mai multe componente de test. La 95,2% din numărul total de persoane examinate, au fost aplicate unul sau două teste de diagnostic. Din cele cinci teste indicate în Protocolul instituțional, au fost efectuate doar două. Din totalul de testări, electrocardiograma a fost efectuată în 59,3% cazuri și monitorizarea tensiunii arteriale timp de 24 ore – în 40,7% cazuri.

Dacă comparăm nivelul investigațiilor de diagnostic cu recomandările protocolului clinic, vedem

că prima cerință – *Monitorizarea tensiunii arteriale timp de 24 ore* – a fost îndeplinită în 38,8% cazuri, electrocardiograma – în 56,5% cazuri, pe când ultrasonografia, examenul fundului de ochi și determinarea proteinuriei nu au fost efectuate. Luând în considerație faptul că nivelul maxim de îndeplinire a protocolului clinic la acest capitol constituie 5 variante a câte 100%, formând în sumă 500%, observăm că în realitate suma examenelor realizate este de doar 95,8% (ECG – 56,5% plus monitorizarea TA în 24 ore – 38,8%), diferența în acest caz constituind 404,7%.

Din numărul total de persoane cu HTA care au primit tratament, la 64,1% pacienți a fost apreciat gradul de HTA conform Protocolului. Majoritatea (75,2%) au fost bolnavi cu hipertensiune de gradul III; hipertensiune de gradul II – 24,8%. Hipertensiune sistolică izolată și hipertensiune de grad unu nu au fost înregistrate.

Conform Protocolului clinic, la toate persoanele supuse examinării au fost evaluați factorii de risc (100%). Pondere maximă o constituie obezitatea (32,6%), urmată de diabetul zaharat (25,7%), vârsta înaintată (17,8%), fumatul (9,4%), sindromul metabolic (8,7%) și dislipidemia (5,8%).

Gradul dislipidemiei a fost apreciat la toate persoanele incluse în studiu, fiind depistate abateri de la normă. Abateri maxime au fost înregistrate la colesterolul total la 51,9% pacienți, la trigliceride – 47,4% și la LDL colesterol – 0,7%.

Nivelul glicemic a fost testat la 64% din persoanele supuse cercetării. Rezultatele arată că 46,3% din bolnavi au un nivel de peste 5,6 mmol/l, indicând astfel prezența diabetului zaharat.

Testul de apreciere a nivelului obezității a fost trecut de către 64,8% de pacienți și în 35,8% cazuri a fost pozitiv. Acest indicator demonstrează că, din numărul total de pacienți, majoritatea obezilor au fost supuși testului, deoarece la testul de apreciere a altor factori de risc obezitatea se plasează pe primul loc cu 32,6%.

Anamneza eredo-colaterală, care poate fi agravată sau fără particularități, trebuie evaluată cu o deosebită minuțiozitate. În studiu s-a constatat că din numărul total de bolnavi 19,5% au avut în anamneză agravare la acest capitol, iar 80,5% bolnavi nu au avut aceste particularități.

Riscul cardiovascular total a fost calculat după modelul SCORE (*systematic coronary risk evaluation*), care se calculează după un tabel special, cu posibilitatea de a fi divizat în una din cele 6 categorii: până la 1%, 1%, 2%, 3-4%, 5-9%, 10-14% și peste 15% de deces pe parcursul următorilor 10 ani. Din toți pacienții incluși în studiu, la 65,2% a fost calculat riscul cardiovascular. Risc mic nu a prezentat nicio persoană. Majoritatea (51,7%) au fost apreciați drept

bolnavi cu risc cardiovascular înalt, 43,9% – cu risc cardiovascular moderat și 4,4% cazuri – bolnavi cu risc cardiovascular foarte înalt.

După evaluarea tuturor indicilor obiectivi, a fost evaluat tratamentul care se bazează pe 2 criterii principale: nivelul TA sistolice și diastolice, conform clasificării, și nivelul riscului cardiovascular global și al celui adițional. La acest capitol sunt cinci clase majore de antihipertensive – diuretice tiazidice, antagoniștii canalelor de Ca, inhibitorii enzimei de conversie, antagoniștii receptorilor de angiotensină și beta-adrenoblocantele, care sunt adecvate pentru inițierea și menținerea tratamentului antihipertensiv, separat sau în combinații. Conform Protocolului, majoritatea pacienților necesită administrarea nu doar a unui medicament.

Conform Protocolului, primul punct apreciat referitor la terapie a fost tratamentul medicamentos cu diuretice. Toți bolnavii au fost supuși acestui test și am constatat că acest tratament a fost urmat de 50,7% din bolnavi, ceilalți pacienți nu au avut necesitate.

La testul *Antagoniștii receptorilor angiotensinei* au fost verificați 64,8% bolnavi și au urmat asemenea tratament 20,1% din ei. Aceeași pondere (64,8%) a avut-o nivelul de testare a bolnavilor *Antagoniștii canalelor de calciu*, însă nivelul de aplicare a tratamentului la acest compartiment este mai mare și constituie 35,8%.

Partea componentă a tratamentului conform fișei medicale corespunde cu cerințele Protocolului clinic, unde 65,2% bolnavi au fost verificați referitor la beta-adrenoblocante. Din ei 58,3% au primit tratamentul nominalizat.

Același lot de fișe (65,2%) a fost verificat la inhibitorii ECA, la 76,1% le-a fost prescris și efectuat tratament cu acest preparat.

Conform Protocolului clinic, 65,9% fișe ale bolnavilor incluși în studiu au fost comparate cu Protocolul la administrarea alfa-adrenoblocanților și 65,5% – la administrarea statinelor, dar în realitate au primit tratament cu aceste preparate 55,5% și 11% bolnavi corespunzător. Corespunderea tratamentului cu acid acetilsalicilic cu cerințele standardului a fost verificată la toate fișele (100%), însă a fost administrat la 43,6% bolnavi.

Conform evaluării experților, la 15,3% din bolnavii tratați în condiții de staționar nu s-a respectat Protocolul clinic instituțional *Hipertensiunea arterială (persoane adulte)*. Din 85,7% bolnavi care au fost

tratați conform standardului, 78,3% au fost externați cu ameliorare, 17,6% – fără o îmbunătățire a stării de sănătate, iar 4,1% au fost externați în stare mai gravă.

Recomandările nonfarmacologice ale medicilor la externare au fost următoarele: dietă strictă – 37,5%; recomandări referitor la activitatea fizică – 27,4%, lupta cu factorii de risc caracteristici maladiei date – 25,1%.

Concluzii

1. Protocolul clinic instituțional nu este pe deplin folosit de medici la tratarea bolnavilor în staționar.

2. În numărul total de pacienți tratați în staționar predomină sexul feminin (67,7%), persoane până la 60 de ani – 62,2%, după 60 de ani – 73,2%.

3. Tratamentul medicamentos acordat bolnavilor în condiții de staționar corespunde standardului în 65,5% cazuri.

Bibliografie

1. UNICEF România. *Managementul calității – îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate*. România, 2000.
2. Donabedian A. *Evaluating the quality of medical care*. In: Health Services Research on Anthology, 1992, p. 134-139.
3. Balle M., Champion Daviller M. *Organiser les services des soins. Le management par la qualité*. Paris: Edition Masson, 2000.
4. Brun J. *Qualité des soins. Une approche ISO 9000*. Paris: Edition Berger-Levrault, 1999.
5. Marcu A., Marcu G., Moga C. *Sănătate Publică și Management Sanitar*. Copyright. București, 2002, p. 145-150.
6. Kealda J. *La gestion integrale de la qualité*. Canada: Edition Quafec, 1996.
7. Griol R. *Quality assurance in general practices: the state of the art in Europe*. Utrecht, Nederlands Huisartsen Genootschap, 1993.
8. Linder Forrest E. *Tendencies of illness research based on medical expertise data*. In: Notes of public health protection. WHO, Geneva, 1996.
9. Паланчук М. *Качество амбулаторно-поликлинической помощи на сельском врачебном участке*. В: Здравоохранение, 1989, № 4.

Prezentat la 26.06.2013

Anatol Balanețchi, master,
Școala de management în sănătate publică
Tel.: 067107125