

## **CALIDAD DE LA ATENCIÓN DISPENSARIAL A LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA**

*Ismael Ferrer Herrera,<sup>1</sup> José Carlos Rivero Varona,<sup>2</sup> Odalys Sardiñas Montes de Oca,<sup>3</sup>  
Freddie Hernández Cisneros,<sup>4</sup> Ismael Ferrer Tan<sup>5</sup> y Ninfa Oliva García<sup>6</sup>*

**RESUMEN:** Se realizó un estudio transversal sobre la calidad de la atención dispensarial en una muestra de 129 cardiopatas isquémicos, atendidos en los consultorios urbanos del Policlínico "Centro" del municipio de Camagüey durante 1998, a través de una encuesta confeccionada al efecto que contenía las variables a estudiar, aplicada por los autores y procesada por métodos automatizados. En la serie estudiada predominaron: el sexo femenino (55 %); el grupo de 45 años y más (92,24 %); el sedentarismo (83,72 %), el antecedente patológico familiar de cardiopatía isquémica (82,17 %), y la hipertensión arterial (72,87 %) entre los factores de riesgo coronario, y la angina de pecho (52,71 %) entre las formas clínicas. Desde el punto de vista de la atención dispensarial, todos (100 %) estaban registrados, pero más de las 2/3 partes no recibieron los controles periódicos en consultas programadas y casi la mitad no mantuvo la adherencia al tratamiento. A pesar del alto porcentaje de controlados, no se consideró eficiente la atención dispensarial.

**DeCS: ISQUEMIA MIOCARDICA; ATENCION PRIMARIA DE SALUD; CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD.**

Las enfermedades no transmisibles constituyen el problema principal que amenaza la salud de nuestro pueblo.<sup>1</sup> En el momento actual, 9 de las 10 primeras causas de muerte en Cuba, son debidas a enfermedades no transmisibles.<sup>2</sup>

Las enfermedades cardiovasculares representan desde hace muchos años la primera causa de muerte en el país, y entre ellas la cardiopatía isquémica es la responsable de más del 80 % de estos fallecidos. Esta sola enfermedad es la causante de casi

---

<sup>1</sup> Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Titular de Medicina Interna. Policlínico "Ignacio Agramonte", Camagüey.

<sup>2</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Jefe del Servicio de Urgencias. Policlínico "Centro", Camagüey.

<sup>3</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Subdirectora Docente del Policlínico "Centro", Camagüey.

<sup>4</sup> Especialista de II Grado en Pediatría. Profesor Titular de Pediatría. Policlínico "Centro", Camagüey.

<sup>5</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico "Ignacio Agramonte", Camagüey.

<sup>6</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico "Norte", Camagüey.

un 25 % de la tasa de mortalidad total del país, o lo que es igual, 1 de cada 4 fallecidos en Cuba, muere por un infarto agudo del miocardio, y la cifra sobrepasó los 18 000 fallecidos, según reporte del informe anual de datos estadísticos de 1990 del Ministerio de Salud Pública.

En los estudios de prevalencia en la población adulta realizados en nuestro país, la cardiopatía isquémica representa cerca del 5 al 10 % en la población de 15 años y más,<sup>3,4</sup> constituye un serio problema de salud con repercusión biosocio-económica y se observa cada vez más en edades tempranas de la vida.

Con el surgimiento del plan del Médico y la Enfermera de la Familia, aparece el instrumento idóneo para la prevención y control de los principales factores de riesgo,<sup>5</sup> así como para lograr progresivamente un incremento de la calidad de la atención médica dispensarial a estos enfermos. Evaluar la calidad de la atención en un área de salud, es precisamente el objetivo de este trabajo.

## **Métodos**

Se realizó un estudio descriptivo transversal en una muestra de 129 cardiópatas isquémicos de 15 años o más, escogidos de forma aleatoria de un universo de 234 que se encontraban registrados dispensarialmente en los consultorios urbanos, pertenecientes al Policlínico Comunitario Docente "Centro" del municipio Camagüey, durante 1998. Para la selección de la muestra se empleó el paquete estadístico epidemiológico EPIDAT,<sup>6</sup> trabajándose con una confiabilidad del 95 %, un error del 5 % y una prevalencia del 5-10 %.

Los datos se obtuvieron de las historias clínicas familiares e individuales y la entrevista al paciente y al familiar. Las va-

riables escogidas que respondieron a los objetivos del estudio, llevadas a una encuesta confeccionada según el Control en el Nivel Primario de Salud de la Cardiopatía Isquémica, aplicada por los autores, fueron los siguientes: grupos de edades, sexo, presencia de factores de riesgo coronario, formas clínicas y calidad de la atención dispensarial a través del cumplimiento cuantitativo del registro, control y evaluación.<sup>2</sup>

Los datos se procesaron de forma automatizada por el sistema MICROSTAT, obteniéndose estadísticas descriptivas y tablas de contingencia que permitieron calcular la significación estadística por la prueba de hipótesis de proporciones, con una confiabilidad del 95 % ( $P < 0,05$ ).

Los factores de riesgo coronario se consideraron presentes cuando se encontraban registrados dispensarialmente en la historia clínica familiar en el momento del estudio, y como forma clínica de cardiopatía isquémica se tomaron las que aparecieron en la historia clínica individual, según los criterios del Control en el Nivel Primario de Salud de la Cardiopatía Isquémica.<sup>2</sup> Igualmente, el interrogatorio fue adecuado si reflejó en la evolución la sintomatología del paciente desde la consulta anterior.

Consideramos el examen físico adecuado si se expresa en la evolución la inspección, palpación y auscultación de los aparatos cardiovascular y respiratorio, en tensión arterial, el pulso radial, el cuello, el abdomen y el tejido celular subcutáneo. Los complementarios son correctos si se anotan y comentan los indicados, de acuerdo con la evolución clínica e impresión diagnóstica, y la educación para la salud es adecuada si se refleja el cumplimiento de esta actividad, describiéndose en la visita al hogar.

El tratamiento se tiene que reflejar en la evolución, y debe ser el indicado de acuer-

do con el Control en el Nivel Primario de Salud de la Cardiopatía Isquémica,<sup>2</sup> y se tomó como adherencia al tratamiento, si se cumplió el indicado por el médico.

Si el paciente se encuentra libre de síntomas y signos, o estos desaparecen rápidamente al reposo o la administración de nitroglicerina sublingual, está controlado. Para la evaluación cuantitativa se tomó en consideración que estuviera consignado en la historia clínica familiar e individual, y para la evaluación cualitativa que apareciera clasificado según la forma clínica.

En cuanto al control dispensarial podemos decir que para la evaluación cuantitativa se consideró adecuado con 4 controles periódicos o más en consulta y 1 o más en el hogar al año, y para la evaluación cualitativa se tomaron en consideración los criterios expresados anteriormente sobre interrogatorio, examen físico, complementarios, educación para la salud y tratamiento adecuados.

Para la evaluación cuantitativa se consideró como adecuada una evaluación en consulta (excepcionalmente en el hogar) al año, y para la evaluación cualitativa, si el paciente se mantuvo adherido al tratamiento y controlado (evaluación dispensarial). La

eficiencia mide el porcentaje de actividades cumplidas, que no debe ser menor del 90 %.<sup>7</sup>

## Resultados

La tabla 1 muestra la distribución de los pacientes cardiopatas isquémicos estudiados, según grupos de edades y sexo. Nótese que la frecuencia fue superior en las mujeres a partir de los 60 años, lo que determina que estas representen finalmente el 55,04 % (71 pacientes) de la muestra. En general la frecuencia se incrementó de los 45 años en adelante (119 casos para el 92,24 %).

En relación con los factores de riesgo, el orden según la frecuencia encontrada fue el siguiente: sedentarismo (83,72 %), antecedente patológico familiar de cardiopatía isquémica (82,17 %), hipertensión arterial (72,87 %), hábito de fumar (43,41 %), obesidad (20,93 %), hipercolesterolemia (17,83 %), diabetes mellitus y personalidad tipo A (2,33 % respectivamente) e hiperuricemia (0,78 %).

De acuerdo con las formas clínicas, predominó la angina de pecho con el 52,71 % de los casos (37,98 % de estable crónica de esfuerzo y 14,73 % de inestable), seguida del infarto cardíaco crónico (39,53 %) y la insu-

TABLA 1. Distribución según grupos de edades y sexo

Grupo de edades (años)	M		Sexo		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
15-29	1	0,78	-	-	1	0,78
30-44	4	3,10	5	3,87	9	6,98
45-59	21	16,27	17	13,17	38	29,46
60-75	18	13,95	28	21,70	46	35,66
75-89	14	10,85	20	15,50	34	26,36
90 y más	-	-	1	0,78	1	0,78
Total	58	44,96	71	55,04	129	100

Fuente: Encuestas.

ficiencia cardíaca (18,60 %). No aparecieron pacientes clasificados según otras formas clínicas (silente, trastornos de la conducción).

En cuanto a la calidad del registro dispensarial, todos los pacientes (100 %) se encontraban registrados dispensarialmente en la historia clínica familiar con sus factores de riesgo (cuantitativo), así como también clasificados según forma clínica de la cardiopatía isquémica en la historia clínica individual (cualitativo), por lo que se consideró eficiente (90 % o más) desde ambos puntos de vista.

Desde el punto de vista cuantitativo, la calidad del control dispensarial no fue eficiente al cumplirse solo en el 32,5 % de los pacientes el número de consultas programadas (tabla 2).

La figura 1 refleja la calidad del control dispensarial desde el punto de vista cualitativo, observándose que fue eficiente

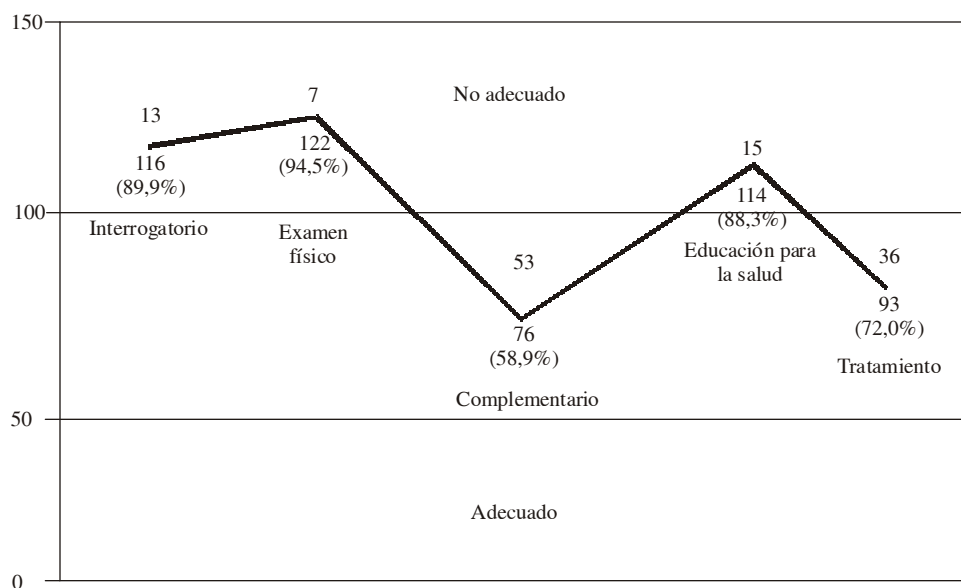
**TABLA 2. Control dispensarial según el número de consultas y visitas al hogar al año**

No. de consultas anuales	No. de pacientes	%
0	5	3,88
- 4	82	63,53
4 o más	42	32,55
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

No. de visitas anuales al hogar	No. de pacientes	%
0	3	2,32
1	40	31
+ 1	86	66,66
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuestas.



**FIG. 1. Distribución según calidad del control dispensarial.**

(90 % o más el interrogatorio y examen físico), muy cercano a la eficiencia la educación para la salud (88,3 %), no ocurriendo así con los complementarios (58,9 %) y el tratamiento (72 %).

Como puede observarse en la figura 2, todos los pacientes (129) fueron evalua-

dos dispensarialmente desde el punto de vista cuantitativo, mientras que cualitativamente sólo 59 casos para un 45,7 % se mantenían adheridos al tratamiento, por lo que se evaluó de ineficiente. No obstante esto, se consideraron controlados 123 para el 95,3 % de los enfermos estudiados.

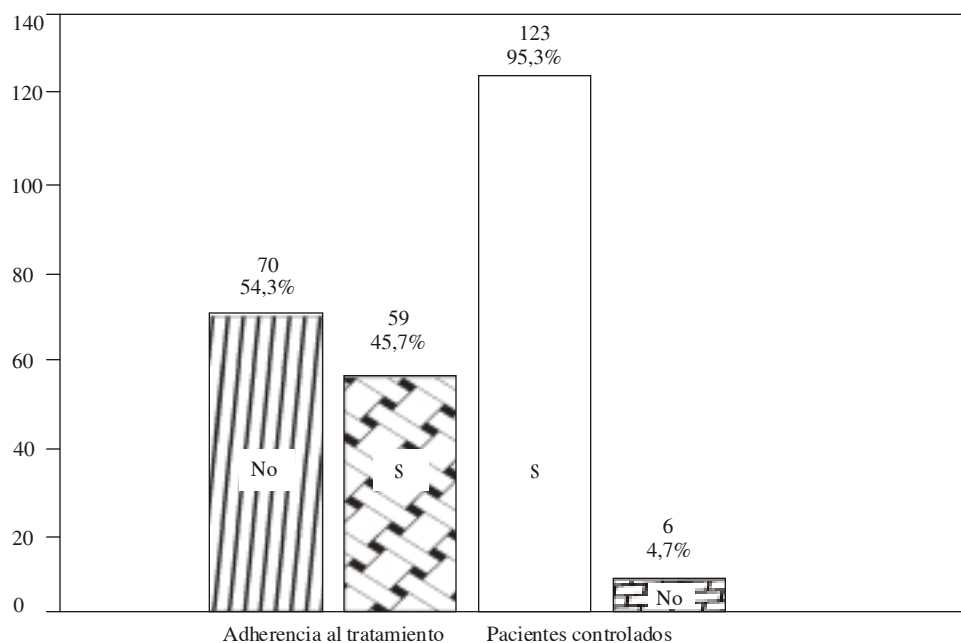


FIG. 2. Distribución según calidad de la evaluación dispensarial.

## Discusión

En la serie de cardiopatas isquémicos estudiados, predominó ligeramente el sexo femenino sobre todo a partir de los 60 años, y mostró un significativo incremento ( $P < 0,05$ ) de su frecuencia en general por encima de los 45 años, lo que coincide con lo reportado por estudios nacionales y extranjeros.<sup>4,8,9</sup> Varios países, incluyendo Cuba, coinciden en la observación de que la edad influye en la evolución progresiva de la enfermedad.<sup>9</sup> Friedlberg indica

que la enfermedad coronaria isquémica origina manifestaciones clínicas a partir de los 45 años de edad.

En cuanto al sexo, la mayoría de los autores reportan predominio del sexo masculino,<sup>4,10</sup> en los que como promedio comienza de 7 a 10 años antes que en las mujeres,<sup>4</sup> aunque a medida que aumenta la edad, estas son afectadas con mayor frecuencia.

Entre los factores de riesgo coronario predominaron el sedentarismo, el antecedente patológico familiar de cardiopatía

isquémica y la HTA, seguidos del hábito de fumar. Después se ubicaron 2 factores muy ligados al sedentarismo, que son la obesidad y la hipercolesterolemia.

Los factores de riesgo identificados coinciden con los reportados por la literatura nacional e internacional,<sup>11-14</sup> aunque no exactamente en el mismo orden de frecuencia señalado por los diferentes autores, quienes difieren en los valores de riesgo relativo informados, así como en la importancia de su relación causa-efecto.<sup>2</sup>

La forma clínica de cardiopatía isquémica más frecuentemente registrada

dispensarialmente fue la angina de pecho en sus 2 variantes: estable o inestable (68 casos para el 52,71 %); es decir, está presente en más de la mitad de los pacientes, seguida del infarto cardíaco crónico y la insuficiencia cardíaca, lo que coincide con lo reportado por la bibliografía revisada.<sup>2,11</sup>

En general, la atención dispensarial puede considerarse ineficiente, al mostrar dificultades en el cumplimiento cuantitativo de los controles programados en consultas, y cualitativo en relación con los complementarios, la educación para la salud, el tratamiento y la adherencia lograda a este.

**SUMMARY:** A crosswise study of the quality of classified care in a sample of 129 patients with ischemic heart disease, who were seen at the urban physician's office of "Centro" polyclinics in Camagüey municipality during 1998, was performed by using an specially designed that included variables to be studied, was applied by the authors themselves and automatically processed. The following prevailed in the studied sample: females (55%), the 45 y and over age group (92.24%), the sedentary lifestyle (83.72%), the pathological family history of ischemic heart diseases (82.17%); and blood hypertension (72.87%) among the coronary risk factors and the angina pectoris (52.71%) among the clinical forms. From the classified medical care viewpoint, all the patients were registered, but two thirds were not systematically controlled in scheduled visits whereas almost half of them did not adhere to the medical treatment. In spite of the high percent of patients under control, the classified care was not considered to be efficient.

Subject headings: MYOCARDIAL ISCHEMIA; PRIMARY HEALTH CARE; QUALITY OF HEALTH CARE.

### **Referencias bibliográficas**

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992 – 2000. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1992:1.
2. Dueñas HA. Enfermedades cardiovasculares. Cardiopatía isquémica. Su control en el nivel primario de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 1992;8(3):195-213.
3. Rigol RO, Pérez CF, Pérez CJ, Fernández MJ. Medicina General Integral. 2 ed. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1988: t I,17-21.
4. Rigol RO, Pérez CF, Perea CJ, Fernández SJ, Fernández MJ. Medicina General Integral. 2 ed. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1988: t III, 23-8.
5. Estévez TM, Zacca PO. Morbilidad cardiovascular y prevalencia de factores de riesgo coronario en un consultorio del médico de familia del Cerro. Rev Cubana Hig Epidemiol 1994;32(1-2):36-41.
6. Casado CA, Carlos SL, Guerra LE. Herramientas para el diseño de estudios epidemiológicos. Un paquete de programas. Rev Cubana Hig Epidemiol 1992;30(1):11-4.
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa nacional para la prevención, diagnóstico, evolución y control de la hipertensión arterial. La Habana; 1995: 22.
8. Friedlberg CK. Enfermedades del corazón. 3 ed. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1992: t 1, 588.
9. Romero AM, Fernández Brito RJ. Estudio de la prevalencia de las enfermedades de origen

- aterosclerótico en un área de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1992;8(2):127-38.
10. Pimomarska W, Zylinok M. Differences and similarities in ischemic heart diseases in men and women. *Felng Med Cracow* 1991;32(1-2):43-56.
  11. Ochoa SR. Epidemiología de las enfermedades crónicas no transmisibles. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1992: 106-46.
  12. Mazorra R. Sedentarismo. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1992;8(3):255-8.
  13. Tylor V, Robson J, Evans S. Risk factors of coronary heart disease. A study on inner London. *Br J Gen Pract* 1992;42(362): 377-80.
  14. Jannin B. Screening for cardiovascular disease risk factors among employes of a hospital. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1992;40(6): 436-9.

Recibido: 27 de junio de 2000. Aprobado: 11 de octubre de 2001.

*Dr. Ismael Ferrer Herrera.* Lugareño # 317 entre Martí y Hermanos Agüero, apto 805, Camagüey, Cuba.