

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA A LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN UN ÁREA DE SALUD

Quality of the medical attention to the ischemic heart disease in a health area.

Dr. Ángel E. Miranda Fragoso^I; Dr. Ismael M. Ferrer Herrera^{II}; Dr. Edy Pedroso Filiberto^{III}; Dra. Isabel Miranda Funcia^{IV}; Dr. Ismael J. Ferrer Tan^V

- I. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico Comunitario Docente "Julio A. Mella". Camagüey*
- II. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Titular.*
- III. Especialista de II Grado en Cardiología. Profesor Auxiliar.*
- IV. Especialista de I Grado en Pediatría. Profesora Instructor.*
- V. Especialista de I. Grado en Medicina General Integral.*

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo transversal sobre la evaluación de la calidad de la atención médica a una muestra de 159 pacientes con cardiopatía isquémica, atendidos por médicos de familia del Policlínico "Julio A. Mella" del municipio Camagüey en el año 2004. Se estudiaron variables como el número y calidad de consultas al año, número y calidad de visitas al hogar al año, adherencia al tratamiento y control del paciente. Se le realizó el número de

consultas establecidas al 69.81% de los pacientes y al 81.51% el número adecuado de visitas al hogar. Sólo el 6.92 % de los pacientes estaba adherido al tratamiento no farmacológico. Teniendo en cuenta el número de controles en consulta realizado a estos pacientes y la altísima cifra de pacientes no adheridos al tratamiento no farmacológico, se concluyó que aún no se ha alcanzado la óptima calidad de la atención médica de esta enfermedad por el equipo básico de salud.

DeCS: calidad de la atención de salud; isquemia miocárdica

ABSTRACT

A cross-sectional descriptive study about the evaluation of the medical attention quality to a sample of 159 patients with ischemic heart disease was carried out, attended by family doctors at "Julio A. Mella" Hospital of Camagüey municipality in 2004 year. Variables as: number and consultations quality in a year, number and quality at home visits in a year, treatment adhesion and control of the patient, were studied. The number of established consultations to 69.81% of the patients and the 81.51% of them the adequate number of home visits, was performed. Only the 6.92% of the patients was adhered to the non-pharmacological treatment. Regarding to the controls number at consultation carried out to these patients and the highest figure of patients not adhere to the non-pharmacological treatment, was concluded that the optimum quality of medical attention of this illness by the basic team of health has not been reached yet.

DeCS: quality of health care; myocardial ischemia

INTRODUCCIÓN

La tendencia ascendente de las tasas de mortalidad por cardiopatía isquémica (CI) ha ido en incremento durante la década de 1960. Llegados los años 70, las tasas de mortalidad disminuyeron en los Estados Unidos y Europa Occidental;

pero la salud del Viejo Continente es diferente cuando se mira a las regiones del Este. En dichos países y en los que todavía no han alcanzado un nivel elevado de desarrollo e industrialización, la mortalidad por CI es un indicador que va en un creciente y alarmante aumento con el paso de los años. En Norteamérica la evolución ha sido diferente. La reducción de los factores de riesgo mediante estrategias de atención primaria en la población norteamericana, se ha relacionado con un 25 % de descenso en la mortalidad por CI en el período comprendido entre 1980 y 1990.¹

Desde hace más de 40 años las enfermedades del corazón encabezan nuestras estadísticas de salud como principales causas de muerte para todas las edades, con ligera disminución hacia finales de la década de los 90; entre ellas la CI es la primera causa de muerte en Cuba, responsable de una de cada cuatro muertes que ocurren en el país y representa casi el 80 % de todas las muertes por enfermedades cardíacas en ambos sexos. La mortalidad extrahospitalaria constituye el 62.1% y la mayor cantidad se produce entre los mayores de 65 años, que aportan alrededor del 85% de los fallecidos por estas enfermedades.² La CI es la primera causa de mortalidad y la tercera de años potenciales de vida perdidos en nuestro país y aunque su tendencia secular (según tasas ajustadas) es ligeramente descendente, la mortalidad por estas enfermedades se incrementó entre 1980 y 1999 pasando de 1365 a 150.2 x 100 000 habitantes en el período.³

En la provincia de Camagüey la CI alcanzó una incidencia de 1681 casos en el año 2000 y se comportó como valor máximo en los años 1999 y 2004. A partir de ese valor la incidencia ha disminuido de manera gradual hasta alcanzar la cifra mínima de 619 casos en el año 2004. El sexo femenino predominó en la incidencia del pasado lustro con 864 casos más que el sexo masculino. La prevalencia en el 2004 fue de 21812 casos.⁴ Teniendo en cuenta que la CI constituye sin duda alguna un problema de salud que requiere de toda nuestra atención, decidimos realizar este estudio con el objetivo de evaluar la calidad de la atención dispensarial a los pacientes con CI atendidos por médicos de familia en el área de salud “Julio A. Mella”, del municipio Camagüey durante el año 2004.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal sobre la calidad de la atención dispensarial a los pacientes con CI, atendidos por médicos de familia pertenecientes al Policlínico Comunitario Docente “Julio A. Mella” del municipio Camagüey, durante el año 2004. El universo de estudio estuvo representado por el total de pacientes cardiopatas isquémicos (1005) registrados dispensarialmente en las Historias Clínicas Familiares, la muestra quedó constituida por 159 casos. La selección de los sujetos se realizó aleatoriamente a través de la confección de un listado con el nombre y dos apellidos de los 1005 pacientes. Se utilizó el sistema estadístico EPIDAT para el diseño muestral con un error absoluto de un 5 % y una confiabilidad del 95 %.

La Historia Clínica Familiar, la Historia Clínica Individual y la entrevista personal al paciente y familiares, constituyeron la fuente primaria de datos.

A cada paciente seleccionado se le aplicó una encuesta confeccionada al efecto según el Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación de la Cardiopatía Isquémica ², la que fue aplicada por el autor principal en visitas al hogar y contenía las siguientes variables, cuya selección se correspondió con los criterios que determinaron la confección de la encuesta:

- Registro dispensarial: grupos de edades, sexo, presencia de factores de riesgo coronario y formas clínicas.
- Control dispensarial: cumplimiento cuantitativo de las consultas y visitas programadas al hogar.
- Evaluación dispensarial: adherencia al tratamiento no farmacológico y farmacológico y control del paciente.

A partir de la realización de la encuesta, esta se convirtió en el registro primario de datos, los que fueron procesados en una computadora Pentium IV compatible y se utilizó el paquete de programas Office y Microstat. Se

obtuvieron estadísticas descriptivas de frecuencia en números y por cientos y tablas de contingencia y se trabajó con una confiabilidad del 95 %.

RESULTADOS

La muestra quedó integrada por 159 cardiópatas isquémicos, la frecuencia aumentó con la edad hasta el grupo de 60-74 años (73 para el 45.90 %), le siguió el grupo de 45-59 (41 para el 25.78 %) y el de 75-89 años (33 para el 20.75%). En general casi el 95 % (151) de los pacientes tenían más de 45 años. La diferencia en relación al sexo (84 femenino para el 52.83 %) ocurrió a expensas de las mujeres de 45-59 años (25 para el 15.72 % contra 16 para el 10.06 % de hombres).

Entre los factores de riesgo coronario la hipertensión arterial (HTA) ocupó el primer lugar, presente en 128 pacientes para el 80.50 %, seguida de los antecedentes patológicos familiares de CI en 91 para el 57.23 %. El resto estuvieron presentes en alrededor de la tercera parte de los casos (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución según factores de riesgo coronario

Factores de riesgo coronario	No.	%
- Hipertensión Arterial	128	80.50
- A.P.F de cardiopatía isquémica.	91	57.23
- Hiperlipoproteinemia	60	37.73
- Diabetes mellitus	56	35.22
- Hábito de fumar	55	34.59
- Personalidad tipo A	53	33.33
- Sedentarismo	51	32.07
- Obesidad	45	28.30

Fuente: Registro primario

Esta tabla no presenta total porque cada uno de los pacientes podía presentar más de un factor de riesgo.

Con respecto a la distribución de las formas clínicas de la CI, la angina de pecho ocupó el primer lugar con un 57.86 %. La forma estable fue más frecuente (32.07 %) que la inestable (25.78 %); le siguió el infarto del miocardio con casi un 40 %, la insuficiencia cardiaca con un 37.73 % y los trastornos de conducción con un 13.20 %.(Tabla 2).

Tabla 2. Distribución según formas clínicas.

Formas clínicas	No.	%
Angina estable	51	32.07
Angina inestable	41	25.78
Subtotal de anginas	92	57.86
Infarto del miocardio	62	38.99
Insuficiencia cardiaca	60	37.73
Trastornos de conducción	21	13.20

Fuente: Registro primario

Esta tabla no presenta total porque cada uno de los pacientes podía presentar más de una forma clínica.

En cuanto a la evaluación cuantitativa del control dispensarial, a 111 pacientes (69.81%) se les realizaron dos o más consultas anuales, para una evaluación cualitativa de bien y a 28 (17.61%) una consulta anual, para una evaluación de regular. A 20 pacientes (12.57 %) nos se les realizó control en consulta en todo el año, lo que mereció una evaluación de mal.

Al observar el control dispensarial cuantitativo según número de visitas al hogar, 128 enfermos recibieron una o más visitas al año (80.51%), para una evaluación cualitativa de bien, mientras que a 31 (19.49 %) no se les visitó, lo que se correspondió con una evaluación de mal.

Cualitativamente se evaluaron de adecuados los interrogatorios, exámenes físicos, uso de los complementarios, educación para la salud impartida y tratamiento en el 80 % o más de los casos.

Por último, sólo 11 pacientes se adhirieron al tratamiento no farmacológico para un 6.92 %, mientras que 135 para el 84.90 % lo estaba al tratamiento farmacológico. No obstante, 107 pacientes para el 67.29 % se consideraron controlados según los criterios aplicados, que sólo consideraron el control de los síntomas y signos de la forma clínica correspondiente y no el de los factores de riesgo (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución según evaluación dispensarial

Evaluación dispensarial	Si		No	
- Adherencia al tratamiento	No.	%	No.	%
No farmacológico	11	6.92	148	93.08
Farmacológico	135	84.90	24	15.10
Pacientes controlados	107	67.29	52	32.71

Fuente: Registro primario.

Esta tabla no presenta total porque cada uno de los pacientes podía cumplir con los dos o con solo uno de los tipos de tratamiento.

DISCUSIÓN

La muestra de cardiópatas isquémicos estudiada se caracterizó por el predominio de los pacientes a partir de los 45 años, sin apenas existir diferencias en cuanto al sexo. Estudios nacionales realizados por *Ferrer Herrera* ³, *Ramírez Rodríguez* ⁵ y *Dueñas Herrera* ⁶ coinciden con los resultados en cuanto a los grupos de edades más afectados, al igual que *Marrugat* ⁷ en España quien señala la quinta década de la vida como el punto de partida para desarrollar CI y *Yasue* ⁸, *Ishikawa* ⁹ y *Sakay* ¹⁰ en Japón.

Autores nacionales como *Ferrer Herrera et al*³ coinciden en señalar muy poca diferencia en el comportamiento de la CI en relación al sexo. *Pinomarsaka W.*¹¹ señala al sexo masculino como el más afectado.

La inmensa mayoría de las publicaciones nacionales^{3,12,13} e internacionales^{14, 15-18} concuerdan con los resultados obtenidos en cuanto a los factores de riesgo coronario más frecuentes, donde la HTA y los antecedentes patológicos familiares de CI prevalecieron. Igualmente en general los autores coinciden en señalar entre otros factores de riesgo frecuentes en las series estudiadas a la hiperlipoproteinemia, diabetes mellitus, el tabaquismo, el sedentarismo y la obesidad.

La angina de pecho resultó ser la forma clínica más frecuente, lo que también coincide con lo reportado por estudios nacionales^{3,12,13} y foráneos como el de *Loma Osorio*¹⁹ en España, quien encontró la angina de pecho en el 48.1% y el infarto del miocardio en el 27.1% de sus pacientes.

Se detectaron deficiencias en el número de consultas anuales brindadas a estos pacientes donde en alrededor de la tercera parte de los mismos, esta actividad fue evaluada de regular a mal. Las visitas al hogar exhibieron mejor cumplimiento, se redujeron a la quinta parte de los casos, los que fueron evaluados de mal, al no realizárseles ninguna visita al hogar en el año de estudio.

La anotación y comentario sobre los complementarios indicados de acuerdo a la evolución clínica e impresión diagnóstica, fue el aspecto más mal evaluado cualitativamente en el control dispensarial.

La calidad de la evaluación dispensarial resultó no satisfactoria al no obtenerse la adherencia al tratamiento no farmacológico en la mayoría de los pacientes, lo que contrastó con la alta observancia del tratamiento farmacológico. Los criterios utilizados para considerar a los pacientes controlados, sin evaluar el control de los factores de riesgo, aumentaron el por ciento de pacientes controlados. La escasa bibliografía sobre este tipo de estudio no permitió mayores comparaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Verdades y mentiras de la información epidemiológica. [En línea] 2004 [12 de enero de 2005] Disponible en: <http://www.diariomedico.com/grandeshist/cardiologia/imim.html>.
2. Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación de la Cardiopatía Isquémica. RESUMED 2001; 14(4): 157-9.
3. Ferrer HI, Rivero VJ, Sardiñas MO, Hernández CF, Ferrer TI, Oliva GN, et al. Calidad de la atención dispensarial a la Cardiopatía Isquémica. Rev cubana Med Gen Integr 2001; 17(5): 461-7.
4. Departamento Provincial de Estadísticas de la Dirección Provincial de Salud. Anuario Estadístico Provincial Sectorial Provincial de Salud Pública. Cuadro Salud Provincial. Año 2004. Datos de morbilidad. Enfermedades cardiovasculares. 2004.
5. Ramírez RM, Debs PG. El problema de la Cardiopatía Isquémica en Cuba. RESUMED 2001; 14(4): 160-1.
6. Dueñas HA. Enfermedades cardiovasculares, Cardiopatía Isquémica. Su control en el Nivel Primario de Salud. Rev Cubana Med Gen Integr 1998; 28(3):195-213.
7. Marrugat J. Magnitud de la Cardiopatía Isquémica en España 2002. Rev Esp Cardiol 2002; 55(4):337-46.
8. Yasue H. Acute Coronary Syndrome. JAMA 2002; 45(4):155-60.
9. Ishikawa K. Prehospital management of acute myocardial infarction. JMAJ 2002; 45(7): 283-87.
10. Sakay M. Diagnostic approach in the elderly. JAMA 2002; 45(7):228-90.
11. Pinomarsaka W, Zylinok M. Differences and similarities in ischemic heart diseases in men and women. Folig Med Cracow 1991;32(1-2):43-56.
12. Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G, Salas Mainegra I, Lemus Lago ER, Batista Moliner R. Temas de Medicina General Integral. Vol II. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2001. p. 536-56.
13. Roca Goderich R, Smith Smith V, Paz Presilla E, Losada Gómez J, Serret Rodríguez B, Llamas Sierra N, et al. Temas de Medicina Interna. T.1. 4ta ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002. p. 392-18.

14. Farreras RC. Tratado de Medicina Interna. 14^{ta}ed. Madrid: Editorial Harcourt; 2000: Sec. 3. Cap.67.
15. El Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica. 14ed. España: Editorial Iberoamericana; 1999.
16. Cecil. Tratado de Medicina Interna. T.1. 20ed. México: Editorial MC Graw-Hill-interamericana; 1998. p.363-73.
17. Harrison. Principios de Medicina Interna. Vol. I. 14 ed. México: MC Graw-Hill interamericana; 1998. p.1543-68.
18. Stein JH. Internal Medicine. 5th ed. USA: Editorial Mosby; 1998. p. 192-225.
19. Loma-Orsio. Infarto del miocardio en los servicios de urgencias españoles. Rev Esp Cardiol 2002; 55(10): 1098-100.

Recibido: 28 de febrero de 2007

Aceptado: 5 de junio de 2007.

Dr. Ángel E. Miranda Fragoso. *Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico Comunitario Docente "Julio A. Mella". Camagüey*