

La dispensarización en el Policlínico Universitario Docente de Playa previo a la reorganización de los equipos básicos de salud

The dispensarization in the "Playa" Teaching University Polyclinic prior to reorganization of basic health kits

Leonardo Cuesta Mejías

Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Máster en Salud Pública.
Profesor Auxiliar del ISCM-H. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se desarrolló un estudio descriptivo de corte transversal de una muestra tomada al azar, 400 de las historias clínicas individuales e igual número de historias de salud familiar, del total de pacientes dispensarizados con enfermedades crónicas no transmisibles en los 17 consultorios del Médico y la Enfermera de Familia, del área de salud del Policlínico Universitario Docente de Playa. También se obtuvo información de los registros del Departamento de Estadísticas del policlínico con relación a la actividad realizada por los equipos básicos de salud, tanto en consulta como en terreno, en el mes de enero del presente año. Se consideró como dispensarizado todo aquel paciente que se demostró en la historia clínica individual que ha recibido un control integral en el último año en relación con el momento de la revisión de esta. La mayoría de los pacientes estudiados fue mayor de 50 años, del sexo femenino y padecía solamente una enfermedad crónica. Más del 70 % de estos pacientes no recibe control hace más de un año. Existen verdaderas dificultades en la utilización de las historias clínicas individuales y en las de salud familiar. Igualmente se muestran fisuras en la aplicación del método científico en el acto médico. En conclusión, la dispensarización no está siendo utilizada como el elemento fundamental que debe ser en el trabajo del Médico de Familia, y existe una marcada diferencia entre lo establecido y lo que se realiza con relación a la dispensarización en este policlínico.

Palabras clave: Dispensarizado, control, enfermedades crónicas no transmisibles.

ABSTRACT

A cross-sectional and descriptive study was conducted in a randomized sample including 400 individual medical records and a similar number of individual family histories from the total of dispensarization patients presenting with non-communicable chronic diseases seen in the 17 consulting rooms of Family and Nurse Family from the health area of the "Playa" Teaching University Polyclinic, as well as the information from the registries of the Statistics Department of this polyclinic with relation to the activity carried out as the patient's visits in January of present year. All patients in whose medical record was demonstrated that received an integral control in past year in relation to time of its review were considered for the dispensarization. Most of study patients were over 50 years, of female sex and suffering only one chronic disease. More than the 70 % of these patients not receive such control from more than one year. There are real difficulties in use of individual medical records and in those related to the family health. Also, there were failures in application of scientific method in the medical act. We conclude that dispensarization has not been used as the main element present in the Family Physician task and there is a marked difference between that to be established and the reality with relation to dispensarization in this polyclinic.

Key words: Dispensarization, control, non-communicable chronic diseases.

INTRODUCCIÓN

Aunque concebida originalmente en la antigua Unión Soviética,¹ en nuestro país se llegó a constituir junto con el Análisis de la Situación de Salud en elementos fundamentales de la medicina familiar, en otras palabras, en la organización del trabajo del Médico de Familia en Cuba, como establece su programa de trabajo,² la *dispensarización* constituye su pilar fundamental.

Son muy escasos los trabajos encontrados que se refieren a la dispensarización como un proceso general. En los años 70 y 80 de la pasada centuria se encuentran los primeros de nuestro país (Taller sobre dispensarización de la población en las áreas de salud. Dirección Nacional de Policlínicos. MINSAP; 1982), (Santoyo B. La dispensarización de adultos en un área de salud. Trabajo de terminación de residencia; 1979), (Fernández María del C. Situación actual de la dispensarización del nuevo modelo de atención a la familia en el área de salud de Lawton. Trabajo de terminación de residencia; 1985), (Marimón N. Análisis de la formación de la dispensarización en el área de salud "Luis A. Carbó". Trabajo de terminación de residencia; 1986).^{3,4} Los más recientes, y con este enfoque, son realmente escasos, y prácticamente en su totalidad son de los últimos años de la década del 90, o de los iniciales de la primera década del presente siglo.⁵ En los últimos 5 años se ha publicado muy poco al respecto.

Perfeccionar la dispensarización de los pacientes con enfermedades crónicas y otros daños a la salud, lograr una adecuada pesquisa, control y atención a las personas afectadas, forma parte de las directrices dentro de las proyecciones de la salud pública en Cuba para el año 2015.⁶

Convencido de su importancia, pero al mismo tiempo de sus dificultades y sabedor de que en breve tiempo asumiremos un proceso de reorganización de nuestros consultorios del Médico y la Enfermera de Familia, se realizó el presente trabajo, con el objetivo de determinar la situación actual de la dispensarización, precisamente antes de que se lleve a cabo la reorganización de nuestros consultorios.

MÉTODOS

Se desarrolló un estudio descriptivo de corte transversal de una muestra tomada al azar, 400 de las historias clínicas del total de pacientes dispensarizados con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en los 17 consultorios del Médico y la Enfermera de Familia del área de salud del Policlínico Universitario Docente de Playa, que constituyó el universo de nuestro estudio. Igualmente, se revisaron las historias de salud familiar de los pacientes cuyas historias clínicas individuales se seleccionaron.

Por último, obtuvimos información de los registros del Departamento de Estadísticas del policlínico con relación a la actividad realizada por los EBS, en consulta y en terreno en el mes de enero del presente año.

En nuestro estudio consideramos como dispensarizado todo aquel paciente que se demuestre en la historia clínica individual que ha recibido un control integral en el último año, en relación con el momento de la revisión esta.

RESULTADOS

La mayoría de los pacientes estudiados pertenecen a los grupos de edades por encima de los 50 años, con un franco predominio del sexo femenino, con un 60,75 % (tabla 1).

Tabla 1. Distribución por edad y sexo

Grupo de edad (en años)	Sexo				Total	%
	M	%	F	%		
- de 1	0	0,00	0	0,00	0	0,0
1 - 4	0	0,00	0	0,00	0	0,0
5 - 9	4	1,00	0	0,00	4	1,0
10 - 14	6	1,50	6	1,50	12	3,0
15 - 19	0	0,00	0	0,00	0	0,0
20 - 24	3	0,75	1	0,25	4	1,0
25 - 29	0	0,00	0	0,00	0	0,0
30 - 34	8	2,00	16	4,00	24	6,0
35 - 39	5	1,25	15	3,75	20	5,0
40 - 44	8	2,00	16	4,00	24	6,0
45 - 49	6	1,50	18	4,50	24	6,0
50 - 54	5	1,25	15	3,75	20	5,0
55 - 59	16	4,00	36	9,00	52	13,0
60 - 64	12	3,00	16	4,00	28	7,0
65 - 69	16	4,00	28	7,00	44	11,0
70 - 74	35	8,75	45	11,25	80	20,0
75 - 79	12	3,00	12	3,00	24	6,0
80 - 84	11	2,75	9	2,25	20	5,0
85 y más	10	2,50	10	2,50	20	5,0
Total	157	39,25	243	60,75	400	100,0

Predominan los pacientes con una sola enfermedad crónica, seguidos por los que padecen de 2 de estas afecciones y finalmente por los que padecen 3 o más de ellas. Si detallamos en el caso de los pacientes que padecen de una sola enfermedad crónica, esta fue la HTA, con 86 casos, seguida, con 52 casos, por la DM. Entre ambas afecciones conforman casi dos terceras partes de los pacientes de este grupo (tabla 2).

Tabla 2. Distribución por número de enfermedades crónicas

No. de ECNT	No.	%
1	216	54,0
2	128	32,0
3 o más	56	14,0
Total	400	100,0

Se encontró que más del 70 % de los pacientes estudiados no recibe control desde hace más de un año, y que solamente el 21 % de los pacientes estudiados ha sido controlado hace menos de 6 meses. Esto contrasta con que más del 55 % de los pacientes ha sido visto en consulta en el último año (tabla 3). Estos resultados evidencian que no se aprovechan casi el 30 % de las oportunidades de contacto del

médico con el paciente en el propio consultorio para realizarle un control integral, en correspondencia con su pertenencia al grupo III de la dispensarización.

Tabla 3. Distribución según fecha de último contacto

Fecha	Fecha de último contacto					
	Consulta	%	Terreno	%	Control	%
Menos de 3 meses	105	26,25	35	8,75	76	19,00
De 3 a 6 meses	55	13,75	14	3,50	4	1,00
De 6 m a 1 año	63	15,75	12	3,00	28	7,00
1 año y más	177	44,25	339	84,75	292	73,0
Total	400	100,00	400	100,00	400	100,00

Teniendo en cuenta el criterio que asumimos en nuestro estudio para considerar a un paciente dispensarizado (que haya recibido un control en el último año), menos del 30 % de estos exhiben esta condición. Llama la atención también que a casi el 40 % de los pacientes no le coincide el diagnóstico que tienen en la historia clínica individual, con el registrado en la historia de salud familiar. Más de una cuarta parte de estos (41 casos) no tienen ningún diagnóstico colocado en la carátula de la historia clínica individual. El 10 % de ellos (16 casos) no tienen ningún diagnóstico en la historia de salud familiar. Esto evidencia la falta de trabajo sistemático con ambos instrumentos de la medicina familiar, y por ende, su desactualización y falta de correspondencia entre la información que ambos deben registrar (tabla 4).

Tabla 4. Coincidencia entre diagnóstico en historia clínica individual e historia de salud familiar

Coincidencia	No.	%
Sí	241	60,25
No	159	39,75
Total	400	100,00

Cuando analizamos algunos de los elementos del acto médico relacionados con la dispensarización, vemos cómo se interroga a la gran mayoría de los pacientes atendidos, pero solo menos del 5 % es interrogado de manera integral. Al 44 % de los pacientes no se le realiza examen físico, y solo al 3 % se le realiza este de una manera integral. A estos elementos se le añade que solo se le ofrecen orientaciones generales al 12 % de los pacientes, y que son citados para la próxima consulta el 7 % del total de estos (tabla 5).

Tabla 5. Algunos elementos del acto médico relacionados con la dispensarización

Elementos del acto médico	Sí	%	No	%	Total	%
Realiza interrogatorio	376	94,0	24	6,0	400	100,0
Realiza interrogatorio integral	18	4,5	382	95,5	400	100,0
Realiza examen físico	224	56,0	176	44,0	400	100,0
Realiza examen físico integral	12	3,0	388	97,0	400	100,0
Ofrece orientaciones integrales	48	12,0	352	88,0	400	100,0
Cita para próxima consulta	28	7,0	372	93,0	400	100,0

DISCUSIÓN

El predominio de los grupos de edades por encima de los 50 años, está en correspondencia con que se trata de una muestra de pacientes de un universo de aquellos que sufren de alguna enfermedad crónica, y que estas afecciones tienen una mayor prevalencia precisamente a partir de esa edad. El predominio del sexo consideramos está más en relación con el azar, ya que, aunque en la población general del policlínico predomina el sexo femenino, no lo hace en esa proporción.

La distribución de los pacientes según el número de enfermedades crónicas que sufren, está en relación con la distribución que encontramos en la dispensarización de nuestra población.

No coincidimos con otros autores que encontraron mejores cifras de cumplimiento de la dispensarización.⁶ La reorganización del trabajo de nuestros EBS debe tener en cuenta esta situación para poder cumplir con las proyecciones de la salud pública cubana para el año 2015.⁵

Todo esto denota dificultades que limitan la calidad del proceso de dispensarización, y si ampliáramos el criterio de paciente dispensarizado considerando todos los elementos que aparecen como requisitos para esto en la carpeta metodológica de la APS,⁶ se incrementaría considerablemente el número de pacientes no dispensarizados en este estudio.

Se puede concluir señalando que la dispensarización no está siendo utilizada como el elemento fundamental, que debe ser, en el trabajo del Médico de Familia. Existe una marcada diferencia entre lo establecido y lo que se realiza con relación a la dispensarización, que se caracteriza por un grupo de insuficiencias, dentro de las que se destacan la no utilización de las historias clínicas individuales y de las historias de salud familiares, la no aplicación del método científico, la no planificación de las actividades, especialmente de las consultas o controles, así como el no aprovechamiento de múltiples contactos del EBS con la población que atiende.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Batista Moliner R, Sansó Soberats F, Feal Cañizares P. La dispensarización: una vía para la evaluación del proceso salud-enfermedad. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001;17(2):109-20.

2. MINSAP. Programa de trabajo del médico y la enfermera de la familia, el policlínico y el hospital. La Habana; 1988. p. 16.
3. Valenti PC. Aspectos conceptuales de la dispensarización. Instituto de Desarrollo de la Salud; 1985.
4. Sansó Soberats F, Fernández Pérez A, Larrinaga Hierrezuelo M. La dispensarización: entre lo normado y lo posible. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999;15(6):605-12.
5. MINSAP. Proyecciones de la salud pública en Cuba. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 45-9.
6. MINSAP. Carpeta metodológica de la APS y medicina familiar. Barcelona: Gráficos Canigó; 2001.

Recibido: 26 de noviembre de 2009.

Aprobado: 5 de diciembre de 2009.

Leonardo Cuesta Mejías. Calle 80 No. 4 503 entre 45 y 47, municipio Marianao. La Habana, Cuba. Correo electrónico: leonardo.cuesta@infomed.sld.cu