

PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR EN ATENCION PRIMARIA AÑO 2004

I. INTRODUCCION

Las enfermedades cardiovasculares (ECVs) continúan siendo la principal causa de muerte en la población adulta chilena, con un aumento progresivo del peso porcentual dentro de todas las defunciones, llegando al 28% de ellas en el año 2000 (27% año 1999). Son la primera causa de muerte en Chile. La tasa de mortalidad específica para el mismo año fue de 145 defunciones por cada 100.000 habitantes, de las cuales la principal causa es la enfermedad isquémica.

Además, son la tercera causa de pérdida prematura de años de vida, significando las muertes por ECVs una pérdida de 188.979 años de vida en 1996 (Arcil). En ese mismo año, el 15 % de las pensiones de invalidez parcial se otorgaron por afecciones cardiológicas, así como el 12% de las pensiones de invalidez total. Son por tanto una gran carga económica para el individuo, su familia y para la sociedad, por cuanto requieren de atención especializada de gran complejidad tecnológica: de ahí su denominación de enfermedades catastróficas y la necesidad de implementar medidas y estrategias conducentes a la reducción de su mortalidad y morbilidad, las que incluyen coordinadamente acciones de promoción de una vida saludable, prevención, curación y rehabilitación en la Atención Primaria.

El conocimiento científico actual permite reconocer y manejar adecuadamente los factores de riesgo (FR) de estas afecciones, las medidas de diagnóstico precoz, la terapéutica médica y quirúrgica y una rehabilitación cada vez más efectiva.

En nuestra realidad, si bien algunos Servicios de Cardiología han logrado un desarrollo significativo e incluso un nivel de punta similar al de países desarrollados, en otros aún persisten ineficiencias, problemas de desarrollo, carencias tecnológicas y fallas de financiamiento, que se ven acentuadas porque reciben un número importante de pacientes que no reciben un manejo adecuado en la atención primaria de salud.

La reorientación de los antiguos Programas de Crónicos en un Programa de Salud Cardiovascular con enfoque de riesgo, que integra las estrategias preventivas y promocionales, junto al adecuado manejo terapéutico farmacológico, permitirá inclinar en forma más pronunciada la curva descendente de morbilidad y mortalidad de estas afecciones en Chile. En efecto, la reducción de la mortalidad CV observada en los países desarrollados se debe en gran parte a una reducción de la prevalencia de los FR a nivel poblacional.

El Programa de Salud Cardiovascular en Atención Primaria, se entenderá como el conjunto de estrategias y actividades destinadas a mejorar la calidad, cantidad y resolutivez de las acciones sanitarias efectuadas por los equipos de salud, tendientes a disminuir la morbilidad y mortalidad de las enfermedades CV.

II. ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS

Aunque las causas de las enfermedades CV no están precisadas, se sabe que epidemiológicamente están influenciadas por factores genéticos y socio-ambientales; así, se han podido determinar una serie de factores que al asociarse con estas afecciones significativamente con más frecuencia que el azar, se los ha definido como “factores de riesgo”. Los principales son el tabaquismo, la hipertensión arterial, la diabetes, el colesterol elevado, la obesidad, el abuso del alcohol y el sedentarismo. Además, se ha reconocido últimamente la importancia de otros factores, como el estrés y la depresión.

La evidencia científica muestra que un buen manejo de los FR se puede hacer a nivel poblacional, en la atención primaria de salud. A ello es preciso sumar esfuerzos educativos en la sociedad toda y una política de prevención primordial y primaria por parte del Sistema de Salud.

Sabemos que la prevalencia de FRCV es elevada en nuestro país, similar a la de los países desarrollados. Mirado a la inversa, sólo un 20 a 25% de la población adulta chilena está libre de factores de riesgo mayores.

La realidad nacional muestra alta prevalencia de tabaquismo, que en el 2000 llegó al 48.7% en la población mayor de 20 a 64 años (Casen) y que tiene tendencia a aumentar en mujeres y especialmente en el sector socioeconómico más bajo. Se estima que entre un 9 y un 14% de las muertes son atribuibles al tabaco, de las cuales un 36% corresponde a enfermedades CV.

La prevalencia de hipertensión arterial en adultos de 18 y más años se estima en un 18,6% (Fasce). Estudios de metaanálisis han demostrado que una reducción de tan sólo 5 mm Hg de la presión arterial media reduce el riesgo de enfermedad cerebrovascular en un 35% y de la enfermedad coronaria en un 14%.

En relación a la prevalencia de diabetes mellitus, se estima afectaría a aproximadamente un 6,5% de la población adulta (King H). La investigación científica en diabetes tipo 2, ha demostrado que la reducción de los niveles de glicemia y también de la presión arterial en los pacientes diabéticos reduce en forma significativa todas las complicaciones de la enfermedad.

La hipercolesterolemia alcanza cifras superiores al 40% de la población. La reducción de los niveles de colesterol, sea por dieta saludable o por intervención farmacológica, disminuye el riesgo de modo que una disminución de 5 mg de colesterol total en sangre determina una disminución del 10% en el riesgo CV.

El aumento de la prevalencia de obesidad y su alta frecuencia, que supera el 30% en adultos (Berríos y al) es otro factor a considerar. La obesidad se incrementa con la edad y es mayor en los grupos socioeconómicos bajos.

El sedentarismo es otra realidad nacional, que sobrepasa el 90% en los adultos (Encuesta de Calidad de Vida, 2000).

En la distribución de los FRCVs, no sólo hay diferencias de género, sino también sociales. Es así como en nuestro país, al igual que otros países del mundo, la prevalencia de obesidad, tabaquismo, hipercolesterolemia e hipertensión, es más alta en los grupos de nivel socioeconómico más bajo (Programa CARMEN, Valparaíso, 1997).

El número de FR presentes en forma asociada también influencia significativamente la mortalidad. Así, la presencia de más de 3 factores aumenta al triple la mortalidad y en

cerca de 16 veces el riesgo si están presentes los factores más significativos, tabaquismo, hipertensión e hipercolesterolemia.

III. JUSTIFICACION Y PROPOSITO GENERAL DEL PROGRAMA

Las evidencias epidemiológicas nacionales indican que no estamos previniendo ni controlando en forma adecuada los FR, tanto en función de estrategias poblacionales como de caso a caso. Por tanto, de continuar esta situación, en las próximas décadas estaremos enfrentando un aumento significativo de las ECVs, en especial si se agrega el envejecimiento de la población, que reconocidamente es también un factor de riesgo CV.

La OMS destaca que existe una necesidad imperiosa de cambiar desde un modelo de atención agudo, reactivo y episódico, a un modelo que facilite la relación continua entre proveedor y paciente y lo ayude a usar plenamente los recursos propios y comunitarios de salud. El foco necesita estar en la persona en su propio contexto y no sólo en la patología. La asociación colaborativa y la buena relación interpersonal entre proveedor y paciente es la base del modelo ¹.

Es indispensable un enfoque organizacional nuevo para atender a las personas con enfermedades crónicas en atención primaria y lograr mejores resultados que los actuales, que son insatisfactorios. Los componentes del modelo de atención para enfermedades crónicas incluyen: reorganización de la atención de salud, conexión con recursos comunitarios y políticas apropiadas, apoyo al automanejo y autocuidado del paciente, apoyo a la toma de decisiones, rediseño de la práctica de atención y un apropiado sistema de información clínico. Los mejoramientos en las áreas señaladas conducen a que pacientes informados y activados interactúan con equipos de salud preparados y proactivos ^{2 3 4}.

Se requiere fortalecer las capacidades técnicas y de relación interpersonal de la Atención Primaria para integrarla como equipo y facilitar la interacción colaborativa sostenida con los pacientes, acceso a exámenes de laboratorios y medicamentos efectivos, reorganizar el sistema de información y evaluación, etc. Todo esto permitirá mejorar la cobertura de detección de personas en riesgo en la comunidad, diagnosticar y evaluar el riesgo cardiovascular global, educar y definir junto con las personas un plan de tratamiento y seguimiento apropiado a su contexto e insertarlo en redes de apoyo familiares y comunitarias.

Los equipos de salud de Atención Primaria necesitan ser flexibles y creativos en el uso de sus recursos y en el uso de los recursos de pacientes, familias y comunidad, en lugar de rigidizarse en esquemas previos inefectivos.

La evaluación del Programa deja en evidencia la gran heterogeneidad en el tipo y calidad de intervenciones que se realizan en atención primaria, la que, si tuviera como resultado mejoría en los indicadores de salud cardiovascular, la adecuación local del Programa estaría siendo efectiva. En el análisis realizado el 2003 se demuestra que los mejores resultados se han obtenido en aquellos Servicios de Salud que han establecido una coordinación activa de la red de servicios que se afectan con los usuarios

¹ World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action. WHO Global Report. Geneva: WHO, 2002.

² Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA 2002 Oct 9;288(14):1775-9

³ Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. JAMA 2002 Oct 16;288(15):1909-14

⁴ Improving Chronic Illness Care's (ICIC). Overview of the Chronic Care Model <http://www.improvingchroniccare.org/change/model/components.html>

incorporados al Programa, han acordado los procesos de acuerdo a las complejidades y establecido una comunicación permanente entre los diferentes actores (comunidad, establecimientos de APS, especialidades, laboratorios, etc.).

Si bien existe un avance en el desarrollo del PSCV, la deficiencia en el manejo del paciente con riesgo cardiovascular se refleja en la demanda por servicios de salud de mayor complejidad: el 20% de los egresos de los servicios de urgencia hospitalarios en la Región Metropolitana son por pacientes crónicos (hipertensos y diabéticos) descompensados y otras patologías cardiovasculares, el 46.8% de lo que gasta el sistema público de salud en pacientes que deben ser atendidos en instituciones privadas (rebalse sistema público) es por ECVs (Encuesta Servicios de Urgencia Región Metropolitana, diciembre 2002).

Durante el 2003, con los recursos asignados al PSCV se ha ampliado coberturas, mejorado el abastecimiento de fármacos, iniciado el proceso de desplazamiento de pacientes con diabetes tipo 2 insulino-requiere compensados del nivel secundario a la Atención Primaria e incorporado nuevos exámenes de laboratorio y de diagnóstico en APS que permiten diagnosticar precozmente las complicaciones de tal modo de poder modificar las intervenciones terapéuticas y revertir el daño en aquellas situaciones posibles, como lo es la detección del daño renal en su inicio. Aún la cobertura del Programa no es la adecuada para producir modificación en la incidencia de las complicaciones y no todas ellas están siendo abordada.

Entre estas complicaciones, los pacientes diabéticos con úlceras en las extremidades inferiores permanecen durante años en curación tradicional (gasa y tela adhesiva) en los consultorios de atención primaria y consultorios de especialidades del país. Un estudio realizado a nivel nacional sobre prevalencia de heridas en los ámbitos público y privado en el año 2000, demostró que había un alto número de pacientes diabéticos que llevaban más de 10 años, incluso hasta más de 30 años algunos, curándose día por medio en los establecimientos del sistema, mientras que las personas del área privada que se curaban con manejo avanzado de heridas (curación no tradicional) permanecían un máximo de 3 meses en tratamiento hasta la cicatrización. La costo efectividad de la atención podológica y el manejo avanzado de las heridas de los pacientes con Pie Diabético está ampliamente demostrada tanto en estudios internacionales como nacionales (disminución del tiempo de curación, se evitan amputaciones, disminución del número de las hospitalizaciones y de los días de hospitalización; disminución de los días y número de licencias médicas; disminución del costo social por amputación, liberación de horas de enfermería y horas médicas, entre otras), por lo tanto es otra estrategia más que se incorpora en el año 2004.

La capacitación continua y en servicio de los equipos de salud, es un factor importante en el desarrollo del programa y en especial de los médicos, ya que de acuerdo a los informes de los Servicios de Salud, son los profesionales que menos han participado en las capacitaciones de SCV.

IV. OBJETIVO GENERAL

Reducir la morbilidad y la mortalidad por ECVs mediante la prevención y tratamiento oportuno y efectivo de los pacientes con factores de riesgo CV y/o con enfermedades cardiovasculares que se controlan en atención primaria.

V. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Reducir la prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares modificables asociados al estilo de vida en la población bajo control en atención primaria: tabaquismo,

hipertensión arterial, diabetes, alimentación no saludable, sobrepeso, obesidad, dislipidemia, sedentarismo.

- Aumentar la proporción de pacientes en control con riesgo CV, compensados (con niveles aceptables e idealmente óptimos de sus FR), mediante una mejoría del acceso y calidad de la atención primaria.
- Reducir la incidencia de complicaciones de las ECVs y diabetes, en personas que se encuentran bajo control en los programas en atención primaria.
- Reducir las hospitalizaciones causadas por las complicaciones de las enfermedades cardiovasculares y diabetes.
- Disminuir la tasa de amputaciones por úlceras de pie diabético
- Aumentar la satisfacción de los usuarios respecto a la atención de salud en atención primaria.
- Aumentar el nivel de empoderamiento de la población para prevenir y controlar las ECVs.
- Establecer los procesos dentro de la red de salud, que permitan equidad y acceso oportuno a la atención en el Programa a todas las personas que lo requieran.

VI . ESTRATEGIAS

- Fortalecer la articulación de la red de salud con las redes intersectorial, para promover acciones tendientes a desarrollar y potenciar hábitos de vida saludables en la población y procurar condiciones ambientales o del entorno protectoras de la salud.
- Aumentar la coberturas:
 - Examen de Salud Preventivo del Adulto (ESPA) en la población de 20-64 años inscrita o beneficiaria asignada, en los establecimientos de la AP priorizando en el grupo de 35 a 54 años, de modo de permitir una detección y diagnóstico oportuno de aquellos individuos con FR en la etapa asintomática de ENTs.
 - Hipertensión
 - Diabetes
- Capacitar al equipo de salud, de manera continua, tanto en la promoción de salud en la comunidad, como en el manejo de los usuarios con riesgo cardiovascular de acuerdo a orientaciones y normas técnicas del Programa.
- Aumentar la efectividad del manejo de FR en personas expuestas detectadas mejorando la calidad de la consejería, especialmente en los componentes psicosociales, la educación para la salud, la relación proveedor de salud – paciente y la inserción de los expuestos en redes sociales de apoyo (incluye diagnóstico y abordaje de aspectos psicosociales asociados a ENTs).
- Evaluar a las personas con RCV mediante exámenes de laboratorio recomendados por las guías clínicas elaboradas por el Programa de Salud del Adulto.
- Realizar tratamiento farmacológico adecuado a personas con RCV, según guías clínicas, elaboradas por el Programa de Salud del Adulto (insulina para los pacientes diabéticos tipo 2 estables que la requieran y su respectivo autocontrol, metformina, glibencamida, Diuréticos, Beta Bloqueadores, Antagonistas del Calcio, Inhibidores de la ECA).
- Promover la creación de grupos de autoayuda y la participación de las redes familiares de personas con ENTs y asesorarlos técnicamente.
- Consolidar un sistema de vigilancia integral de ENTs que incluya mortalidad, prevalencia, incidencia y nivel de exposición a los principales FR en todo el espectro del ciclo de vida de la población.
- Capacitar y promover el autoaprendizaje de los equipos de salud responsables del control de las ENTs con énfasis en el PSCV para planificar, implementar y evaluar el enfoque integrado.

- Incorporar tecnología apropiada (Manejo Avanzado de Heridas del Pie Diabético– ECG - Fondo de Ojo – Atención Podológica al paciente diabético descompensado) en los establecimientos de atención primaria.
- Contratar recurso humano profesional y técnico de acuerdo a incremento de coberturas y nuevas actividades a realizar (persona capacitada en atención podológica de pacientes diabéticos con experiencia demostrada).
- Fortalecer la articulación de la red de salud, de modo que se establezca vínculos formales y complementarios entre establecimientos de la red.

VII. METAS

- Incrementar en 10 puntos porcentuales la cobertura de ESPA vigente en la población inscrita o beneficiaria asignada de 35-44 años, en aquellas comunas con coberturas inferiores a 40%. Las comunas con cobertura ESPA vigente \geq 40% deben, a lo menos, mantener su cobertura a Diciembre 2003.
- Incrementar en 20 puntos porcentuales la cobertura de ESPA vigente a Diciembre 2003 en la población inscrita o beneficiaria asignada de 45-54 años.
- Aumentar en a lo menos 5 puntos porcentuales la cobertura de la población hipertensa estimada de 20 y más años en control en PSCV en aquellas comunas con una cobertura \geq 60% a Diciembre 2003 y alcanzar una cobertura de 60% en aquellas comunas con una cobertura inferior al 60% a Diciembre 2003.
- Aumentar en a lo menos 5 puntos porcentuales la cobertura de la población diabética estimada de 20 y más años en control en PSCV en aquellas comunas con una cobertura \geq 70% a Diciembre 2003 y alcanzar una cobertura de 70% en aquellas comunas con una cobertura inferior al 70% a Diciembre 2003.
- Lograr que al menos el 90% de los pacientes bajo control tenga evaluación clínica y de laboratorio al ingreso, según guías clínicas.
- Lograr que al menos un 30% de los pacientes detectados con factores de riesgo asociados al estilo de vida, modifiquen favorablemente estos factores en el curso de un año. Criterios de modificación favorable:
 - Si son obesos disminuyan al menos un 10% su peso inicial y mantengan esta baja.
 - Si fuman, dejen de fumar totalmente y se mantengan abstinentes.
 - Si son sedentarios, aumenten el ejercicio físico a 30 minutos diarios (caminar o actividad física equivalente).
- Lograr que a lo menos el 50% de los pacientes en control en PSCV con hipertensión y/o diabetes bajo control, se mantengan compensados, ya sea con o sin tratamiento farmacológico. Criterios de compensación:
 - Lograr que un 50% de personas diabéticas bajo control alcancen valores de glicemias aceptables, HbA1c $<$ 8% o glicemia $<$ 130 mg/dL.
 - Lograr que un 50% de las personas diabéticas de 45-54 años bajo control alcancen un nivel óptimo de compensación: HbA1c $<$ 7 o glicemias $<$ 110 mg/dL.
 - Lograr que un 50% de las personas diabéticas de 45-54 años bajo control alcancen niveles óptimos de compensación: HbA1c $<$ 7 y presión arterial $<$ 130/85 mm Hg.
 - Lograr que un 50% de las personas hipertensas bajo control logren cifras de presión arterial dentro de rangos de normalidad, $<$ 140/90 mm Hg.
 - Lograr que un 50% de los hipertensos bajo control de 45-54 años alcancen cifras de presión arterial en un nivel óptimo: $<$ 130/85 mm Hg.
- Determinar la frecuencia de las siguientes complicaciones en aquellos pacientes en control en PSCV:
 - Retinopatía diabética (según fondo de ojo)
 - Ceguera
 - Insuficiencia renal (proteinuria macroscópica o microalbuminuria)
 - Pie diabético (evaluación anual del pie según protocolo)

- Amputación
- Hipertrofia ventricular izquierda (ECG)
- AVE/IAM
- Lograr que a lo menos un 20% de los pacientes con hipertensión y/o diabetes bajo control estén vinculados a grupos de autoayuda o actividades de apoyo comunitarias.
- Lograr que al 100% de los pacientes diabéticos bajo control se les haya aplicado el DiabCare/Qualidab anual.
- Lograr que a lo menos un 80% de los pacientes con úlceras de pie diabético hayan sido tratados con Manejo Avanzado de Heridas.
- Lograr que a lo menos un 50% de los pacientes diabéticos descompensados que lo necesitan reciban atención podológica.
- Logra que a lo menos el 80% de los equipos de salud se encuentren capacitados en salud cardiovascular

VIII. MONITOREO Y EVALUACIÓN

Se orienta a conocer el cumplimiento en el tiempo de las metas del Programa en vistas a una evaluación técnica de sus intervenciones asociadas y la distribución de los fondos.

Dicho monitoreo y evaluación tendrá como primera instancia de control y supervisión, los respectivos Servicios de Salud. Los Departamentos Programas de Salud de las Personas y de Atención Primaria del Ministerio de Salud, estarán a cargo de la coordinación de las entidades que participen en este Programa, así como de supervisar, controlar, evaluar el cumplimiento y distribuir los fondos.

IX. INDICADORES

1. N° de adultos de 35 a 44 años con ESPA vigente / N° de adultos de 35 a 44 inscritos o beneficiarios asignados (x 100)
2. N° de adultos de 45-54 años con ESPA vigente / N° de adultos de 45-54 años inscritos o beneficiarios asignados (x 100)
3. N° de hipertensos de 20 y más años en PSCV / Total hipertensos estimados de 20 y más años inscritos o beneficiarios asignados (x 100)
4. N° de diabéticos de 20 y más años en PSCV / Total diabéticos estimados de 20 y más años inscritos o beneficiarios asignados (x 100)
5. N° de pacientes ingresados al PSCV (20 y más años) con una evaluación clínica y de laboratorio según guías clínicas en un período determinado / Total de pacientes ingresados al PSCV en ese mismo período (x 100)
6. N° pacientes diabéticos en PSCV de 20 y más años con glicemia en ayunas <130 mg/dL o HbA1c <8% / N° de pacientes diabéticos en PSCV (x100)
7. N° pacientes diabéticos de 45-54 años en PSCV con HbA1c <7% o glicemia en ayunas <110 mg/dL / N° de pacientes diabéticos de 45-54 años en PSCV (x 100)
8. N° pacientes diabéticos de 45-54 años en PSCV con HbA1c <7% y PA <130/85 mm Hg / N° de pacientes diabéticos de 45-54 años en PSCV (x 100)
9. N° de pacientes hipertensos en PSCV de 20 y más años con PA <140/90 mm Hg / N° de pacientes hipertensos en PSCV (x 100)

10. N° de pacientes hipertensos de 45-54 años en PSCV con PA <130/85 mmHg / N° de pacientes hipertensos de 45-54 años en PSCV (x 100)
11. N° de pacientes diabéticos en PSCV con retinopatía diabética / N° de pacientes diabéticos en PSCV con fondo de ojo (x 100)
12. N° de pacientes diabéticos en PSCV con ceguera / N° de pacientes diabéticos en PSCV (x 100)
13. N° de pacientes diabéticos en PSCV con microalbuminuria / N° de pacientes diabéticos en PSCV (x 100)
14. N° de pacientes diabéticos en PSCV con pie diabético / N° de pacientes diabéticos en PSCV (x100)
15. N° de pacientes con pie diabético en PSCV amputados / N° de pacientes con pie diabético en PSCV (x 100)
16. N° de pacientes hipertensos en PSCV con hipertrofia ventricular izquierda / N° de pacientes hipertensos en PSCV (x 100)
17. N° de pacientes hipertensos en PSCV con enfermedad cerebrovascular / N° de pacientes hipertensos en PSCV (x 100)
18. N° de pacientes en PSCV (hipertensos, diabéticos) con infarto agudo al miocardio / N° de pacientes en PSCV (x 100)
19. N° de pacientes diabéticos en PSCV con DiabCare/Qualidiab realizado/ N° de pacientes diabéticos en PSCV (x 100)
20. N° de pacientes en PSCV con úlceras de pie diabético tratados con curación no tradicional / N° de pacientes con úlceras de pie diabético en PSCV (x 100)
21. N° de pacientes diabéticos descompensados con atención podológica / N° de pacientes diabéticos descompensados que necesitan atención podológica (x 100)
22. N° de médicos capacitados en SCV del establecimiento de APS / N° de médicos totales del establecimiento de APS

X. FINANCIAMIENTO

El financiamiento tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados al PSCV para el año 2004.

Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente la definición de objetivos, metas a lograr e indicadores, estrategias, población beneficiaria y localización (Servicio de Salud, comuna y establecimientos).