

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UN NUEVO SISTEMA DE PLANIFICACIÓN DE ACCIONES DE SALUD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Félix J. Sansó Soberats,¹ Mayra Larrynaga Hierrezuelo,² Aidelís Hernández Pérez³ y Alejandro Barreda Vidal⁴

RESUMEN: Con vistas a evaluar la eficacia de un nuevo sistema que planifica acciones de salud en la Atención Primaria, realizamos un estudio descriptivo de índole retrospectiva en un consultorio médico donde se viene realizando un pilotaje. Con el nuevo sistema, la planificación la realiza el equipo de salud, apoyándose en una tarjeta diseñada al efecto. Se prefirió evaluar su eficacia, partiendo de la evaluación del seguimiento realizado al paciente hipertenso antes y después de implementando este método; se estudiaron todas las historias clínicas de estos pacientes en el consultorio. Se analizaron las consultas y terrenos realizados y se contabilizaron aquéllos que constituyeron controles al hipertenso. En cada caso se tuvo en cuenta el tipo de control (consulta o terreno), la compensación o no de la TA, si cada descompensación tuvo seguimiento y si al final de cada control se reflejó o no cuándo sería el próximo. Finalmente se realizó una comparación entre la etapa previa (21/2 años) y la posterior al establecimiento del nuevo sistema (7 meses). Con el nuevo método de planificación se pudo conocer el incremento notable del número de hipertensos diagnosticados en el consultorio; al 100% se le realizó al menos un control en el período y se mejoró el seguimiento al paciente descompensado. Se concluye que la nueva tarjeta de planificación de acciones de salud en el seguimiento y control del paciente hipertenso, resulta una alternativa más eficaz que el método tradicional vigente.

Descriptores DeCS: HIPERTENSION; EFICACIA; EVALUACION DE ACCIONES DE SALUD PUBLICA (PROCESO Y RESULTADO).

Es objetivo del trabajo en la Atención Primaria de Salud (APS) lograr la dispensarización del 100 % de la población atendida en cada área. El Ministerio de Salud Pública (MINSAP) ha establecido

normativamente, el mínimo de controles que se deben efectuar a los pacientes según el grupo dispensarial en que se encuentren (Metodología para el trabajo. Atención Primaria de Salud. Indicaciones generales del

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Médico de Familia Policlínico Plaza de la Revolución. Instructor de la Facultad "Manuel Fajardo".

² Licenciada en Enfermería. Policlínico Plaza de la Revolución.

³ Licenciada en Enfermería. Facultad "Manuel Fajardo".

⁴ Residente de primer año en Medicina General Integral. Policlínico Plaza de la Revolución.

MINSAP para 1996. MINSAP, 1996:12). En este empeño, el médico y la enfermera deben dar cumplimiento a los programas establecidos y planificar las acciones de salud de forma tal, que al finalizar cada año, cada persona del área haya recibido la atención médica en correspondencia con sus necesidades y de acuerdo con el grupo de dispensarización en el cual esté ubicada.

En nuestra experiencia es infrecuente que pacientes sanos, en riesgo de enfermar, o incluso enfermos asintomáticos, acudan espontáneamente al consultorio para un chequeo periódico predeterminado por el equipo de salud; aunque esto pueda ocurrir puntualmente con algunos casos. Tenemos además la impresión, de que un porcentaje importante de pacientes se nos quedaba sin examinar al final del año, y a nuestro juicio uno de los aspectos que podía estar conspirando contra el cumplimiento de estos propósitos, es la forma en que se planifican las consultas y terrenos en la actualidad.

Comúnmente, al comenzar el año, el médico planifica y predetermina con meses de antelación cuándo va a efectuar las consultas y terrenos a cada paciente sin su participación. Este trabajo se refleja en un modelo establecido, donde se planifican las acciones de salud a toda la familia; el modelo de cada familia se adjunta a la historia de salud familiar correspondiente. En la práctica, este modelo debe ser renovado cada año y en teoría, debe ser revisado por el médico ante cada paciente al que le brinde atención médica. Tenemos la impresión de que este proceso obstaculiza y burocratiza la planificación del trabajo en la APS.

Con estos antecedentes, confeccionamos una tarjeta para planificar las acciones de salud (TPAS) (Valdivia C, Muñiz A, Álvarez M, Sansó F, Ramil J, Moreira V. Registros y modelos de Medicina Familiar. Trabajo presentado en el VI Seminario In-

ternacional de Atención Primaria de Salud. Ciudad de La Habana, Cuba, 1997), teniendo en cuenta los principios siguientes:

- Que favoreciera la planificación activa y permitiera convenir con el paciente en qué momento se efectuaría la próxima acción de salud.
- Que posibilitara integrar en un solo modelo las acciones de salud que comúnmente se realizan en la APS (citología, vacunación, terrenos y consultas).
- Que no hubiera que borrar información y que ésta se acumulara por un período de al menos 10 años.
- Que fuera manuable y más duradera.

En septiembre de 1997, de forma experimental, se implementó en nuestro consultorio esta nueva forma de planificar las acciones de salud a través de la nueva tarjeta y el presente trabajo se realiza con el objetivo de dar a conocer su eficacia.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo de índole retrospectiva, donde se pretendió evaluar la eficacia de la introducción de esta nueva TPAS en el Consultorio Médico No. 27 del área de salud Plaza de la Revolución. Se tomó como objeto del estudio al grupo de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial por ser ésta una enfermedad prevalente en nuestra área (Sansó F, Larrinaga M, Hernández A, Barreda A. Análisis de la Situación de Salud. Consultorio No. 27. Policlínico "Plaza de la Revolución", 1997. Inédito); lo que suponía contar con una muestra aceptable en función del tiempo disponible y los objetivos del trabajo. La hipertensión, por demás, tiene una elevada morbilidad oculta en nuestra área; y si, efectivamente, se lograba una mejor pla-

nificación con el nuevo sistema, debíamos tener entonces, un mayor alcance con las acciones de salud y por ende debíamos incrementar el número de pacientes hipertensos diagnosticados.

En consecuencia, se estudiaron las historias clínicas (HC) de todos los pacientes hipertensos del consultorio. Se analizaron las consultas y terrenos realizados y se contabilizaron aquellas que constituyeron controles al paciente hipertenso. Consideramos como tal a aquellas consultas o terrenos en los que, independientemente del motivo que los generó, se reflejó en la HC el estado del paciente, cumplimiento del tratamiento antihipertensivo, examen físico donde se reflejó la tensión arterial (TA), impresión diagnóstica donde se incluyó la HTA y el tratamiento relacionado con esta enfermedad. No se tuvieron en cuenta las consultas o terrenos que no cumplieran estos requisitos, así como aquellas en los que se reflejaba solamente la cifra de TA como único dato. No se incluyó en el análisis a los pacientes sin HC; en cada caso se tuvo en cuenta el tipo de control (consulta o terreno), la compensación o no de la TA, si cada descompensación tuvo seguimiento y si al final de cada control se reflejó o no cuándo sería el próximo. Se consideró como consulta de seguimiento a aquel control que se hubiese efectuado dentro de los 15 días posteriores a una descompensación.

Se realizó una comparación entre el número de controles recibidos por cada paciente hipertenso antes y después del establecimiento del sistema de planificación de acciones de salud con la nueva tarjeta. Como período previo se consideró el comprendido entre enero de 1995 hasta agosto de 1997 (2 años y medio). El nuevo sistema de planificación se comenzó a aplicar en este consultorio a partir del mes de septiembre de 1997 y se realizó el corte para la investigación al finalizar el mes de marzo de 1998

(7 meses). Se prefirió no evaluar años anteriores a 1995 ya que en ese tiempo laboraron en este consultorio otros médicos, lo que supone variaciones en la organización del trabajo de uno a otro, y de hecho este elemento podía constituir un sesgo para la investigación. Toda la información recopilada se introdujo en una base de datos en un sistema automatizado para su análisis básicamente por distribuciones de frecuencias.

Resultados

El total de pacientes hipertensos en el consultorio en el momento de realizar el estudio fue de 85. En 1995, 3 pacientes no tenían HC; a 1 de ellos se le confeccionó en 1996 y a los 2 restantes, después de comenzar la planificación con la TPAS. Se incrementó la incidencia de hipertensión arterial en el período analizado; en 1996 hubo 4 casos nuevos, 6 en 1997 (hasta el mes de agosto) y 11 desde el período de planificación de las acciones de salud con la nueva tarjeta.

Desde 1995 en nuestro consultorio se aprecia un incremento en el número de controles al paciente hipertenso, en consulta y terreno (tabla 1). También se elevó, desde 1995, el promedio mensual de controles al paciente hipertenso en nuestro consultorio, pero éste es significativamente mayor en el período de la planificación por la TPAS (fig. 1).

Evidentemente, desde septiembre de 1997, hubo un incremento en el porcentaje de pacientes a los cuales se les realizó 1 ó 2 controles y una disminución en el de aquellos pacientes que necesitaron más de 4. Agréguese a lo anterior el hecho de que, a pesar del incremento en el número de hipertensos del consultorio, el 100 % de éstos fue valorado en consulta o terreno

TABLA 1. Pacientes hipertensos del Consultorio No. 27 y número de controles realizados por períodos seleccionados

Períodos	Enero-diciembre 1995	Enero-diciembre 1996	Enero-agosto 1997	De septiembre de 1997 a marzo de 1998
Pacientes hipertensos	61	65	71	82
Controles en consulta	87	101	84	106
Controles en terreno	28	61	59	82
Total de controles	115	162	143	188

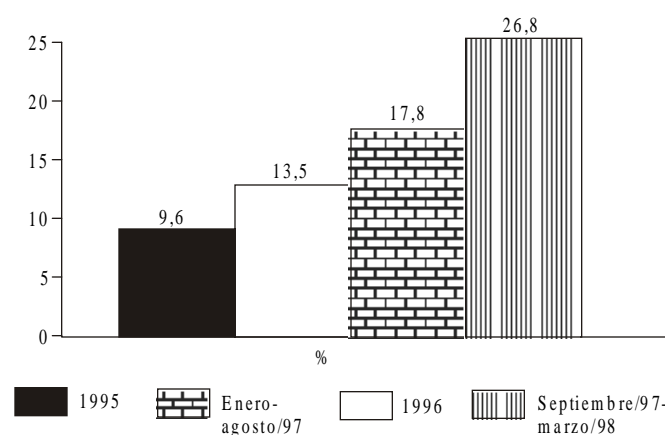


FIG. 1. Promedio mensual de controles realizados a los pacientes hipertensos del Consultorio No.27, por período seleccionado.

TABLA 2. Porcentaje de pacientes hipertensos según número de controles efectuados por períodos seleccionados

Períodos Controles	Enero-diciembre 1995	Enero-diciembre 1996	Enero-agosto 1997	De septiembre de 1997 a marzo de 1998
1 ó 2	42,6	36,9	53,6	61
3 ó 4	22,9	30,7	32,3	35
Más de 4	9,8	13,8	2,8	3,6
Ninguno	24,5	13,8	11,2	0

durante el período experimental con la tarjeta, lo cual no se logró en etapas precedentes con el sistema de planificación anterior (tabla 2). También durante el período experimental con la TPAS, se incrementó el seguimiento a pacientes a los que se les detectó una descompensación de su tensión arterial (tabla 3).

Con respecto a si en la historia clínica se reflejó o no cuándo sería el próximo con-

trol identificamos que esto no ocurrió en ninguna consulta del año 1995; este dato se recogió en 5 consultas del año 1996 (3,2 %) y en 4 controles de enero a agosto de 1997 (2,8 %). En el período de septiembre/97 a marzo/98, de 188 controles, en 132 se registró el momento del siguiente control (fig. 2). También se pudo definir el número de pacientes inasistentes a alguna consulta (21), dato que no se pudo precisar en las etapas anteriores.

TABLA 3. Número de casos con descompensaciones de la hipertensión arterial y consultas de seguimiento efectuadas por períodos seleccionados

Períodos	Enero-diciembre 1995	Enero-diciembre 1996	Enero-agosto 1997	De septiembre de 1997 a marzo de 1998
Descompensaciones	48	36	25	31
Con seguimiento	13	11	6	21
%	27,1	30,5	24	67,7

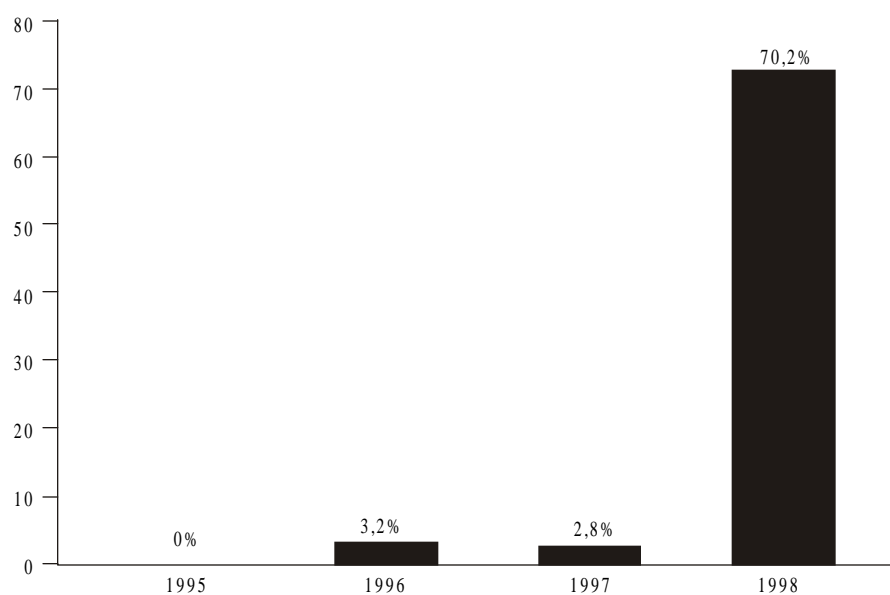


FIG. 2. Porcentaje de controles programados y reflejados en la Historia Clínica por años seleccionados.

Discusión

Según se aprecia en los resultados de este trabajo y en nuestra experiencia con el uso de la nueva TPAS, este sistema coordinado de planificación muestra una evidente superioridad con respecto al anterior.

Tómese en cuenta, cómo a partir de la incorporación del nuevo sistema, se observa un notable incremento en la incidencia

de pacientes con HTA, que fueron pesquisados entre la población en riesgo (no hipertensa) a la cual también se le planificaron acciones de salud, según el grupo de dispensarización donde se encontraban.

Cuando comparamos los 2 años y medio anteriores al período experimental, con los 7 meses de planificación con la tarjeta, se evidencia un incremento en el número de controles efectuados; también aumentó

el promedio de éstos por mes y se destaca el hecho de que por primera vez se logró realizar al menos un control en consulta o terreno, al 100 % del universo de pacientes hipertensos. La mejor situación en las consultas de seguimiento se favoreció porque para poder archivar la TPAS es necesario que esté reflejada en ella el mes de la próxima acción de salud, unido al hecho de que el propio tarjetero le recuerda al equipo de salud los pacientes pendientes de control; sin embargo, durante la etapa experimental, en 3 de cada 10 historias clínicas este seguimiento no se reflejó, y consideramos que esta omisión respondió básicamente, a la falta de hábito de reflejar el seguimiento por escrito, en etapas anteriores.

Conclusiones

La nueva tarjeta de planificación de acciones de salud en seguimiento y control del paciente hipertenso, resulta una alternativa más eficaz que el método tradicional vigente.

Recomendaciones

Continuar desarrollando este modelo de planificación de acciones de salud y promover su implementación experimental a mayor escala.

SUMMARY: In order to evaluate the efficiency of a new system to plan health actions at the primary health care level, a descriptive retrospective study was conducted at a family physician office where a pilot study is being carried out. With the new system, the health team makes planning supported by a card designed to that end. It was preferred to evaluate its efficacy starting from the evaluation of the follow-up of the hypertensive patient before and after the introduction of this method. All the medical histories of these patients were studied at the family physician office. The office and field visits were analyzed and those in which the hypertensives were controlled were counted. The following elements were taken into consideration in each case: the type of control (office visit or field visit), the compensation or not of arterial tension, whether the decompensation was followed up, and whether not at the end of each control the next one was notified. Finally, a comparison was made between the previous stage (2 1/2 years) and that following the establishment of the new system (7 months). With the new planning method it was possible to know the considerable increase of the number of hypertensives diagnosed at the family physician office. 100 % underwent at least one control in the period and the follow-up of the decompensated patient was improved. It was concluded that the new health actions planning card is an alternative more efficient than the present traditional method in the follow-up and control of the hypertensive patient.

Subject headings: HYPERTENSION; EFFICACY; EVALUATION OF PUBLIC HEALTH INTERVENTIONS (PROCESS AND OUTCOME).

Referencias bibliográficas

1. Metodología para el trabajo. Atención Primaria de Salud. Indicaciones generales del MINSAP para 1996. MINSAP. 1996:12.
2. Valdivia C, Muñoz A, Álvarez M, Sansó F, Ramil J, Moreira V. Registros y modelos de Medicina Familiar. Trabajo presentado en el VI Semina-

rio Internacional de Atención Primaria de Salud. Ciudad de La Habana. Cuba.1997.

3. Sansó F, Larrinaga M, Hernández A, Barreda A. Análisis de la Situación de Salud. Consultorio # 27. Policlínico "Plaza de la Revolución". 1997. Inédito.

Recibido: 18 de marzo de 1999. Aprobado: 18 de marzo de 1999.

Dr. Félix J. Sansó Soberats. Mariano # 415, e/ Lombillo y Piñera. Cerro, Ciudad de La Habana, Cuba.