

Programa de Atención Musculoesquelética en atención primaria: primera evaluación semestral

PEDRO ZITKO⁽¹⁾, FRANCIS DURÁN⁽²⁾, NICOLÁS KEIL⁽²⁾, ALEJANDRO MONASTERIO⁽³⁾, RODRIGO SOTO⁽³⁾ y JAIME LEPPE⁽⁴⁾

RESUMEN

Las enfermedades musculoesqueléticas generan impotencia funcional y dolor crónico. El sistema de salud público concentra gran parte de su resolución en el nivel secundario de atención, con largas listas de espera. El presente trabajo señala los primeros resultados del funcionamiento de un Programa Piloto de Atención Musculoesquelética (PAME).

Con especialistas del nivel secundario, se desarrollaron guías de manejo y derivación de los principales problemas musculoesqueléticos en lista de espera. En su desarrollo se consideró la existencia de salas de manejo kinésico en atención primaria. Se seleccionó un consultorio perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Sur, donde se implementó una sala piloto más kinesiólogo. Se capacitó a los médicos del consultorio en la correcta derivación de pacientes, ajustada a cartera de servicio. En cada paciente atendido en la sala, se evaluó dolor (EVA) y capacidad funcional (HAQ-8) al momento de ingreso y egreso. Además, se realizó conteo de lista de espera en todos los consultorios del Servicio de Salud.

El costo de implementación del PAME fue \$7.086.925. En sus primeros 6 meses fueron atendidos 301 pacientes (81% mujeres, $x=60$ años). La evaluación de los pacientes en condición de alta evidenció mejoría significativa del dolor y funcionalidad en todas las patologías. La tasa de generación de interconsultas al nivel secundario del consultorio correspondió a $4,2 \times 10.000$ inscritos-año, la menor del servicio de salud.

El PAME, constituye una estrategia factible, mejorando el dolor, funcionalidad y acceso, de la enfermedad musculoesquelética, aumentando la resolutivez de atención primaria y el trabajo coordinado de la red asistencial.

Palabras clave: enfermedad musculoesquelética, resolutivez, atención primaria y red asistencial

ABSTRACT

MUSCULOSKELETAL CARE PROGRAM IN PRIMARY CARE: FIRST SIX-MONTHLY ASSESSMENT

Musculoskeletal diseases result in functional impairment and chronic pain. The public health system concentrates a great part of its resolutions for the secondary health care level, thus generating long waiting lists. The present work reports the first results from the operation of a Musculoskeletal Care Pilot Program (PAME).

(1) Subdirección Médica Atención Ambulatoria. Complejo Asistencial Barros Luco. Gran Avenida 3204. San Miguel. Santiago. Chile. pedrozitko@yahoo.com

(2) Consultorio Dr. Julio Acuña Pinzón. I. Municipalidad de Lo Espejo. Santiago. Chile.

(3) Departamento Técnico de Salud. Servicio de Salud Metropolitano Sur. Santiago. Chile.

(4) Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Santiago. Chile.

Management and referral guidelines for the main musculoskeletal conditions in waiting list were developed with specialists from the secondary care level.

While being developed, the existence of primary care physical therapy wards was considered. An outpatient clinic belonging to the Southern Metropolitan Health Service was selected, and a to implement a pilot ward with a physical therapist. The physicians from the outpatient clinic were trained in the adequate patient referral, adjusted to the service portfolio. Each patient receiving care at the floor, was assessed for pain (VAS) and functional capacity (HAQ-8) upon admission and discharge. Moreover, a waiting list count was performed at all the outpatient clinics from the Health Service.

The cost of the implementation of PAME was \$7.086.925. During the first 6 months, 301 patients received health care (81% females, x=60 years). The assessment of patients in conditions for discharge evidenced a significant improvement of pain and functionality in all pathologies. The rate of referrals to the secondary level was 4,2 x 10.000 registered-year, the lowest in the Health Service.

The PAME constitutes a viable strategy, improving pain, functionality and access of musculoskeletal disease, and increasing the capacity of resolution of the primary care levels and the coordinated work of the care network.

Keywords: musculoskeletal disease, resolution capacity, primary care, care network.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades musculoesqueléticas (EME) corresponden a un grupo de patologías de alta prevalencia en la población nacional^{1,3}. Su principal sintomatología corresponde al dolor y limitación funcional, pudiendo motivar asistencialidad médica en el 50,5 % de los casos y produciendo incapacidad laboral en el 38,5% de las veces^{2,3}. Nuestro actual perfil epidemiológico indica que las EME se encuentran en aumento^{1,4}.

Algunos estudios indican que las EME de carácter crónico y degenerativo, son aquellas que presentan mayor problema en el acceso a la atención de especialista cuando es requerida dentro del sistema público, expresado en largas listas de espera de difícil resolución^{1,5}. Las EME son mencionadas en los objetivos sanitarios para la década 2000-2010 del Ministerio de Salud, sin embargo, hasta la fecha no existe ninguna estrategia programática que dé cuenta de su abordaje⁴.

El Programa de Atención Musculoesquelética (PAME) corresponde a una estrategia que pretende hacer frente a la realidad mencionada^{1,6}. Se fundamenta en el aumento de la resolutivez de la Atención Primaria (AP) y en la correcta

articulación de la red asistencial, mediante: 1) la implementación de una sala kinésica acondicionada para el manejo de las EME en cada centro de AP; 2) rol y participación relevante del kinesiólogo en la AP, y 3) protocolos de manejo y derivación médica ajustados a cartera de servicios del nivel primario y secundario⁶.

El presente artículo da cuenta de los resultados de la evaluación semestral de la primera sala PAME instalada en un consultorio de AP.

MATERIAL Y MÉTODO

La propuesta y el diseño del Programa de Atención Musculoesquelética, se encuentran referidos en un artículo previo⁶.

La sala PAME fue implementada en el consultorio Dr. Julio Acuña Pinzón, Lo Espejo, Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS). El programa cuenta con 33 horas kinésicas, las cuales se sumaron a 11 horas preexistentes, todas disponibles para las actividades del PAME. El costo de implementación correspondió a \$7.086.925 [US\$ 13.370], (\$4.775.400 en recurso humano y \$2.311.525 recursos físicos), siendo provistos por la División de Gestión de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud. El detalle de costos de implementación se encuentra

referido previamente⁶.

Los protocolos médicos de manejo y derivación oportuna a la sala PAME o bien al nivel secundario, fueron desarrollados por la Unidad de Gestión de Red y especialistas del Centro de Diagnóstico y Tratamiento del Complejo Asistencial Barros Luco, SSMS (traumatólogos, reumatólogos y neurocirujanos). Los protocolos fueron validados por médicos de AP y por el Departamento Técnico de Salud del SSMS, siendo implementados de manera ya referida⁶.

Las EME incluidas en el PAME se muestran en la Tabla 1, y los criterios de inclusión corresponden a los señalados en cada protocolo. Las prestaciones kinésicas entregadas por el PAME, se presentan en la Tabla 2.

La evolución considera tres ámbitos:

1.Productividad: N ingresos, egresos, abandonos y reingresos a las actividades kinésicas; N ingresos y egresos según patología; promedio atenciones kinésicas por egreso según patología.

2.Indicadores clínicos: dolor al ingreso y al egreso del programa de actividad kinésica medido por Escala Visual Análoga (EVA); y funcionalidad al ingreso y egreso de las actividades kinésicas, medido por Health Assesment Questionary-8 (HAQ-8), encuesta validada y utilizada en la Encuesta Nacional de Salud, 2003².

3.Impacto asistencial: medido en tasa de pacientes en lista de espera para acceder al nivel secundario en corte trimestral, por población inscrita en cada uno de los 29 consultorios del SSMS. La medición de este último indicador fue realizada por la Unidad de Gestión de Red del CDT y el Departamento Técnico de Salud contando interconsultas en espera directamente en cada centro de Atención Primaria del SSMS. La fecha del corte de lista de espera correspondió a agosto de 2006.

Tanto para el dolor por EVA (escala de 0-10) como para funcionalidad por HAQ-8 (escala de 0-3), se utilizó un cuestionario aplicado al ingreso y egreso de las actividades kinésicas.

En el análisis de significación estadística de los indicadores clínicos, se utilizó el test de Wilcoxon.

Respecto a las consideraciones éticas, la

Tabla 1. EME incluidas en el PAME

Gonalgia	Artrosis de rodilla Tendinitis de rodilla*
Cadera dolorosa	Artrosis de cadera
Hombro doloroso	Sd. hombro doloroso**
Lumbalgia	Lumbago agudo Lumbago crónico Lumbociática

* Las tendinitis de rodilla incluyen: tendinitis de pes anserina, patelar e infrarotuliana.

** El síndrome de hombro doloroso incluye: pinzamiento del supraespinoso (y bursitis subacromial), desgarramiento degenerativo del manguito rotador, tendinitis bicipital.

Tabla 2. Prestaciones kinésicas incluidas en PAME

Evaluación kinésica
Ultrasonido
Ejercicios terapéuticos
Electroterapia
TENS
Compresas húmedo-caliente
Educación
Masoterapia
Veloergómetro

indicación de las actividades kinésicas implementadas en el PAME, corresponden al criterio de especialistas, que se encuentran señalados en los protocolos previamente validados por la entidad técnica del SSMS. En los pacientes incluidos se utilizó el consentimiento informado verbal del modo habitual en que se realiza con el resto de la consulta de morbilidad general en AP.

RESULTADOS

Los resultados analizados corresponden a las primeras 25 semanas de funcionamiento (febrero -julio, 2006). La distribución por género

de los pacientes atendidos correspondió a 81% mujeres y 19% hombres. La edad promedio fue de 60 años.

Productividad

Durante este período, se realizaron 2700 actividades kinésicas a 301 pacientes. El promedio de ingresos semanales correspondió a 12 pacientes, concentrando 108 prestaciones kinésicas promedio por semana. Durante las veinticinco semanas de prueba, se realizaron 127 altas. Al momento del corte de los seis meses, 73 pacientes se encontraban aún en proceso terapéutico, los cuales no fueron considerados en el análisis estadístico. De igual forma los abandonos (101 pacientes, 33,5% de total de ingresos), tampoco fueron considerados. El estudio detallado de los abandonos será publicado con posterioridad. La distribución de pacientes ingresados según EME incluida, se muestra en la Figura 1 (lumbago 29%, hombro doloroso 29%, gonalgia 29%, artrosis de cadera 6%, otros 7%). El número de sesiones kinésicas promedio para el alta según motivo de ingreso, son señaladas en la Tabla 3. El rendimiento de las actividades kinésicas fue de tres pacientes

por hora, con una frecuencia de 2 a 3 sesiones semanales. En cuanto al número de reingresos en los primeros 6 meses, éstos correspondieron a 8 pacientes.

Tabla 3. Promedio sesiones kinésicas para el alta

Promedio de Consultas para el alta	
	Promedio
Gonalgia	12
Cadera dolorosa	13
Hombro doloroso	14
Lumbalgia	12

Indicadores clínicos

La mediana de dolor por EVA, disminuyó significativamente en todos los grupos diagnósticos ingresados al PAME (Tabla 4). El mayor impacto se observó en hombro doloroso, con una caída de la mediana por EVA, de 7 puntos ($p < 0,001$), mientras que en artrosis de cadera, se observó el menor impacto: 2,5 puntos ($p = 0,0076$). En cuanto a la funcionalidad medida

Tabla 4. Funcionalidad por HAQ-8

	x Ingreso	x Egreso	Diferencia	Valor P
Gonalgia	1.000	0.437	- 0.562	< 0.001
Cadera dolorosa	0.750	0.250	- 0.500	< 0.001
Hombro doloroso	0.625	0.250	- 0.375	< 0.001
Lumbalgía	1.125	0.562	- 0.563	0.035

HAQ-8; score entre 0 y 3. A menor score, mayor funcionalidad

Tabla 5. Dolor por EVA

	x Ingreso	x Egreso	Diferencia	Valor P
Gonalgia	7.5	4.0	- 3.5	< 0.001
Cadera dolorosa	8.0	1.0	- 7.0	< 0.001
Hombro doloroso	7.5	2.0	- 5.5	< 0.001
Lumbalgía	7.5	5.0	- 2.5	0.008

EVA; score entre 0 y 10. A mayor score, mayor dolor

por HAQ-8, se evidenció mejoría significativa entre ingreso y alta de las actividades kinésicas del PAME, en todos los grupos diagnósticos. El mayor impacto se obtuvo en gonalgia y artrosis de cadera, mientras que el grupo de

lumbago presentó la menor mejoría (Tabla 5).

Impacto asistencial

La tasa de interconsultas (IC) en lista de espera anual para acceder a la atención del nivel

Figura 1. Ingresos por EME, según grupo diagnóstico

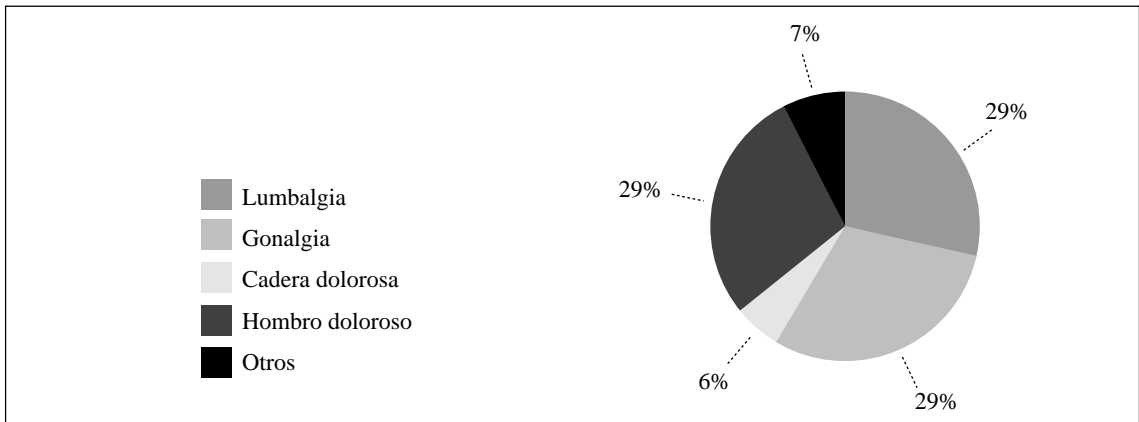
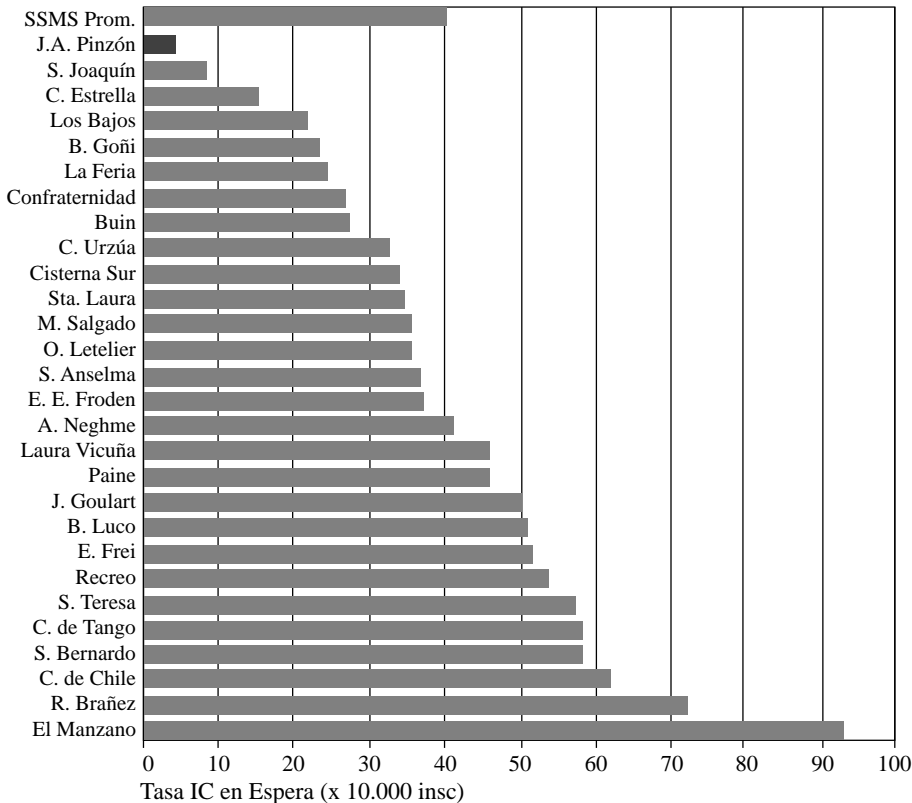


Figura 2. Tasa de Interconsultas por 10.000 inscritos en espera-año, según consultorio. Agosto, 2006*

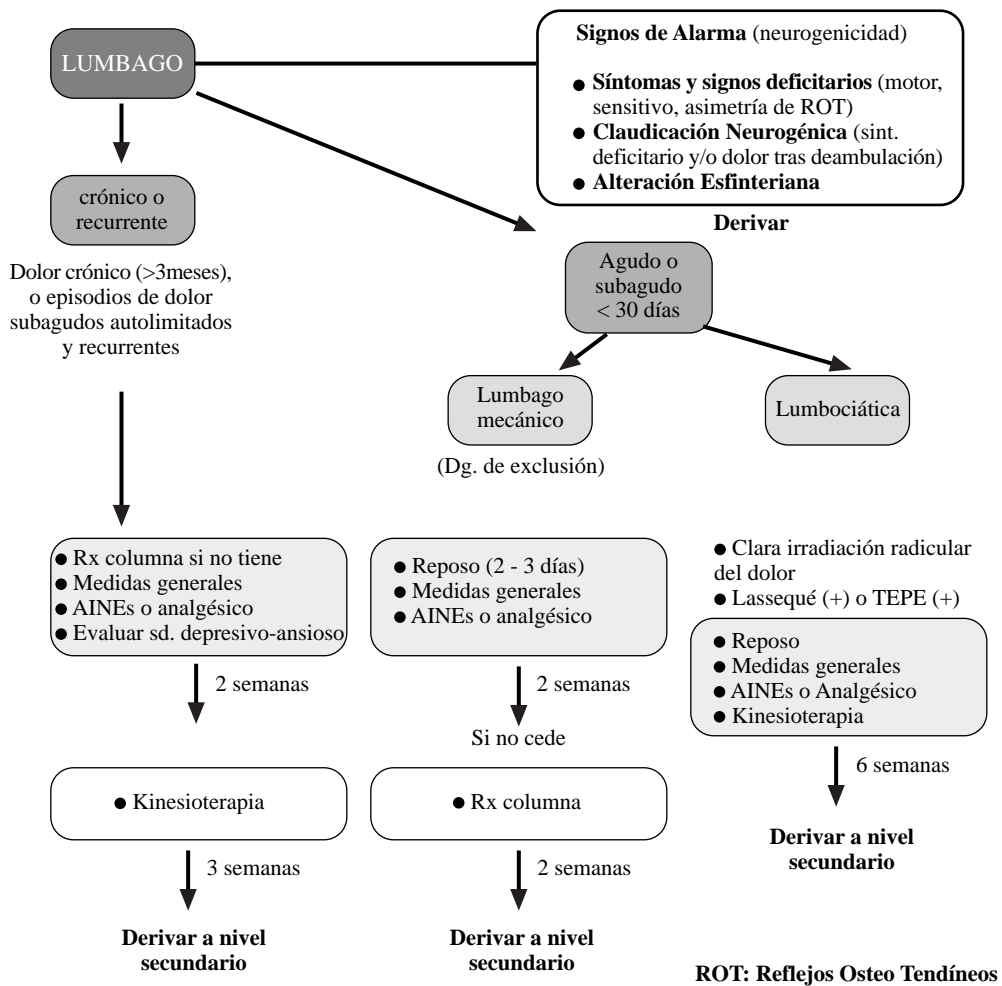


* El promedio del SSMS correspondió a 39,9 IC*10.000

secundario en corte trimestral, se muestra según consultorio en la Figura 2. El promedio del SSMS correspondió a 39,9 IC por 10.000 inscritos en espera-año (= 39,9; DS= 18,7; Rango: 4,2 - 91,2), mientras que el consultorio Dr. Julio Acuña Pinzón obtuvo una tasa de 4,2 IC por

10.000 inscritos-año, ubicándose en el lugar de menor lista de espera de todos los consultorios del SSMS. Cabe señalar, que el segundo consultorio con menor tasa de lista de espera (8,3 IC por 10.000 inscritos-año), cuenta con kinesiólogo y traumatólogo.

Flujograma 1. Programa de Atención Musculoesquelética (PAME)



Recomendaciones:

- En caso de dolor severo: usar AINEs im o ev y evaluar dentro de las siguientes 48 horas. Y eventual derivación.
- En caso de dolor moderado a severo que no presenta mejoría con tratamiento estándar durante primera semana, evaluar derivación.
- En caso de baja de peso o fiebre relacionada: sospechar causas sistémicas.

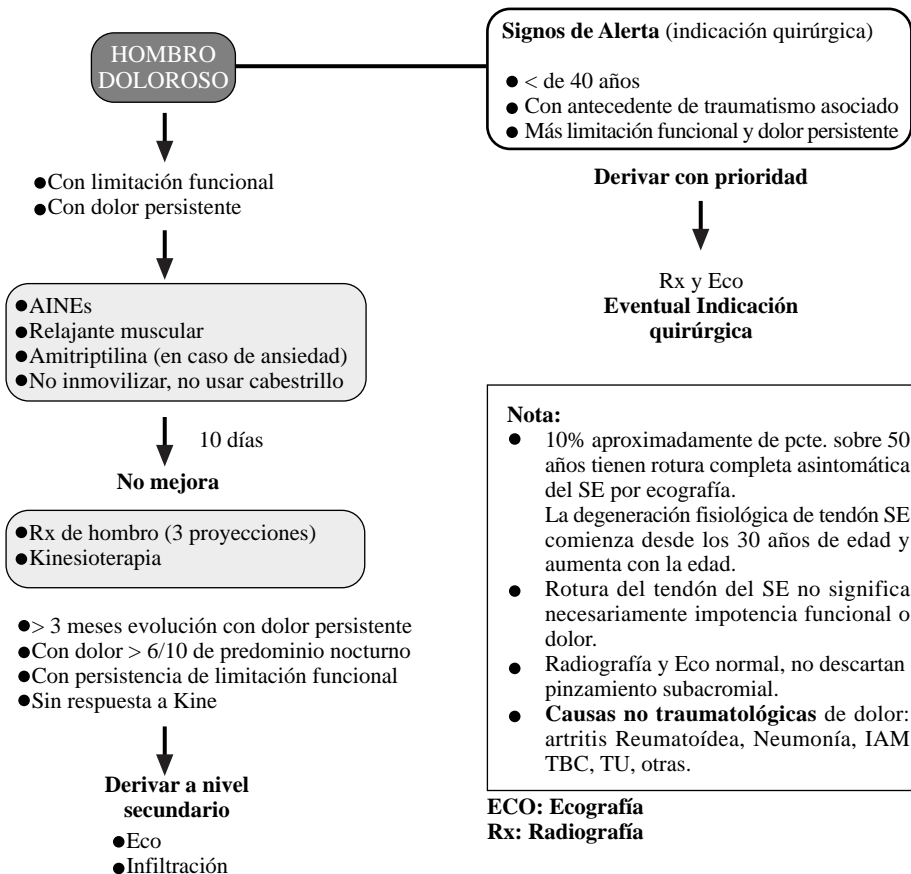
DISCUSIÓN

Los indicadores clínicos evidenciaron impactar significativamente en todos los grupos diagnósticos tratados por el PAME, tanto en dolor como funcionalidad. Interesa destacar la aparente independencia de estas variables en los resultados. En el caso de los ingresos por artrosis de cadera, se evidencia que respecto al dolor, fue el grupo donde las actividades del PAME demostraron un menor resultado. Sin embargo, corresponde a la patología que evidenció mayor mejoría funcional junto a la gonalgia. De igual forma, el hombro doloroso en el promedio de 14 sesiones kinésicas, evidenció el menor impacto en la mejoría funcional, sin embargo, fue la patología donde hubo mayor

disminución del dolor.

Por su parte, en el impacto en la tasa de lista de espera para acceder al nivel secundario, el consultorio intervenido con el PAME, se presentó en el primer lugar de los consultorios con menor tasa (4,2 IC*10.000 inscritos año). Se destaca la gran variabilidad presente entre los distintos consultorios del SSMS (= 39,9 IC *10.000 inscritos; DS: 18,7; rango [4,2 – 91,2]), señalando que existen elementos diferentes al tamaño de la población inscrita, que intervienen en la distribución de las derivaciones al nivel secundario. El consultorio intervenido con sala PAME presentó 9,5 veces menos IC *10.000 inscritos año, que el promedio del SSMS, indicando indirectamente la resolutivez lograda por la intervención.

Flujograma 2. Programa de Atención Musculoesquelética (PAME)

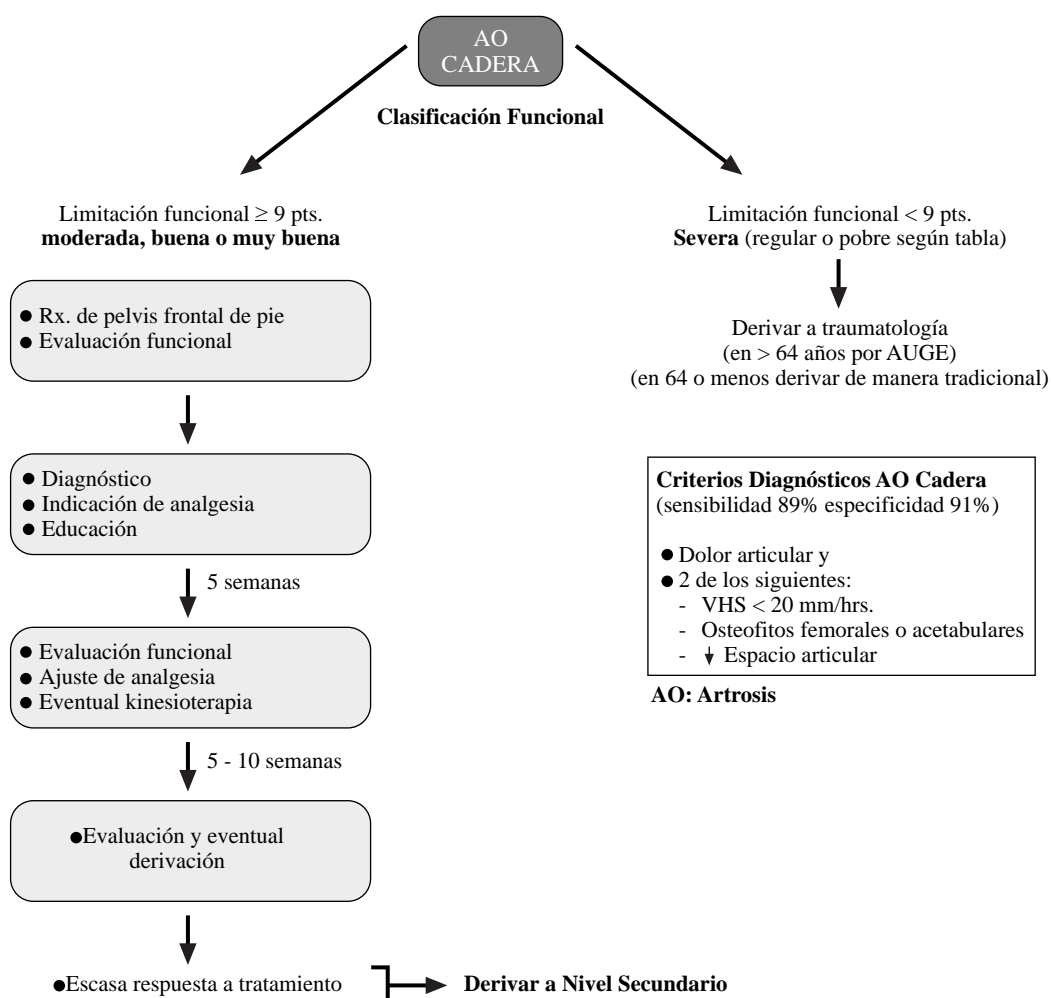


En relación al número de abandonos (33% del total de ingresos), queda pendiente su completa y correcta caracterización en una publicación posterior. Sin embargo, un análisis preliminar basado en consultas telefónicas, evidenció que gran parte de los abandonos se habían reincorporado a las actividades laborales. Será necesario determinar su nivel de mejoría, el riesgo de recidiva, y los predictores de abandono para el PAME.

Un elemento evaluado muy positivamente durante el desarrollo del programa en estos seis meses, fue la integración del PAME al resto de las actividades y lineamientos de la Atención Primaria de Salud. Una de estas vinculaciones,

fue llevada a cabo con el Programa de Salud Cardiovascular. Entre los pacientes en control, se constató una gran cantidad de casos de sobrepeso y obesidad, asociados a otras patologías crónicas de alta prevalencia (hipertensión y diabetes). Por su parte, la obesidad y el sedentarismo se presentan como factores determinantes pero, también, posiblemente determinados por las limitaciones propias de las EME. La vinculación inter-programas se estableció principalmente con los profesionales de nutrición, tanto en la pesquisa de casos, como en el trabajo integrado. Queda aun pendiente la estructuración formal y la evaluación del impacto adicional que significa esta integración.

Flujograma 3. Programa de Atención Músculoesquelética (PAME)



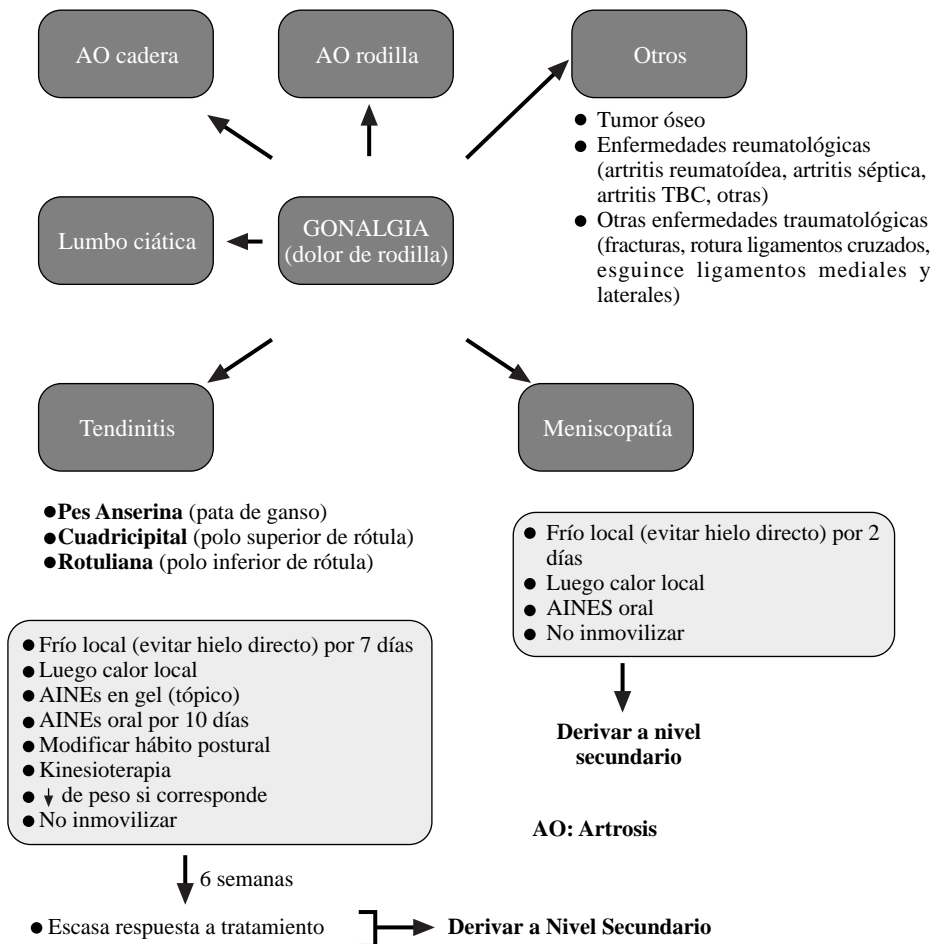
De igual forma, se constató dentro del grupo de pacientes atendidos por el PAME, una alta prevalencia de trastornos del ánimo. La asociación entre patología psiquiátrica y la presencia de dolor musculoesquelético, (ej. lumbago crónico) es conocida⁷. Pudiera ser que los casos de mayor refractariedad al manejo del PAME se vinculen a esta asociación. Resultará de interés la evaluación posterior del impacto del alivio de los síntomas musculoesqueléticos por el PAME, en la evolución del manejo y recaída de los pacientes con trastornos del ánimo.

Por otro lado, concordante también con los lineamientos de trabajo intersectorial de la APS,

se estableció contacto con la Red de Actividad Física municipal, conformada por profesores y monitores comunitarios. Esto permitió la derivación de los pacientes dados de alta del PAME a dichos espacios, con la intención de mantener el nivel de actividad y funcionalidad física alcanzados durante el tratamiento. Esta medida pudiera haber influido en la baja cantidad de reingresos. De igual forma, los casos susceptibles de requerir asistencialidad médica, fueron pesquisados por la Red de Actividad Física y derivados al consultorio.

La relevancia evidenciada en la coordinación intersectorial del PAME con la Red de Actividad

Flujograma 4. Programa de Atención Musculoesquelética (PAME)



Física del municipio, junto al trabajo integrado con los programas de salud cardiovascular y salud mental, con especial énfasis en la actividades de proyección comunitaria, permitirá al PAME, elaborar propuestas de trabajo en el ámbito preventivo y promocional. El desafío para el futuro cercano será la estructuración de estas propuestas y su eficaz evaluación, constituyéndose en un cuarto objetivo estratégico del PAME.

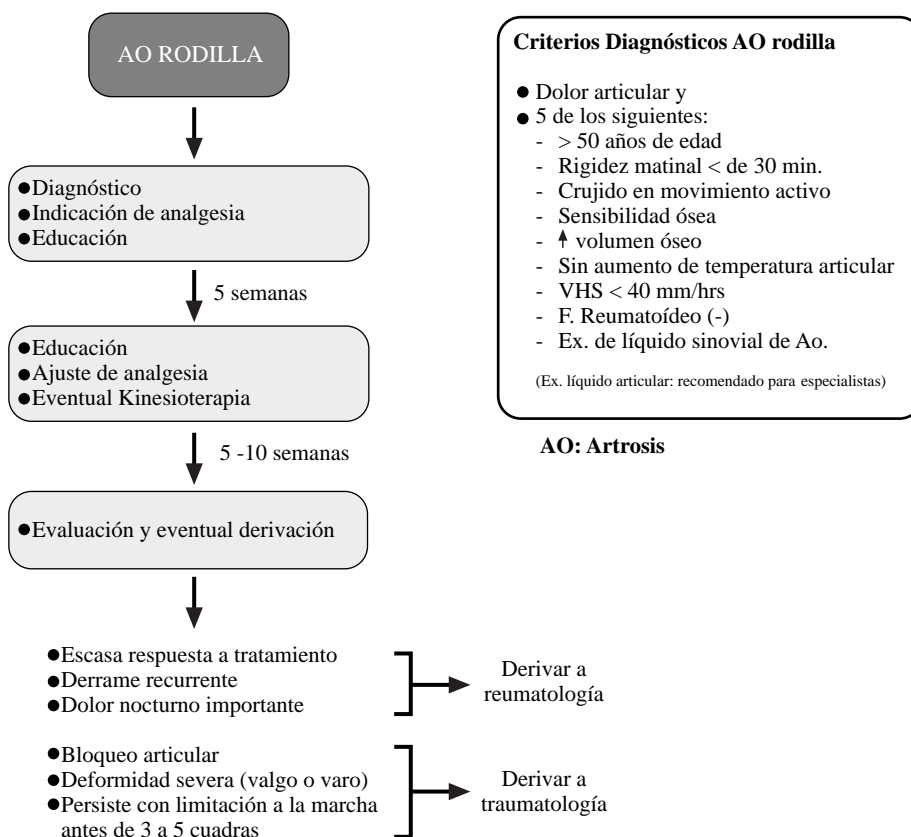
En suma, el PAME corresponde a una estrategia de gestión basada en la implementación de recurso humano, físico y coordinación asistencial de la red de atención de salud pública, que demuestra ser efectiva en la disminución del dolor y mejorar la funcionalidad de los

pacientes con patología osteomuscular de mayor prevalencia, impactando en la lista de espera para el acceso al nivel secundario de salud. A su vez, evidencia una gran potencialidad en su integración al resto de los programas de la atención primaria de salud y en el trabajo intersectorial y comunitario.

Frente a los resultados expuestos y los desafíos planteados, pensamos que el PAME es una estrategia válida para alcanzar los objetivos sanitarios de para la década 2000 – 2001, contribuyendo al aumento de la resolutivez de la atención primaria.

Recepción: 13 de junio de 2008
Aprobación: 13 de agosto de 2008

Flujograma 5. Programa de Atención Musculoesquelética (PAME)



REFERENCIAS

1. MONASTERIO L. ALEJANDRO; SOTO R. RODRIGO; ZITKO M. PEDRO; DURÁN M. FRANCIS; KEIL A. NICOLÁS. Necesidad de un Programa de Tratamiento del Dolor Musculoesquelético en la Atención Primaria. *Revista Chilena de Kinesiología* 2006; 25, N°1: 31-36.
2. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD. 2003. PUC, MINSAL.
3. ENCUESTA NACIONAL DE CALIDAD DE VIDA. 2000. INE, MINSAL.
4. OBJETIVOS SANITARIOS PARA LA DÉCADA 2000- 2010. División de rectoría de regulación sanitaria, Departamento de epidemiología, MINSAL, 2002, 1° edición.
5. INFORME DE TRABAJO, UNIDAD DE GESTIÓN DE RED ASISTENCIAL. Complejo Asistencial Barros Luco. SSMS. 2005.
6. ZITKO M. PEDRO; DURAN M. FRANCIS; KEIL A. NICOLÁS; MONASTERIO L. ALEJANDRO; SOTO R. RODRIGO. Programa de atención musculoesquelética (PAME) en Atención Primaria: propuesta y diseño. *Revista Chilena de Kinesiología* 2007; 26, N°1: 42-47.
7. DEYO A. RICHARD, WEINSTEIN N. JAMES. Low Back Pain, Primary Care. *N Engl J Med.* 200; Vol. 344 (5): 363-70.

Usted puede comentar éste y otros artículos publicados en la Revista Chilena de Salud Pública, enviando un correo electrónico a revistas@med.uchile.cl