

ISSN: 2518-4857



Revista Utesiana de la Facultad Ciencias de la Salud

trabajos de investigación

Volumen III, número III



www.utesa.edu

REVISTA UTESIANA DE LA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

COMITÉ EDITORIAL

Director: Francisco Orgaz Agüera

Vicerrector de Producción e Investigación Científica
Universidad Tecnológica de Santiago (República Dominicana)
E-mail: franorgaz@utesa.edu

EDITORES TEMÁTICOS

Danilo Ricourt Coronado, Universidad Tecnológica de Santiago
Laura Blomer, Universidad Tecnológica de Santiago

CONSEJO CIENTÍFICO ASESOR Y REVISOR

Ouel Sosa, Universidad Tecnológica de Santiago
Mario Castellanos Verdugo, Universidad de Sevilla (España)
José Luís Álvarez, Universidad Tecnológica de Santiago
Víctor Liriano, Universidad Tecnológica de Santiago
Tomás López-Guzmán, Universidad de Córdoba (España)
Salvador Moral Cuadra, Universidad Tecnológica de Santiago
Juan Antonio Jimber del Río, Universidad de Córdoba
Pablo Cañero Morales, Universidad de Córdoba
José Castillo Jáquez, Universidad Tecnológica de Santiago
Brinia Cabrera, Universidad Tecnológica de Santiago
Roberto Gómez, Ministerio de Medio Ambiente (Rep. Dom.)
Deyanira Andújar, Universidad Tecnológica de Santiago
Dulce M. Alcántara, Universidad Tecnológica de Santiago
José. F. Domínguez, Universidad del Caribe (México)
Radhamés Abinader, Universidad Tecnológica de Santiago
Fiordaliza Lizardo, Universidad Tecnológica de Santiago
Manuel A. Ribeiro, Universidad de Surrey (Reino Unido)
Vilma Tejada, Universidad Tecnológica de Santiago
Enrique A. Valdez, UTESA-BIOMEX (República Dominicana)
Argelia Aybar, UTESA-Medipath (República Dominicana)
Zunilda Núñez, CIMBIOCLI (República Dominicana)

REVISTA UTESIANA DE LA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ISSN: 2518-4857

Revista de distribución web (Edición Digital)

Edita:

Vicerrectoría de Producción e Investigación Científica
Universidad Tecnológica de Santiago (República Dominicana)
809 582 7156, Ext. 365
investigaciones@utesa.edu
www.utesa.edu

Periodicidad:

Anual (febrero)

Bases de datos:

La Revista Utesiana de la Facultad Ciencias de la Salud se encuentra indexada en el Directorio de Latindex y en Google Académico. Actualmente está en evaluación en otras bases de datos.

GUÍA PARA AUTORES

El contenido de la Revista Utesiana de la Facultad Ciencias de la Salud versará sobre temas de investigación originales vinculados a las siguientes carreras: Bioanálisis, Enfermería, Fármaco-Bioquímica, Medicina, Odontología y Veterinaria y Zootecnia. La estructura del artículo debe constar, como mínimo, de las siguientes partes: título; nombre, afiliación y correo electrónico de los autores; resumen y palabras clave en español e inglés; introducción; materiales y métodos; resultados y discusión; conclusiones; y bibliografía.

Las comunicaciones enviadas deberán cumplir con las siguientes normas y estructura:

- Extensión del artículo: 5.000 – 7.000 palabras.
- Resumen: no superar las 500 palabras.
- Palabras clave: 5 – 8 palabras.
- No hay máximo de autores.
- Márgenes: 2.5 cm en todos los lados.
- Interlineado: Simple.
- Fuente: Arial, 10 puntos (el título en tamaño 12).
- Títulos de la estructura del texto: Mayúscula y negrita.
- Las tablas, gráficos y figuras deberán ir insertadas en el texto, junto a un título en la parte superior y una fuente en la parte inferior.
- Citas: Modelo APA 2017 (sexta edición) o posteriores.

El incumplimiento de estas normas puede provocar el rechazo del artículo.

Se requiere el compromiso de los autores tanto en la originalidad del artículo como de no enviar el texto, simultáneamente, a otras revistas para su publicación. Los autores serán los únicos responsables de las afirmaciones y declaraciones incluidas en su texto.

Los artículos serán enviados por correo electrónico: **investigaciones@utesa.edu** en formato Word. Los artículos recibidos se someterán a un proceso de revisión por pares anónimos. Los resultados de la evaluación serán remitidos al autor mediante correo electrónico.

ÍNDICE

Depresión en pacientes en programas de hemodiálisis	6
Cabrera Batista, B., Marizán Gómez, A.M., Núñez Martínez, A.S., & Ventura, Y.T.	
Análisis de la calidad del expediente clínico. Un estudio de caso	12
Marte Mosquea, L., García, Y., Hernández, R., & Jiménez, J.	
Prueba de efectividad y eficacia de antisépticos y desinfectantes	18
Peña Tapia, Y., Castillo, A. M., Cuevas, K.N., Acevedo, L.M., & Almonte, F.	
Incidencia de las Unidades de Atención Primaria (UNAP) en la población del municipio Mao	24
Ramos Cepeda, V.M.	

Citar este artículo como: Cabrera Batista, B., Marizán Gómez, A.M., Núñez Martínez, A.S., & Ventura, Y.T. (2018). Depresión en pacientes en programas de hemodiálisis. *Revista Utesiana de la Facultad Ciencias de la Salud*, 3(3), 6-11.

DEPRESIÓN EN PACIENTES EN PROGRAMAS DE HEMODIÁLISIS

Brinia Cabrera Batista¹

Universidad Tecnológica de Santiago

Ana María Marizán Gómez²

Universidad Tecnológica de Santiago

Anny Sofía Núñez Martínez²

Universidad Tecnológica de Santiago

Yocaira Teresa Ventura²

Universidad Tecnológica de Santiago

RESUMEN: La depresión es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la principal causa de problemas de salud y discapacidad en la población mundial, estimándose que 300 millones de personas viven con ella. Los síntomas de trastornos emocionales como la depresión y la ansiedad, son diagnosticados cada vez con mayor frecuencia en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en programa de hemodiálisis. El objetivo de esta investigación es conocer la prevalencia de depresión en pacientes con IRC en programa de hemodiálisis del Hospital Presidente Estrella Ureña de la ciudad de Santiago de los Caballeros, en el periodo septiembre – diciembre, 2017. Se realizó un estudio descriptivo y transversal. Se incluyeron todos los pacientes crónicos del programa con más de un mes de ingreso, sin historia de ningún trastorno mental antes del diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica, y que, a través del consentimiento informado, aceptaran en forma voluntaria participar en el presente estudio. Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck, en 109 pacientes. De los 109 pacientes de estudio, el 68.8% fueron hombres y el 31.2% mujeres, con una edad media de 53,9 años. La prevalencia de depresión fue de un 80.7%. La depresión leve se presentó en el 61.4% de los casos, seguida de la depresión moderada con un 33.0% y la depresión severa en un 5.6%. La aparición de la depresión se relacionó con el tiempo en el programa y el número de sesiones a la semana.

Palabras clave: depresión, ansiedad, hemodiálisis, salud, Santiago de los Caballeros.

¹ Profesora de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica de Santiago. Autora para correspondencia: briniacabrera@docente.utesa.edu

² Estudiante de la Carrera de Medicina de la Universidad Tecnológica de Santiago.

ABSTRACT: Depression is considered by the World Health Organization (WHO) as the main cause of health problems and disability in the world population, estimated that 300 million people live with it. The symptoms of these emotional disorders, such as depression and anxiety, are diagnosed more and more frequently in patients with Chronic Renal Insufficiency (CRF) in the hemodialysis program. The objective of this work is to know the prevalence of depression in patients with CRF in the hemodialysis program of the Hospital Presidente Estrella Ureña in the city of Santiago de los Caballeros in the period September - December, 2017. A descriptive and transversal study was carried out. All chronic patients of the program with more than one month of admission were included, without a history of any mental disorder before the diagnosis of Chronic Renal Insufficiency and who, through informed consent, voluntarily accepted to participate in the present study. The Beck Depression Inventory was used in 109 patients. Of the 109 study patients, 68.8% were men and 31.2% were women, with an average age of 53.9 years. The prevalence of depression was 80.7%. Mild depression occurred in 61.4% of cases, followed by moderate depression with 33.0% and severe depression in 5.6%. The onset of depression was related to the time in the program and the number of sessions per week.

Key words: depression, anxiety, hemodialysis, health, Santiago de los Caballeros.

INTRODUCCIÓN

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC), también llamada Nefropatía en etapa terminal, es el deterioro progresivo e irreversible de la función renal, a consecuencia de la retención de sustancias nitrogenadas producto del metabolismo celular, con la consecuente incapacidad funcional del organismo en lo biofísico, psicológico y social, debilitando la calidad de vida de la persona que la sufre y sus familiares. Esta patología supone para la persona un aumento del impacto psicoemocional, por las características del tratamiento, su duración indefinida y el pronóstico.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) considera que, actualmente, la depresión es la principal causa mundial de discapacidad, contribuyendo de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad y que se calcula afecta a más de 300 millones de personas. Esta puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. Los casos más graves pueden llevar al suicidio. Se destaca también, que cada año se suicidan cerca de 800,000 personas, siendo esta la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.

En España, Ramírez Ruíz *et al.* (2012), realizaron un estudio descriptivo observacional en el Hospital de Jerez de la Frontera (Cádiz), encontrando una

prevalencia de depresión de un 54%, en 60 pacientes estudiados. Según el nivel, el 29% fue leve; el 12%, moderado y el 2.7%, severo, concluyendo que se evidenciaba que la prevalencia era elevada en sus pacientes y que esa situación pasaba desapercibida para el personal de la salud. Estos autores afirmaron que, de acuerdo a sus hallazgos, en términos generales, la IRC y las características del tratamiento, alteran notablemente la calidad de vida del paciente a nivel físico, psicológico y social.

Estudios hechos por la OMS (2017) en Lima (Perú) demuestran que la morbilidad de los pacientes con IRC sometidos a hemodiálisis está asociada con la depresión en un 20%. Estos procesos demandan de los pacientes asumir un estilo de vida determinado para poder mantener un equilibrio entre su situación y el ambiente que los rodea. Los gestores de programas de Salud Pública deben incluir en el personal de salud el conocimiento del nivel de ansiedad y depresión que generan estos procedimientos de hemodiálisis en los pacientes con IRC, a fin de que puedan brindar una atención integral, incluido el apoyo familiar, para que enfrenten, adecuadamente, su diario vivir.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, en pacientes del programa de hemodiálisis del Hospital Presidente Estrella Ureña de la ciudad de Santiago de los Caballeros (República Dominicana), en el periodo septiembre – diciembre, 2017. Se incluyeron todos los pacientes crónicos del programa, con más de un mes de ingreso y sin historia de ningún trastorno mental antes del diagnóstico de IRC. Antes de comenzar, se informó al paciente sobre el objetivo del estudio, con la finalidad de obtener su consentimiento. Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (en inglés, *BDI*) (Beck y Steer, 1993), en 109 pacientes. El *BDI* permite detectar y cuantificar los síntomas depresivos en adultos, a través de una escala auto aplicada con 21 ítems. La puntuación obtenida es de 0 a 63 puntos, en la que se clasifica el síntoma depresivo en ausente (de 0 a 9 puntos), leve (de 10 a 18 puntos), severo (de 19 a 29 puntos) y grave (de 30 a 63 puntos).

RESULTADOS

En la tabla 1, se observa la población encuestada según sexo y tiempo en el programa de hemodiálisis. Destaca el sexo masculino, con un tiempo en el programa de 1-4 años, en el 57.8% de los casos, seguido del grupo que lleva en el programa de 5-9 años (22.01%).

Tabla 1. Población en hemodiálisis según sexo, y tiempo en el programa.

Tiempo en el programa de Hemodiálisis	Sexo		Total	Porcentaje
	Masculino	Femenino		
< 1 año	11	2	13	11.93
1 – 4 años	33	30	63	57.8
5 – 9 años	23	1	24	22.01
10 y más años	8	1	9	8.26
Total	75	34	109	100

Fuente: elaboración propia.

La tabla 2 muestra la población en hemodiálisis, según ciclos semanales. Destaca el grupo de pacientes que realizan este programa 3 veces a la semana.

Tabla 2. Población en hemodiálisis según ciclos semanales.

Ciclos semanales	Frecuencia	Porcentaje
1 vez	05	4.6
2 veces	32	29.4
3 veces	72	66
Total	109	100

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 3, se observa la depresión en pacientes del programa de hemodiálisis, según el tiempo de terapia. En este aspecto, destaca, en depresión leve, el grupo que lleva en el programa de 1-4 años (64.8%). Este grupo, también, destaca en la depresión moderada (48.3%). En relación a la depresión severa, el 40% lleva entre 5-9 años en el programa.

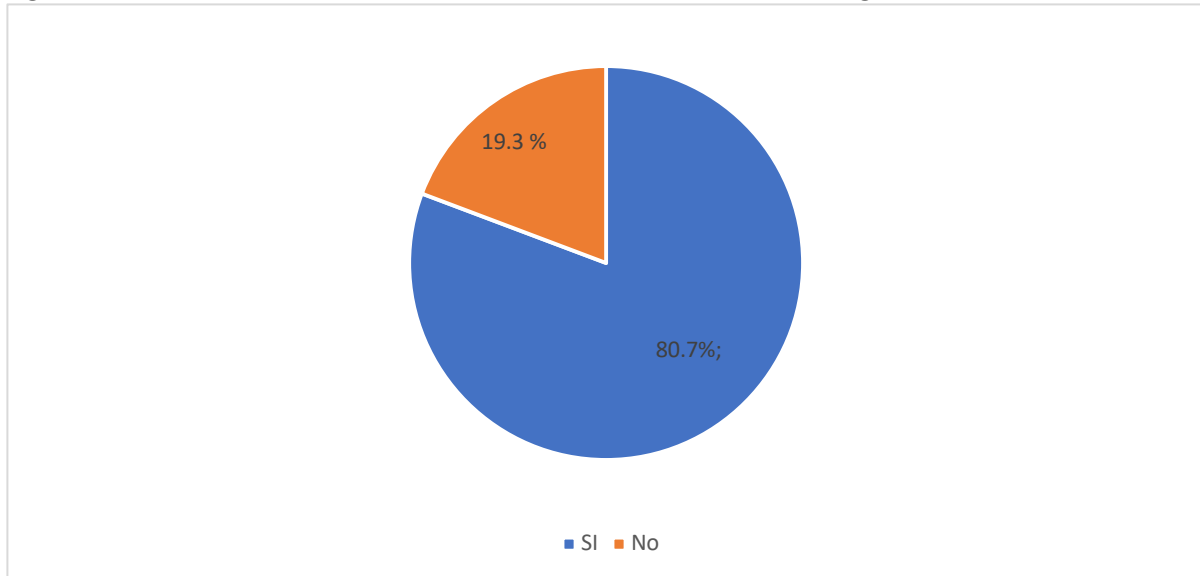
Tabla 3. Depresión en pacientes del programa de hemodiálisis según tiempo en terapia.

Tiempo / Grado Depresión	Leve	%	Moderada	%	Severa	%	Total	%
< 1 año	9	16.6	2	6.9	1	20	12	13.6
1-4 años	35	64.8	14	48.3	1	20	50	56.8
5-9 años	5	9.3	9	31	2	40	16	18.2
10 y más	5	9.3	4	13.8	1	20	10	11.4
Total	54	100	29	100	5	100	88	100

Fuente: elaboración propia.

En la figura 1, se muestra la prevalencia de depresión en pacientes del programa de hemodiálisis. En este sentido, el 89.7% de los pacientes tiene problemas de depresión.

Figura 1. Prevalencia de depresión en pacientes del programa de hemodiálisis.



Fuente: elaboración propia.

CONCLUSIONES

La prevalencia de la depresión en los pacientes con IRC en el programa de hemodiálisis del Hospital Regional Universitario Presidente Estrella Ureña de la ciudad de Santiago de los Caballeros fue de un 80.7%. Esta tasa es elevada, debido a que estudios revisados arrojan resultados entre 20 y 50%. En un estudio anterior, realizado por Ramírez Ruíz *et al.* (2012) en España, se reportó una tasa de 54%. La OMS (2017), en Perú, indicó una tasa de un 20%. En relación al nivel de depresión, este estudio encontró que predomina la depresión leve, seguida de la depresión moderada y, en menor medida, la depresión severa. Al relacionar la depresión con el tiempo, encontramos que la mayoría de los pacientes tenían 4 años o menos en el programa de hemodiálisis. El mayor número de casos de depresión se observa en los primeros años del tratamiento.

Investigaciones realizadas sobre esta enfermedad (Peterson *et al.*, 1991; Kimmel, 2000; Chilcot *et al.*, 2008; Fuentes *et al.*, 2014; Gómez Vilaseca *et al.*, 2015) coinciden en que la depresión en los pacientes crónicos se encuentra asociada a comportamientos de no adhesión al tratamiento médico. En definitiva, la depresión en los pacientes con IRC en hemodiálisis es elevada, por lo que es recomendable aplicar un manejo integral del programa que permita detectar a tiempo este tipo de trastornos y contribuir a mejorar su calidad de vida.

AGRADECIMIENTOS

Los autores de esta investigación agradecen a la Dra. Anny Ovalles, Encargada de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Regional Universitario Presidente Estrella Ureña, a la Lic. Idalia Vargas y a los pacientes del programa, su colaboración en este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

Beck, A.T., & Steer, R.A. (1993). *Beck Depression Inventory. Manual*. San Antonio, Texas: The Psychological Corporation.

Chilcot, J., Wellsted, D., Da Silva-Gane, M., & Farrington, K. (2008). Depression on dialysis. *Nephron Clinical Practice*, 108(4), 256-264.

Fuentes, L. E. V., García, S. G., & Salinas, L. E. R. (2014). Depresión en pacientes del programa de hemodiálisis en el noreste de México. *Diálisis y Trasplante*, 35(3), 98-102.

Gómez Vilaseca, L., Pac Gracia, N., Manresa Traguany, M., Lozano Ramírez, S., & Chevarria Montesinos, J.L. (2015). Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes de hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 18(2), 112-117.

Kimmel, P. L. (2000). Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: correlates and outcomes. *American Journal of Kidney Diseases*, 35(4), 132-140.

OMS (2017). *Depresión. Nota de prensa*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Peterson, R. A., Kimmel, P. L., Sacks, C. R., Mesquita, M. L., Simmens, S. J., & Reiss, D. (1991). Depression, perception of illness and mortality in patients with end-stage renal disease. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 21(4), 343-354.

Ramírez Ruiz, M., Soto Pica, M.T., García Gutiérrez, M.D., & Barrios Rodríguez, P. (2012). Ansiedad y depresión en el paciente renal. *Enfermería Nefrológica*, 15(1), 164-165.

Recibido: 14/02/2018

Reenviado: 16/02/2018

Aceptado: 17/02/2018

Sometido a evaluación de pares anónimos

Citar este artículo como: Marte Mosquea, L., García, Y., Hernández, R., & Jiménez, J. (2018). Análisis de la calidad del expediente clínico. Un estudio de caso. *Revista Utesiana de la Facultad Ciencias de la Salud*, 3(3), 12-17.

ANÁLISIS DE LA CALIDAD DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. UN ESTUDIO DE CASO

Lucila Marte Mosquea³

Universidad Tecnológica de Santiago

Yuridia García⁴

Universidad Tecnológica de Santiago

Rafi Hernández⁴

Universidad Tecnológica de Santiago

Jenifer Jiménez⁴

Universidad Tecnológica de Santiago

RESUMEN: Las diversas estrategias existentes para evaluar la calidad de la atención prestada en los hospitales coinciden en señalar la necesidad de contar con herramientas específicas que permitan el análisis y revisión del trabajo médico. El objetivo de esta investigación es analizar la calidad de los expedientes clínicos del Hospital Provincial Dr. Toribio Bencosme, ubicado en la ciudad de Moca (República Dominicana). Se decidió realizar esta investigación con la finalidad de poder mejorar la organización, recogida de datos y el uso adecuado del expediente clínico, ya que se ha podido observar que existen muchas debilidades. Entre las principales conclusiones, podemos citar la dificultad para encontrar la totalidad de los expedientes clínicos en el Hospital, así como que más de la mitad de los expedientes clínicos no cumplen con las normas de organización establecidas por las normas generales de expediente clínico. Además, se comprobó que una buena parte de los expedientes no cumplen con las exigencias de enfermería establecidas por las normas docentes.

Palabras clave: expediente, calidad, enfermería, salud, Moca.

³ Profesora de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica de Santiago. Autor para correspondencia: lucilamosque@docente.utesa.edu

⁴ Estudiante de la Licenciatura de Enfermería de la Universidad Tecnológica de Santiago.

ABSTRACT: There are several strategies to assess the quality of care provided in hospitals, which agree on the need to have specific tools that allow the analysis and review of medical work. The objective of this research is to analyze the quality of the clinical files of the Dr. Toribio Bencosme Provincial Hospital, located in the city of Moca (Dominican Republic). It was decided to carry out this research in order to improve the organization, data collection and good use of the clinical file, since it has been observed that there are many weaknesses. Among the main conclusions, we can mention the difficulty to find all of the clinical files in the Hospital, as well as that more than half of the clinical files do not comply with the organizational norms established by the general rules of clinical record. In addition, it was proved that a good part of the files do not comply with the nursing description established by the teaching norms.

Key words: record, quality, nursing, health, Moca.

INTRODUCCIÓN

El expediente clínico es una de las herramientas básicas para brindar un servicio de calidad, ya que es un documento científico y legal, debido a que en el que se realiza el registro de los elementos técnicos esenciales para el estudio y la solución de los problemas de salud del usuario. Ese registro permite valorar la actuación del personal de salud durante su trabajo.

Actualmente, las diversas estrategias existentes para evaluar la calidad de la atención prestada en los hospitales coinciden en señalar la necesidad de contar con herramientas específicas que permitan el análisis y revisión del trabajo médico. Ofrecer atención de buena calidad siempre ha sido una meta tanto para los gerentes como para los profesionales de la salud; para ello, se diseñan programas y estrategias destinadas a ofrecer una mejor atención a los usuarios.

El objetivo de esta investigación es analizar la calidad de los expedientes clínicos del Hospital Provincial Dr. Toribio Bencosme, ubicado en la ciudad de Moca (República Dominicana). Se decidió realizar esta investigación con la finalidad de poder mejorar la organización, recogida de datos y el uso adecuado del expediente clínico, ya que se ha podido observar que existen muchas debilidades, como mala organización y recogida de datos acompañadas de faltas ortográficas. Esta investigación pretende generar resultados que ayuden a reducir los errores y el mal manejo de los expedientes clínicos tanto del personal de enfermería, como del personal médico y el personal administrativo.

ANTECEDENTES

La historia clínica como documento básico del proceso propedéutico clínico ya se menciona en la medicina árabe del año 915 de nuestra era, señalando la realización de 33 historias clínicas por el médico persa Rhazas. Entre el siglo XVII y XVIII, la escuela vianesa señala la importancia de la recopilación de las observaciones clínicas en el curso de las enfermedades y la importancia de las exploraciones anatomopatológicas (Müller, 2003).

En 1973 aparece un documento en el que se habla de los derechos de los pacientes hospitalizados y las obligaciones de los médicos, elaborado por la Asociación Americana de Hospitales (Bañuelos Delgado, s/f). Un documento semejante se había venido utilizando en República Dominicana desde 1503, en el primer Hospital fundado en Santo Domingo, el cual fue llamado San Nicolás de Bari. Desde esa época se ha ido actualizando, pero aun así tiene debilidades.

Con los avances de la tecnología se ha implementado entre el periodo 2003-2010 el expediente clínico electrónico, pero solo se está utilizando en algunos centros de salud de República Dominicana, como son el Hospital Traumatológico Dr. Juan Bosh, el Hospital Dr. Ney Arias Lora, Plaza de la Salud y algunos centros privados de Santiago: Clínica Unión Médica, Clínica Corominas, HOMS o el Instituto de Especialidades Médicas en Moca. Sin embargo, aún no ha sido posible implementarlo en todos los centros de salud tanto públicos como privados del país.

Entre las ventajas del expediente clínico electrónico se puede citar las siguientes:

- Al estar en formato electrónico, el expediente es uniforme, legible y rápido de consultar.
- Disponibilidad 24/7 durante toda la semana y desde cualquier lugar.
- El expediente se actualiza de manera permanente, rápida y fácil para todos los interesados en tiempo real.
- Se ahorra tiempo, dinero, espacio y material gastable.

Ahora bien, el expediente clínico electrónico también tiene una serie de desventajas:

- Fallas en el sistema electrónico.
- Mal manejo de las redes.
- Debilidad en el uso de los equipos tecnológicos.

No obstante, el expediente clínico electrónico debe valorarse como un documento legal donde se puede confirmar la calidad de atención que los pacientes han recibido, ya que es una fuente de información que puede usarse con fines de investigación y docencia. Los registros clínicos deben tener

información descriptiva y objetiva sobre lo relacionado con la atención al paciente.

La información debe de ser verdadera, no se debe utilizar abreviaturas no aprobadas, para no dar lugar a interpretaciones erróneas. Cuando los registros son incompletos se pone en peligro la comunicación medico-enfermería.

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación consistió en la revisión de los expedientes clínicos del Hospital Dr. Toribio Bencosme; se incluyeron como objeto de estudio los expedientes clínicos del área de internamiento, durante el periodo junio-julio 2017.

Para los fines de esta investigación se tomó el 100% de los expedientes clínicos, eligiendo una muestra de forma aleatoria y al azar de 180 records, de los cuales solo se recuperaron 144 expedientes; 10 de ellos fueron descartados por pertenecer al área de consulta externa y 36 no fueron localizados, motivo por el cual el estudio se realizó solamente con 134 expedientes clínicos.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo y retrospectivo, puesto que la unidad de estudio corresponde a una determinada ocupación realizada por el personal de salud.

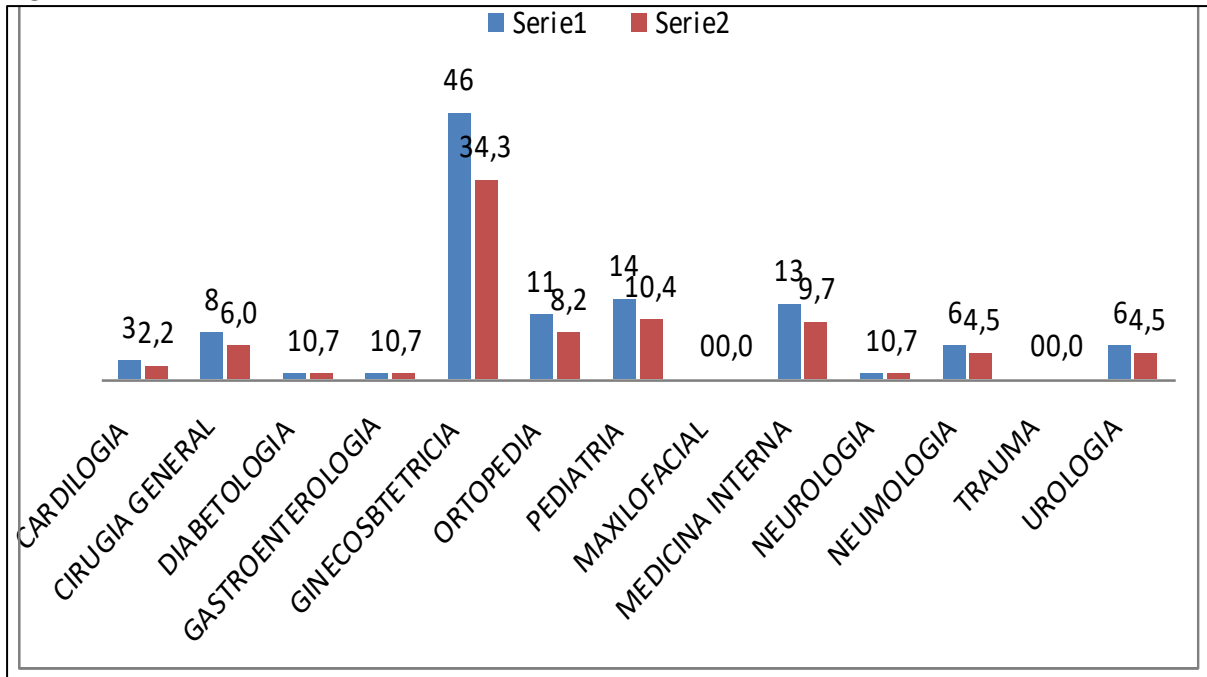
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Durante la investigación, los expedientes clínicos que se localizaron, con mayor número, eran del área de ginecobstetricia (34.3%), seguidos del área de medicina interna (8.9%), pediatría (8.3%), servicio de ortopedia (7.8%) y, en menor proporción, los demás servicios del Hospital. De estos datos se puede inferir que la localización de los expedientes clínicos en el Hospital presenta cierto grado de dificultad, provocando esta situación la duplicidad de expediente cuando el paciente vuelve en busca de otro servicio.

De los expedientes clínicos encontrados, un 8% pertenecen a las hojas de ingreso y egreso, otro 8% se refiere a las hojas de anestesia y, en menor número, se encuentra con un 6% la hoja de historia clínica y, con ese mismo porcentaje (6%), la hoja de condición quirúrgica.

El 58.2% de los expedientes revisados no cumplen con la organización correspondiente. Así mismo, solo un 54.5%, de los record encontrados cumplen con la descripción de enfermería por turno. El área con mayor número de expedientes completos es la de ginecobstetricia (34.3%), seguida de pediatría (10.4%) (figura 1).

Figura 1. Número de expedientes completos por área



Fuente: elaboración propia.

Solamente el 34% de los record cumplen con la hora exacta de administración de medicamento. El mayor problema encontrado revisando los 134 expedientes es la hoja de signos vitales, ya que 109 están incompletas, lo que representa el 81.3% de todos los expedientes.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Mediante la investigación realizada relacionada con la calidad y organización en el registro del expediente clínico podemos citar las siguientes conclusiones:

- Existe dificultad para encontrar la totalidad de los expedientes clínicos.
- Más de la mitad de los expedientes clínicos no cumplen con las normas de organización establecidas por las normas generales de expediente clínico.
- Una buena parte de los expedientes no cumplen con la descripción de enfermería establecidas por las normas docentes.
- Con relación a los signos vitales, la gran mayoría no se registran o son mal registrados.

Estas deficiencias del expediente clínico afectan a la atención y seguimiento de los pacientes, pudiendo generar respuestas negativas en cuanto al manejo correcto y de calidad en el servicio que ofrece el Hospital. Por tanto, existe una baja calidad en los registros del expediente clínico, lo cual es un problema general, no limitado excesivamente a labores compartidas entre los médicos y las enfermeras.

Entre las principales recomendaciones de esta investigación, podemos citar las siguientes:

- Las universidades responsables en la formación de médicos y enfermeras deben implementar en sus planes de enseñanza contenidos relacionados a la buena orientación en la concepción, uso y calidad del llenado del registro del expediente clínico.
- El Servicio Nacional de Salud debe elaborar un manual de capacitación, siguiendo los lineamientos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y orientado a médicos y enfermeras, con la finalidad de mejorar el nivel de calidad de los registros de expediente clínico.
- Las autoridades encargadas de enseñanza y de investigación intrahospitalaria deben analizar la calidad de la información que se genera de los datos incompletos y/ o ilegibles de los registros del expediente clínico, así como las aplicaciones en el componente legal e impacto de la calidad de atención.
- El Departamento de Enfermería del Hospital Dr. Toribio Bencosme debe definir mecanismos y desarrollar un instrumento de garantía y calidad que aseguren la plenitud y aplicabilidad de los registros del expediente clínico.

BIBLIOGRAFÍA

Bañuelos Delgado, N. (s/f). *Expediente clínico*. México DF: Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de Nayarit.

Müller, I.W. (2003). *Crónica de la Medicina*. México DF: Editorial Intersistemas.

Recibido: 15/01/2018

Reenviado: 16/02/2018

Aceptado: 26/02/2018

Sometido a evaluación de pares anónimos

Citar este artículo como: Peña Tapia, Y., Castillo, A. M., Cuevas, K.N., Acevedo, L.M., & Almonte, F. (2018). Prueba de efectividad y eficacia de antisépticos y desinfectantes. *Revista Utesiana de la Facultad Ciencias de la Salud*, 3(3), 18-23.

PRUEBA DE EFECTIVIDAD Y EFICACIA DE ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES

Yohanna Peña Tapia⁵

Universidad Tecnológica de Santiago

Ana Margarita Castillo⁶

Universidad Tecnológica de Santiago

Katherine Nicole Cuevas⁶

Universidad Tecnológica de Santiago

Luis Miguel Acevedo⁶

Universidad Tecnológica de Santiago

Felipe Almonte⁶

Universidad Tecnológica de Santiago

RESUMEN: En la República Dominicana existen diferentes productos desinfectantes y antisépticos para la venta, tanto de procedencia local como extranjera. Esto ha provocado que la población tenga acceso rápido a los de menor costo o los mejor publicitados. El presente estudio tiene como objetivo principal definir la eficacia y efectividad de los productos utilizados como antisépticos y desinfectantes de acuerdo a su capacidad germicida. Se determinó la efectividad y eficacia de acuerdo al halo de inhibición creado en la Placa de Petri a partir de un pool de bacterias conocidas. Se obtuvo que el 54% de los desinfectantes no mostraron alcanzar la eficacia que establece la etiqueta del producto. Con respecto a los antisépticos, un 50% de estos mostró ser eficaces, siendo los compuestos de yodo y sus derivados los de mayor efectividad. Se pudo constatar que la mayoría de los productos no cumplen con el nivel de efectividad en cuanto a su capacidad germicida que se indica en la etiqueta del mismo.

Palabras clave: Desinfectante, antiséptico, efectividad, eficacia.

⁵ Profesora de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica de Santiago, Recinto Santo Domingo Oeste. Autor para correspondencia: yohatapia27@gmail.com

⁶ Estudiante de la Carrera de Medicina de la Universidad Tecnológica de Santiago, Recinto Santo Domingo Oeste.

ABSTRACT: In Dominican Republic there are different products, both locally and globally, for sales and acquisitions of disinfectants and antiseptics. This has caused the population to have quick access to the lowest cost or the best advertised. The main objective of this study is to define the efficacy and effectiveness of the products used as antiseptics and disinfectants according to their germicidal capacity. The effectiveness and efficacy were determined according to the inhibition halo created in the Petri dish from a pool of known bacteria. It was found that 54% of the disinfectants did not prove to be effective as established by the product label. With regard to antiseptics, 50% of these showed to be effective, being the iodine compounds and their derivatives the most effective. It was found that most of the products do not meet the level of effectiveness in terms of their germicidal capacity indicated on the label.

Key words: disinfectant, antiseptic, effectiveness, efficacy.

INTRODUCCIÓN

La descontaminación de microorganismos puede conseguirse con el empleo de agentes físicos o productos químicos. Las acciones y productos relacionados con este proceso pueden definirse en los términos siguientes:

- Esterilización es el efecto o procedimientos de destruir todas las formas de vida vegetativa y de resistencia, esporas y quistes. Un objeto esterilizado en sentido microbiano es el que está exento de microorganismos vivos (Campos, 2015).
- Desinfectante es, por lo general, un producto químico, que mata la forma vegetativa de los microorganismos patógenos. Pero no necesariamente las formas resistentes (Campos, 2015).
- Antisépticos son productos que previenen o detienen el desarrollo o la acción de los microorganismos, sea destruyéndolos o inhibiéndolos en su crecimiento y actividad (Campos, 2015).

La presente investigación está basada en la prueba de efectividad y eficacia de antisépticos y desinfectantes, mediante pruebas en el Laboratorio de Microbiología Médica de la Universidad Tecnológica de Santiago. El análisis se realizó con productos nuevos y, también, con productos con varias semanas de uso. Este estudio fue motivado por el siguiente interrogante: ¿qué tan efectivos son los productos que usamos a diario en nuestras casas y hospitales? Con la finalidad de responder este interrogante, se decidió analizar los productos que más usa la población.

República Dominicana es un país muy propenso a sufrir infecciones bacterianas y, por esta razón, es importante saber qué productos ayudan a combatir estas bacterias con mayor eficacia. En ese contexto, el presente estudio tiene como finalidad determinar la efectividad y eficacia de los

productos utilizados como antisépticos y desinfectantes de acuerdo a su capacidad germicida, prevenir infecciones y efectos adversos asociados al manejo inadecuado de los productos y, por último, asegurar el uso correcto de antisépticos tópicos previniendo que disminuya su efectividad.

MARCO TEÓRICO

Un antiséptico es un tipo de desinfectante que aplicado sobre superficies del cuerpo o en tejidos expuestos, destruye o inhibe el crecimiento de microorganismos en tejidos vivos, sin causar efectos lesivos. Algunos antisépticos se aplican sobre piel intacta o membranas mucosas, quemaduras y heridas abiertas, para prevenir la sepsis al desbridar o excluir los microbios de estas áreas (OMS, 2004). Los antisépticos se utilizan para reducir el número de microorganismos presentes en la superficie cutánea. Estos compuestos se seleccionan en función de su seguridad y su eficacia (Murray *et al.*, 2006).

Así, la polividona yodada es un yodoforo eficaz sobre bacterias, hongos, virus, protozoos, quistes y esporas, y reduce de manera significativa las infecciones de las heridas quirúrgicas. La solución de polividona yodada en contacto con la piel libera yodo. Por su parte, la clorhexidina tiene un amplio espectro de actividad bactericida y bacteriostática, y es eficaz sobre bacterias grampositivas y gramnegativas, aunque es menos eficaz sobre algunas especies de *Pseudomonas* y *Proteus* y relativamente inactiva sobre micobacterias. Tampoco es activa sobre esporas bacterianas. La clorhexidina es incompatible con jabones y otros materiales aniónicos, como bicarbonatos, cloruros y fosfatos (OMS, 2004).

Según la OMS (2004), un desinfectante es un agente químico que destruye o inhibe el crecimiento de microorganismos patógenos en fase vegetativa o no esporulada. Los desinfectantes no matan todos los organismos, pero los reducen a un nivel que no dañan la salud ni la calidad de los bienes perecederos. Los desinfectantes se aplican sobre objetos y materiales inanimados, como instrumentos y superficies, para tratar y prevenir la infección. La desinfección de alto grado, por regla general, posee una eficacia semejante a la de la esterilización, mientras que las esporas pueden sobrevivir tras una desinfección de grado intermedio; asimismo, numerosos microorganismos pueden seguir siendo viables después de una desinfección de bajo grado (Murray *et al.*, 2006).

Según Murray *et al.* (2006), existen tres tipos de desinfectantes: de alto grado, de grado bajo y de grado medio. El desinfectante de alto grado es un germicida que mata todos los patógenos microbianos, con excepción de un gran número de esporas bacterianas. El desinfectante de grado medio es un germicida que erradica todos los patógenos microbianos, con excepción de las endosporas bacterianas. Por último, el desinfectante de grado bajo es un

germicida que mata la mayoría de las bacterias en estado vegetativo y virus de tamaño intermedio o dotados de una envoltura lipídica.

El cloro, oxidante de acción rápida, es un germicida químico de uso muy extendido y de amplio espectro. Normalmente se vende en forma de lejía, como una solución acuosa de hipoclorito sódico (NaOCl), que puede diluirse en agua para conseguir distintas concentraciones de cloro libre (OMS, 2004). Por su parte, el etanol (alcohol etílico, C₂H₅OH) y el 2-propanol (alcohol isopropílico, C₃H₈O) tienen propiedades desinfectantes similares. Son activos contra las formas vegetativas de las bacterias, los hongos y los virus con envoltura lipídica, pero no contra las esporas. Su acción sobre los virus sin envoltura lipídica es variable (OMS, 2004).

MATERIALES Y MÉTODOS

Los materiales utilizados durante esta investigación han sido los siguientes: Placa de Petri, medio de cultivo, incubadora, hisopos, cepas de control de bacterias⁷ y cepas recolectadas en hospitales locales.

Las muestras utilizadas han sido:

- Dos *Klebsiella Pneumoniae* = Una en Urocultivo y otra en punta de catéter.
- Dos *Pseudomonas Aeruginosa* = Una de secreción de glúteos y otra en pie diabético.
- Seis *Candida Albicans* = secreción vaginal.
- Una *Streptococcus* del Grupo B en secreción vaginal.
- Siete *Escherichia Coli* = Cinco en Urocultivo y dos en Hemocultivo.
- Antisépticos, desinfectantes, mechero de Bunsen, guantes, mascarillas y gotero, entre otros.

Los métodos utilizados han sido los siguientes:

- Siembra con hisopos por embadurnamientos a partir de crecimientos sólidos.
- Medio de cultivo Agar Muller-Hinton.
- Pool de bacterias en Placa de Petri, a la cual se le colocó una gota de antiséptico y/o desinfectante.
- Determinación de la efectividad y eficacia de acuerdo al halo de inhibición creado en la placa de Petri:
 - Si el microorganismo no crece alrededor del disco impregnado del antiséptico, es eficaz.

⁷ ATCC 27853 (*Pseudomonas aeruginosa*), ATCC25922 (*Escherichia Coli*), ATCC29212 (*Enterococcus Faecalis*), ATCC29213 (*Staphilococcus Aereus*), ATCC6258 (*Candida Krusei*), ATCC22019 (*Candida Parasitosis*), ATCC4053 (*Candida Albicans*) y ARTCC49619 (*Streptococcus Pneumoniae*).

- Si el microorganismo crece alrededor del disco impregnado del antiséptico, es ineficaz.
- Si el microorganismo crece ligeramente alrededor del disco impregnado del antiséptico, es ligeramente eficaz.

El tiempo de incubación fue de 24 horas.

RESULTADOS

Se ha comprobado que los antisépticos y desinfectantes tienen distintos niveles de acción germicida, clasificándolos por niveles. En la tabla 1 se muestra la clasificación.

Tabla 1. Niveles de acción germicida de los antisépticos y desinfectantes.

Antiséptico	Eficacia	Desinfectante	Eficacia
Clorhexidina Y alcohol	Eficaz (Gram-Gram+)	Mistolin	Infeficaz
Bacterodine Solución	Ligeramente eficaz	Hyaminol (esterilización en frio)	Eficaz (Gram-Gram+)
Jabón liquido Manitas Limpias	Infeficaz	Clorosol	Eficaz
Gel antibacterial	Eficaz (Gram+)	Mistolin Campo de flores	Infeficaz
Alcohol Isopropilico al 70%	Ligeramente Eficaz	Fabuloso Frescura profunda	Infeficaz
Clorexin	Eficaz	Desinfectante floral la canasta	Infeficaz
Imno-bact	Infeficaz	Clorox	Eficaz
Yodo-Povidona	Eficaz (Gram-Gram+)	Ajax Cloro	Eficaz
Clorexidine Glucanonate	Eficaz (Gram-Gram+)	Fabuloso con bicarbonato	Ligeramente eficaz
Bacterodine Espuma Germicida	Eficaz	Lysol	Eficaz
Avagard	Eficaz	Olorin desinfectante	Infeficaz
Intra Core Hand Soap	Infeficaz	Desifectante limpia max	Infeficaz
Xtra CARE Hand Soap	Infeficaz		
Bath and body health	Eficaz		
Borasol Liquid	Eficaz		

Fuente: elaboración propia.

En relación a la tabla anterior, el 50% de los antisépticos son eficaces, un 21% ligeramente eficaces y un 29% ineficaces. El 38% de los desinfectantes son eficaces, un 8% ligeramente eficaz y un 54% ineficaces.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En la República Dominicana existen diferentes productos de desinfectantes y antisépticos y, por tanto, hay diversas opciones de compra para la población dominicana. De acuerdo a los diferentes niveles presentados a través del estudio realizado acerca de la efectividad y eficacia de los antisépticos y desinfectantes, se ha podido comprobar que, en la mayoría de los productos, lo descrito en sus etiquetas no corresponde a la acción del contenido.

Es importante destacar que la calidad del producto no solo va a depender del fabricante, sino también del modo de uso y de la forma de almacenamiento.

Entre las principales recomendaciones de este estudio, se establecen dos:

- Al consumidor: usar adecuadamente los productos; cuando vaya a usar un desinfectante, no usarlo en agua sucia; guardar los productos en un lugar con temperatura ambiente; y tapar bien los productos luego de usarlos.
- Al fabricante: almacenar los productos en un lugar que no esté ni muy cerca del piso ni muy cerca del techo, ya que los productos deben ser almacenados en un lugar a temperatura ambiente, porque las bajas y altas temperaturas podrían descomponer el producto.

BIBLIOGRAFÍA

Campos, L.A. (2015). *Manual de Práctica de Microbiología Médica*. S/L: S/E.

Murray, P.R., Rosenthal, K.S., & Pfaüer, M.A. (2006). *Microbiología Médica*. Madrid, España: Elsevier.

OMS (2004). *Formulario Modelo de la OMS 2004*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Recibido: 06/02/2018

Reenviado: 16/02/2018

Aceptado: 20/02/2018

Sometido a evaluación de pares anónimos

Citar este artículo como: Ramos Cepeda, V.M. (2018). Incidencia de las Unidades de Atención Primaria (UNAP) en la población del municipio Mao. *Revista Utesiana de la Facultad Ciencias de la Salud*, 3(3), 24-31.

INCIDENCIA DE LAS UNIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA (UNAP) EN LA POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE MAO

Víctor Manuel Ramos Cepeda⁸

Universidad Tecnológica de Santiago

RESUMEN: Las Unidades de Atención Primaria (UNAP) de la salud constituyen el nivel básico e inicial del sistema sanitario de la República Dominicana, y contribuyen con la mejora de la calidad de vida de la población. Entre sus funciones se destacan las actividades de promoción de la salud, la educación sanitaria, la prevención de la enfermedad, la asistencia sanitaria, el mantenimiento y la recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social; a través de estas unidades se pretende influir de manera rápida a la demanda de atención que tiene la población y el desarrollo de un mecanismo de prevención de la enfermedad y los efectos de las lesiones, sobre todo, a la población más vulnerable como son los niños, las mujeres sexualmente productivas y los envejecientes. La cartera de servicios de las UNAP incluye la promoción de la salud, prevención de daños, recuperación de la salud, rehabilitación y reinserción social, haciendo énfasis en la salud familiar, la cual debe responder al conjunto de servicios de salud que demanda la población, sustentados en criterios científico-técnicos y en prioridades de política sanitaria, que favorecen el desarrollo del Nuevo Modelo de Atención. Es sabido que, cuando los servicios básicos previstos en las UNAP no son ofrecidos ni garantizados, la población es afectada y disminuye considerablemente la posibilidad de fortalecer el mecanismo de prevención de las enfermedades. Esta investigación pretende analizar las UNAP en el municipio de Mao, República Dominicana.

Palabras clave: atención primaria, servicios, prevención, calidad de vida, Mao, República Dominicana.

⁸ Profesor de la Universidad Tecnológica de Santiago, Recinto Mao. Autor para correspondencia: vimaram1@yahoo.com

ABSTRACT: The Units of Primary Health Care (UNAP) is the basic and initial level of the health system of the Dominican Republic, and contributes to the improvement of the quality of life of the population. Its functions include health promotion activities, health education, disease prevention, health care, maintenance and recovery of health, as well as physical rehabilitation and social work; This is intended to quickly influence the population's demand for care and the development of a mechanism to prevent the disease and the effects of injuries, especially to the most vulnerable population such as children, women sexually productive and the elderly. The portfolio of UNAP services includes health promotion, harm prevention, health recovery, rehabilitation and social reinsertion, with emphasis on family health, which must respond to the set of health services demanded by the population, supported by scientific-technical criteria and health policy priorities, which favor the development of the New Care Model. However, when the basic services foreseen in the UNAP are not offered or guaranteed, the population is affected and the possibility of strengthening the disease prevention mechanism is considerably reduced. This research aims to analyze the UNAP in the municipality of Mao, Dominican Republic.

Key words: primary care, services, prevention, quality of life, Mao, Dominican Republic.

INTRODUCCIÓN

La Conferencia de Alma Ata definió la Atención Primaria en la Salud (APS) como la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación (Martín Zurro y Cano Pérez, 2010).

La efectividad de las Unidades de Atención Primaria (UNAP) y la garantía del servicio a la población dependen de la voluntad política, que aspira a elevar el nivel de salud de la población a un plano comparable con los países desarrollados. La atención integral e integrada significa que el rango de los servicios disponibles deben ser suficientes para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la provisión de servicios de promoción, prevención, diagnóstico precoz, curación, rehabilitación, atención paliativa y apoyo para el auto-cuidado. La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa. Para que sea integrada, la APS requiere de la coordinación de todos los niveles de atención del sistema de salud (Starfield, 1992).

Las acciones de inversión pública desarrollada por el Gobierno de la República Dominicana están encaminados a mejorar constantemente la

calidad de vida, la salud y el bienestar de la población. Entre ellas, merecen destacarse la accesibilidad y gratuidad total de los servicios, de manera que cualquier ciudadano, dondequiera que se encuentre, es susceptible de recibir atención médica calificada o especializada, independientemente de su lugar de residencia o nivel de ingreso. El médico y la enfermera de la familia en la comunidad atienden a una población de aproximadamente 600 a 700 personas. Su consultorio y vivienda están ubicados en la propia área donde viven las familias atendidas y abordan integralmente la atención del individuo, la familia y la comunidad.

El objetivo de esta investigación es determinar la incidencia de las Unidades de Atención Primaria del municipio de Mao. La investigación tiene un corte transversal, realizándose en el período septiembre – diciembre del 2017 en las Unidades de Atención Primaria (UNAP) del municipio de Mao, provincia Valverde (República Dominicana). Se aplicó la técnica cuantitativa del cuestionario, aplicado a una muestra de 240 personas. El requisito de la muestra era que debían haber asistido a las UNAP en búsqueda de los servicios de salud.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

La promoción de salud como tal es una estrategia establecida en Ottawa, en 1986, donde se la define como “el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla” (Méndez *et al.*, 2008: 27).

El primer nivel de atención de la salud es el más cercano a la población, es decir, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación (Mágnifico *et al.*, 2002). El primer nivel se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente el 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz (Etchebarne, 2001).

De acuerdo con Batista Moliner *et al.* (2001), el sistema de vigilancia en estas unidades se adapta a la estructura general del sistema de salud, respondiendo a las necesidades de la comunidad en la que se desarrolla y de acuerdo a su magnitud y trascendencia. Por ejemplo, en Argentina, que es un país federal, la salud es competencia provincial. Incluso los municipios tienen decisiones autónomas en APS. Sin embargo, la combinación entre el federalismo y la descentralización de los años 90 en la República Dominicana, obstaculizó la implementación uniforme de políticas de Estado que

garantizaran derechos similares al conjunto de la población (Stolkiner et al., 2006). De esta manera, la articulación adecuada de la puerta de entrada a la salud es una situación que debe ser garantizada en el país, tal como lo prevé la Constitución de la República Dominicana y la Ley General de Salud.

En el caso de Cuba, Batista Moliner *et al.* (2001) destacan que la Atención Primaria en Cuba constituye la base principal del sistema de salud y se articula asistencialmente al nivel secundario y terciario a través de las Policlínicas, que representan la unidad que concentra la información y mantiene una estrecha vinculación con los consultorios médicos directamente en las comunidades. Administrativamente, estas unidades de salud se subordinan a la instancia municipal, donde se transmite la información recolectada de dichas unidades.

De acuerdo a lo planteado por Batista Moliner *et al.* (2001), una sólida red sanitaria facilita la ejecución de actividades asistenciales, de control, promoción y prevención de salud en todo el país. La vigilancia en este nivel de atención es decisiva para el éxito de las acciones e intervenciones sobre los problemas identificados; por tanto, la evaluación de su funcionamiento y de sus resultados resulta de vital importancia en el proceso de gestión de la Salud Pública, en busca de mayor efectividad y eficiencia.

La APS es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad, a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país (OMS, 2012). Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad. Para la composición de las UNAP, el Ministerio de Salud Pública (MSP) realiza un balance entre las necesidades prioritarias de salud, la cartera básica de servicios, la disponibilidad de recursos humanos y las posibilidades económicas del sector salud. En ese sentido, el personal que conforma estos centros está integrado por un médico general, un personal de enfermería, un técnico de salud familiar o supervisor de APS y varios promotores de salud (PAHO, 2010).

Para el funcionamiento de las UNAP en la República Dominicana se requiere un personal básico y, de acuerdo a las necesidades de la población y las posibilidades del sistema, podría existir un equipo de apoyo de tipo multidisciplinario que complementará la cartera de servicios. Dicho personal de apoyo estaría conformado por pediatras, ginecólogos obstetras, enfermeras especializadas, odontólogos, psicólogos o psiquiatras, bioanalistas, trabajadores sociales, farmacéuticos, especialistas en formación, nutricionistas y trabajadores ambientales.

El Manual de Funcionamiento de las Unidades de Atención Primaria (UNAP), suscrito por el Ministerio de Salud Pública (MSP), establece que la función principal de estos centros es la entrega de la cartera de servicios en todos los escenarios de trabajo que se han definido. Dicho listado o canasta de servicios

está determinado por el contenido del Plan Básico de Salud (PBS) e incluye, por lo menos, lo indicado en el reglamento de provisión de la redes de los servicios públicos de salud. La cartera básica entregada a través de las UNAP prioriza los siguientes servicios: promoción de la salud, atención a la morbilidad, al niño, al adolescente, a la mujer, al adulto y al adulto mayor, vigilancia de la salud, farmacia, emergencias y desastres. Para cumplir con este propósito, desde el MSP se han elaborado aproximadamente nueve guías y 20 rotafolios que facilitan estos fines.

Cuando el MSP trabajó el proceso de zonificación y sectorización del país, asignó una población de 500 a 700 familias (aproximadamente 2,500 personas) por cada territorio. El objetivo es lograr que en la medida de lo posible, el sistema mejore su capacidad resolutoria, es decir, la capacidad que tienen esos equipos de salud de atender problemas cada vez más complejos, sin tener que acudir a la asistencia hospitalaria. República Dominicana cuenta con nueve Servicios Regionales de Salud (SRS). A la fecha, según los datos proporcionados por el MSP, existen 1,658 UNAP a nivel nacional. De estas, 786 están instaladas en zonas rurales y las restantes 872 en zonas urbanas (OPD, 2012).

METODOLOGÍA

La investigación tiene un diseño teórico y práctico o de campo. En el diseño teórico se utilizaron fuentes secundarias, para sustentar la parte práctica. En cuanto al diseño de campo se utilizó una encuesta. Se aplicó la técnica cuantitativa del cuestionario, aplicado a una muestra de 240 personas. El requisito de la muestra era que debían haber asistido a las UNAP en búsqueda de los servicios de salud.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación se enumeran los resultados más relevantes de la investigación:

- En lo relativo a la nacionalidad de las personas encuestadas, el 85.83% eran dominicanos, el 12.91% haitianos y otra nacionalidad 1.24%.
- En relación a la frecuencia de utilización de los servicios de las Unidades de Atención Primaria (UNAP), el 5.41% lo utiliza todos los días, el 3.33% varias veces al día, el 19.16% una vez a la semana, el 69.58% una vez al mes y el 2.5% de población encuestada no lo utiliza. Esto evidencia que la mayor frecuencia de utilización es una vez al mes.
- Sobre la valoración del servicio que facilita el médico en la UNAP, el 22.5% lo valoró como excelente, el 22.91% muy bueno, el 35.83% bueno, el 16.25% regular y el 2.5% malo. De acuerdo con los datos anteriores, se puede apreciar que la mayor parte de la población que valoró este servicio lo consideró bueno.

- Sobre si siempre se encuentra el servicio que busca, el 27.50% dice que siempre, el 45.80% a veces, el 18.75% casi siempre y el 7.91% nunca.
- En relación al servicio más utilizado por la población, el 42.92% es la consulta médica, el 28.75% medicamentos, el 9.17% atención a embarazada, el 15.83% vacunación y el 3.33% otros
- El 84.17% de los encuestados afirman que es muy importante tener una UNAP en el barrio.
- Con relación a si trabaja el personal de la UNAP la educación ambiental en el barrio o sector, el 37.50% dice que mucho, el 20.42% casi nada, el 14.17% poco y el 17.92% nada.
- Sobre cuál de esos servicios de promoción de salud trabaja el personal de UNAP, el 27.50% dice que trabaja la educación sobre estilos de vida saludable, el 7.92% la prevención de la violencia doméstica, 2.08% la prevención de accidentes de tránsito, el 8.75% la información, educación y comunicación sobre la salud oral, el 7.08% ninguno y el 46.67% no sabe.
- En lo relativo a cómo valora los servicios de atención a niños, el 30.83% lo valora de excelente, el 25.83% muy bueno, el 30% bueno, el 11.66% regular y el 1.66% malo.
- Sobre cuál limitación percibe que tiene la UNAP para garantizar el servicio a la población, el 22.08% dice que ausencia de médicos, el 39.58% falta de medicina, el 10.42% mejora del servicio, el 7.08% infraestructura adecuada, el 16.67% apoyo económico y el 4.17% dice que otros.

CONCLUSIONES

El uso de los servicios que ofertan las Unidades de Atención Primaria (UNAP) representa una opción cercana a la población, puesto que la mayoría de las personas asisten por lo menos una vez al mes y otros, en una proporción más reducida, asisten varias veces en búsqueda de los servicios de salud. La valoración de los servicios que facilita el médico es buena, lo que refleja el nivel de importancia que le dan los usuarios de los servicios de la UNAP. Esto puede deberse a que la mayoría de la población siempre se encuentra el servicio que busca.

Los servicios más utilizados por la población son las consultas médicas y los medicamentos. La importancia de la UNAP para el barrio donde vive la persona es altamente valorado por los usuarios. Con relación a si trabaja el personal de la UNAP la educación ambiental en el barrio o sector, la mayoría revela que no perciben ese trabajo.

Sobre los servicios de promoción de salud que trabaja el personal de UNAP, destaca la educación sobre estilos de vida saludables, la prevención de la violencia doméstica, la prevención de accidentes de tránsito, la información, educación y comunicación sobre la salud oral; sin embargo, más de la mitad

de los encuestados indican que no realizan ninguna de las acciones anteriormente mencionadas.

La población valora en el rango de bueno a excelente los servicios de atención a niños. Con relación al conocimiento de la cartera básica de servicios de las UNAP para facilitar el servicio de salud, la mayoría de la población desconoce la cartera de servicios de las UNAPs. Las principales limitaciones percibidas por la población son la ausencia de médicos y la falta de medicinas.

BIBLIOGRAFÍA

Batista Moliner, R., González Ochoa, E., & Feal Cañizares, P. (2001). Evaluación de la vigilancia en salud en algunas unidades de atención primaria en Cuba. *Revista Española de Salud Pública*, 75, 443-458.

Etchebarne, L. (2001). "Atención Primaria de la Salud y Primer Nivel de Atención". En: Etchebarne L. *Temas de Medicina Preventiva y Social*, Montevideo, Uruguay: Fefmur.

Magnifico, G., Noceti, C., & Rodríguez, C. (2002). *Planificación de la Red Asistencial de ASSE*. Uruguay: Ministerio de Salud Pública.

Martín Zurro, A., & Cano Pérez, J. F. (2010). *Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica*. Madrid: Elsevier.

Méndez, A., Ponzo, J., & Rodríguez, M. (2008). "Promoción de Salud". En: Benia W., *Temas de Salud Pública*, 1, 27-37.

OMS (2012). *Concepto de atención primaria en la salud*. Disponible en: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es

OPD (2012). *La atención primaria en salud en República Dominicana*. Disponible en: <http://www.opd.org.do/index.php/analisis-politicas-publicas/salud-y-seguridad-social-analisis-politicas-publicas/965-la-atencion-primaria-en-salud-en-republica-dominicana>

PAHO (2018). *Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31323>

Starfield, B. (1992). *Atención Primaria: Concepto, Evaluación y Política*. New York: Oxford University Press.

Stolkiner, A., Comes, Y., & Solitario, R. (2006). Equipo UBACyT. *Reforma, Crisis y Recomposición del Sector Salud en la Argentina en la última década: La*

perspectiva de los usuarios y la accesibilidad a los servicios. En: *Annals 11o Congreso Mundial de Salud Pública/8º Congreso Brasileño de Salud Colectiva*, Brasil.

Recibido: 05/01/2018

Reenviado: 20/02/2018

Aceptado: 27/02/2018

Sometido a evaluación de pares anónimos

