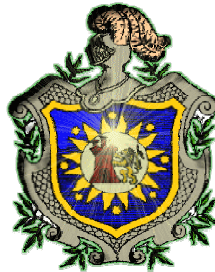




**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA.
UNAN-LEÓN.
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.**



TÉSIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO Y CIRUJANO:

**Evaluación de la calidad de atención de los niños con asma bronquial en
Emergencia del HEODRA. Año 2009.**

Autoras:

Dra. Emilia de los Angeles López Velásquez.
Dra. Elizamara Mairena Argueta.

Tutor y Asesor Metodológico: Dr. Arnoldo Toruño.
Dpto. Salud Pública.

León, jueves 03 de noviembre de 2011.



DEDICATORIA

➤ **A DIOS:**

Ser supremo y creador de cuanto existe en el universo, quien ante las pruebas y obstáculos de la vida, nos ha dado fortaleza y voluntad para vencerlas y salir adelante, permitiéndonos así alcanzar una meta, un logro más en nuestras vidas.

➤ **A nuestros Padres:**

Quienes con mucho sacrificio y dedicación nos han dado su amor y apoyo incondicional para poder realizar nuestros estudios, y ahora ver cumplido uno de nuestros sueños.



AGRADECIMIENTO

- A nuestro Tutor: **Dr. Arnoldo Toruño**, por la atención, conocimiento y disposición que nos brindó en todo momento y por lo cual logramos la realización de nuestro trabajo.

- A **Dr. Francisco Pereira**, por su disponibilidad y sugerencias para la realización de nuestro trabajo.

- **Al personal de Emergencia Pediátrica- HEODRA:** por darnos la oportunidad de trabajar con ellos.

- **A nuestros pacientes y familiares:** por contribuir de una manera muy especial, con su ayuda y paciencia en los momentos que necesitamos para la realización de nuestro trabajo.

Y a todos ellos, muchas gracias por haber permitido participar en la elaboración de esta tesis.



RESUMEN

Se realizó un estudio evaluativo en cuanto a la calidad de atención brindada en el servicio de Emergencia pediátrica del HEODRA a los pacientes con crisis aguda de asma bronquial. El fin de este estudio fue determinar las competencias institucionales y profesionales de este servicio, establecer el grado de satisfacción del usuario en cuanto a la atención recibida y analizar los resultados del tratamiento utilizado. Se tomó en cuenta tanto la opinión del personal médico como la opinión de la población, y también realizamos una observación personal, no participativa, para obtener una valoración por cuenta propia sobre la infraestructura, mobiliario y equipamiento disponible en el servicio.

A través de los resultados de nuestro estudio nos dimos cuenta que a pesar de las limitaciones del servicio de Emergencia pediátrica, los niños son atendidos de manera oportuna, teniendo una respuesta satisfactoria de su cuadro agudo. Por lo tanto, consideramos que la calidad de atención brindada es buena. El protocolo de atención de estos niños está basado en las normas del AIEPI intrahospitalario en la que se establece el manejo de la crisis según la severidad. Aún así, es conveniente elaborar una norma revisada y actualizada periódicamente por el departamento de pediatría.

Para mejorar la calidad de atención del servicio de emergencia pediátrica y llevarla de buena a muy buena, se necesita contar con un número suficiente y en buen estado del equipo necesario para el manejo de la crisis asmática, de igual manera proporcionar el medicamento completo para el manejo ambulatorio.



INDICE

	Páginas
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
III. OBJETIVOS.....	4
IV. MARCO TEÓRICO.....	5
V. MATERIAL Y MÉTODO.....	21
VI. RESULTADOS.....	24
VII. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	32
VIII. CONCLUSIONES.....	34
IX. RECOMENDACIONES.....	35
X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	36
XI. ANEXOS.....	37



I. INTRODUCCIÓN

El asma bronquial es un trastorno inflamatorio crónico de las vías aéreas, que constituye un problema de salud pública en todo el mundo. Afecta alrededor del 3 al 7% de la población adulta, siendo más frecuente en edades infantiles. Aproximadamente 300 millones de afectados a nivel mundial.

Dicho padecimiento puede llegar a limitar al niño en el desarrollo de sus actividades cotidianas y es la primera causa de ausentismo escolar. El cuadro agudo del asma requiere un diagnóstico y manejo oportuno, para evitar secuelas importantes e incluso la muerte. Este aspecto, es función primordial del servicio de Emergencia pediátrica; por lo tanto, para poder cumplir con este objetivo se requiere contar con los suficientes recursos materiales y humanos para el manejo integral del niño con asma. ⁽¹⁾⁽²⁾

La calidad de la atención en este servicio se mide tomando en cuenta diferentes aspectos: un nivel de competencias institucionales que se traduce en la disponibilidad del equipamiento, exámenes de laboratorio y tratamiento farmacológico; competencias profesionales en cuanto al diagnóstico, prescripción y seguimiento de cuidados y educación a la madre o tutor(a).

Por lo tanto el personal de salud tiene el compromiso de brindar toda la información necesaria para que la familia conozca de que se trata esta enfermedad, cuales son los factores desencadenantes y evitar hábitos del niño o su familia que puedan llevarlo a una crisis. Además debe seleccionar el tratamiento farmacológico apropiado e individual para cada caso y proporcionarlo al responsable del niño con las debidas instrucciones para el cumplimiento correcto del mismo. ⁽²⁾⁽³⁾

En nuestro estudio evaluamos cómo es la calidad de atención brindada en el servicio de Emergencia a los niños que acuden con crisis de asma bronquial, para ello determinamos los recursos materiales y humanos con que cuenta este



servicio, el cumplimiento de los protocolos establecidos, los resultados de manejo y finalmente la satisfacción del usuario.⁽³⁾

No encontramos investigaciones realizadas a nivel de nuestra Universidad que evalúen la calidad de atención brindada a los niños que acuden al Servicio de Emergencia con crisis de asma bronquial. Por lo tanto nuestro estudio dará inicio para investigaciones futuras.

Los resultados que obtuvimos a través de nuestro estudio pretenden ser de gran utilidad para el departamento de pediatría, ya que refleja si las condiciones que brinda el servicio son las necesarias para dar respuesta a los niños que acuden con cuadro agudo de asma.

Esperamos que sea tomado en cuenta para mejorar la situación del servicio, y así lograr una mejor atención en busca del beneficio y la calidad de vida del paciente y su familia.



II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cómo es la calidad de atención que se brinda en el servicio de Emergencia del HEODRA a los niños que acuden con diagnóstico de Asma Bronquial?



III. OBJETIVOS:

General:

Evaluar la calidad de atención brindada en el servicio de emergencia pediátrica a los niños con asma bronquial.

Específicos:

1. Valorar los recursos disponibles para la atención de los niños con asma.
2. Valorar el manejo del asma bronquial en emergencia pediátrica en base a las normas.
3. Analizar los resultados del tratamiento utilizado.
4. Establecer el grado de satisfacción del usuario en cuanto a la atención recibida.



IV. MARCO TEORICO

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD. ⁽¹⁾⁽²⁾

Calidad en las instituciones de salud es la satisfacción razonable de las necesidades de los usuarios con soluciones técnicamente óptimas.

La OMS propone como definición de **calidad de instituciones de salud**:

- Alto grado de satisfacción por parte del usuario
- Impacto positivo en la salud del usuario
- Un mínimo de riesgo para los usuarios
- Uso eficiente de los recursos de la institución

Se consideran características relacionadas con el desempeño de la atención médica, como:

- La eficacia del procedimiento o tratamiento con relación a la condición del usuario: hasta que grado se logra alcanzar el resultado deseado de la atención.
- La disponibilidad de una prueba, procedimiento, tratamiento o servicio para el usuario que lo necesite: hasta que grado la atención está disponible para satisfacer las necesidades sentidas.
- La puntualidad con que una prueba, procedimiento, tratamiento o servicio necesario es proporcionado al usuario: hasta que grado la atención se proporciona en el momento más beneficioso o en el que es absolutamente necesario.



-
-
- La seguridad del usuario a quién se proporciona el servicio: hasta que grado se reduce el riesgo de una atención.

 - La eficiencia con la que se proporcionan los servicios: la relación entre los resultados de una atención y los recursos utilizados para brindarla.

 - El respeto y cuidado con que se brindan los servicios: el grado de participación de los usuarios en las decisiones sobre su atención, la sensibilidad y respeto hacia las necesidades, expectativas y diferencias individuales, por parte de los prestadores de servicio.

Esta concepción de calidad establece una estrecha relación entre el desempeño del personal y la satisfacción de la población usuaria, por lo que el aseguramiento de la calidad depende del grado de respeto a los derechos fundamentales de los usuarios.

Evaluación es un proceso de medición que compara lo actual con lo que se pretende. Implica realizar un juicio sobre una actividad, un recurso o un resultado al determinar el valor o grado de éxito en la consecución de un objetivo determinado.

Este juicio está basado en **criterios y normas**.

Criterio es una característica observable, un indicador o una variable que se corresponde con los elementos del plan evaluado.

Norma es el punto de referencia del criterio que permite realizar un juicio. Le da un valor numérico al criterio.



Monitoreo y evaluación de la calidad: ⁽¹⁾⁽²⁾

El monitoreo y la evaluación de la calidad se realizan a través de estándares e indicadores para:

- Conocer el desempeño real del plan.
- Comparar este desempeño con los objetivos planteados.
- Corregir deficiencias e iniciar el rediseño o mejoramiento si se requiere.

¿Cómo monitorear y evaluar la calidad? ⁽¹⁾⁽²⁾

El plan de monitoreo y evaluación debe establecer estándares e indicadores a las acciones definidas en la estructura, el proceso y los resultados.

- *En la estructura*, los estándares e indicadores evalúan aspectos relacionados a la cantidad, la calidad y la adquisición de los recursos materiales, humanos y financieros utilizados en la ejecución de las actividades. El análisis determina si son o fueron adecuados para asegurar la mejor calidad de los resultados.
- *En el proceso*, los estándares e indicadores evalúan aspectos que describen como se ejecutan las acciones. El proceso tiene mucha influencia en la satisfacción de los usuarios.
- *En los resultados*, los estándares e indicadores evalúan la calidad de lo logrado.

El círculo de calidad debe determinar los estándares e indicadores esperados antes de la ejecución del plan de solución.

Estándar es la norma técnica que se utiliza como parámetro de evaluación de la calidad.



Indicador es una variable medible que se utiliza para determinar el grado de adherencia a un estándar.

¿Qué pasa cuando hay ausencia de calidad en la prestación de los servicios? ⁽¹⁾ ⁽²⁾

La ausencia de calidad origina un círculo vicioso del cual es muy difícil salir:

- Servicios de poca calidad causan insatisfacción de los usuarios.
- La insatisfacción de los usuarios ocasionan poca demanda de los servicios, que se expresa en bajo rendimiento institucional.
- El bajo rendimiento institucional significa baja cobertura y productividad de los programas.
- La baja cobertura y productividad de los programas, inciden en el presupuesto de la institución. Si existe poca producción de servicios, el presupuesto asignado también será reducido.
- La poca disponibilidad presupuestaria genera insuficientes suministros, problemas con el mantenimiento de los equipos y ausencia de un programa de estímulos a los trabajadores causando desmotivación en el personal.
- Un personal desmotivado es poco cooperador, no se apropia de los objetivos de la institución, tiene problemas de actitud, no trabaja en equipo y todo esto se traduce en MALA CALIDAD DE LA ATENCIÓN.

Se debe promover la calidad de los servicios de salud para:⁽¹⁾ ⁽²⁾

- Mejorar la eficiencia de los servicios de forma inmediata (una buena relación costo-beneficio).
- Incrementar la eficacia y efectividad de los servicios ofertados (buen procedimiento y buen efecto).



-
- Optimizar la utilización de los recursos existentes.
 - Aumentar la utilización de los servicios.

 - Satisfacer las necesidades sentidas de los usuarios, asegurando que la organización proporcione al usuario lo que necesita y desea la institución.
 - Motivar al personal.

Derechos fundamentales del usuario: ⁽²⁾

- Respeto y dignidad: recibir un trato respetuoso en todo momento y bajo toda circunstancia, como reconocimiento de su dignidad.

- Identidad: saber la identidad y calificación profesional de los individuos que le estén brindando servicio.

- Seguridad personal: esperar una seguridad razonable en la medida que las intervenciones preventivas, curativas, de rehabilitación y las instalaciones del servicio lo permitan.

- Información: obtener información completa y actualizada de las actividades de atención, promoción y prevención, para poder así decidir sobre su participación voluntaria.

- Consentimiento: participar razonablemente informado en las decisiones relacionadas al cuidado de la salud, por lo que siempre debe darse una explicación clara y concreta de los procedimientos, los riesgos y las posibilidades de eficacia o falla de un tratamiento preventivo, curativo o de rehabilitación.



-
- Ética médica, privacidad y confidencialidad de la atención: privacidad personal y de la atención.
 - Acceso al tratamiento: acceso imparcial al tratamiento, sin considerar su edad, raza, creencia, sexo o identidad sexual y nacionalidad.
 - Denegación del tratamiento: rehusar del tratamiento hasta donde se lo permita la ley.



Definición de asma bronquial.

La Comisión de Expertos NHL/OMS define el asma bronquial como un trastorno inflamatorio crónico de las vías aéreas en el que intervienen varios tipos de células, en particular mastocitos, eosinófilos y linfocitos T. ⁽¹⁾⁽²⁾

Esta inflamación crónica se asocia con hiperreactividad de la vía aérea que provoca episodios recurrentes de sibilancias, dificultad respiratoria, congestión torácica y tos con preferencia en la noche o al amanecer, **REVERSIBLE CON O SIN TRATAMIENTO.** ⁽¹⁾⁽²⁾

Epidemiología.

Afecta a persona de todas las edades, pero tiene una alta y creciente prevalencia, en especial en la población infantil.

Aproximadamente 300 millones afectados.

El asma causa importante de morbilidad y mortalidad a nivel mundial.

La prevalencia se ha incrementado en los últimos 20 años.

El asma grave o no controlada pone límites a la vida y puede ser mortal.

La frecuencia de esta enfermedad es 10 veces mayor en el niño que en el adulto, y es más elevada en el sexo masculino. ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾

Factores predisponentes. ⁽³⁾⁽⁴⁾

- ✓ Herencia y atopia
- ✓ Sexo masculino
- ✓ Raza



Factores Causales. ⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾

Estos actúan en los pacientes atópicos estimulando clones específicos de linfocitos T, con la correspondiente producción de anticuerpos IgE.

Entre ellos se mencionan:

- ✓ Alérgenos ambientales intradomiciliarios.
- ✓ Alérgenos extradomiciliarios.

Fisiopatología del asma:

Obstrucción de las vías aéreas que se debe a:

- Espasmo del músculo liso de las vías aéreas
- Edema de la mucosa de las vías aéreas
- Aumento de la secreción de moco
- Infiltración celular especial por eosinófilos, en paredes de vías aéreas
- Lesión descamación del epitelio de las vías aéreas

Características Clínicas: ⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁷⁾

Los síntomas clásicos del asma se caracterizan por episodios de broncoespasmo intermitente y variable (reversible) que se manifiestan por tos, sibilancias y disnea (triada del asma).

La historia clínica debe incluir:

1. Antecedentes de atopia personal y familiar.
2. Edad de comienzo, frecuencia e intensidad de las crisis.
3. Factores desencadenantes y su relación con las pruebas cutáneas.
4. Tratamiento farmacológicos e inmunológicos previos.



Los síntomas iniciales del asma bronquial en general son vagos y suelen asociarse con rinitis. Luego aparecen excesos de tos seca, sibilancias y disnea u opresión torácica. Existe un grupo de niños asmáticos en los cuales la tos es el síntoma relevante, prácticamente sin acompañarse de disnea ni sibilancias. Es una tos continua, de predominio nocturno, que se exagera con el ejercicio, la risa y el llanto.

Al examinar el tórax en el asma leve o moderada se puede observar solo espiración prolongada y sibilancias. Durante la crisis aguda, el niño se muestra intranquilo, agitado, ortopnéico, taquipnéico, con espiración prolongada, tiraje, sudoración, tos frecuente, sibilancias audibles y, a veces, cianosis.

DIAGNÓSTICO DE ASMA

1. Episodios recurrentes de sibilancias – más de una ocasión por mes.
2. Tos o Sibilancias inducidas con el ejercicio.
3. Tos nocturna durante los períodos agudos sin virosis asociada.
4. Síntomas que persisten luego de los tres años.

El diagnóstico en niños menores de 5 años de edad es difícil ya que los episodios de tos, sibilancias, dificultad respiratoria son frecuentes por infecciones virales. Además no todo niño con sibilancias tiene asma y no es posible realizar medición de función pulmonar.

El diagnóstico en el niño mayor de 5 a 6 años se efectúa de forma clínica y funcional, al igual que en el adulto; en cambio, sobre todo en los lactantes y los preescolares es predominantemente clínico.



Pero siempre hay que descartar otras posibilidades diagnósticas como fibrosis quística, aspiración de cuerpo extraño, cardiopatías congénitas con cortocircuito de izquierda a derecha, displasia broncopulmonar, reflujo gastroesofágico y malformaciones congénitas (estrechamiento de las vías aéreas, anillos vasculares, quistes bronquiales).

La determinación de una IgE total sobre dos desviaciones estándar del promedio normal para la edad orienta hacia la naturaleza atópica de la enfermedad.

En los niños de 4 a 6 años nada reemplaza una buena historia clínica y examen físico completo, se debe practicar una espirometría basal efectuando como mínimo tres maniobras y repitiendo la determinación después de que el paciente inhale un broncodilatador. Es importante recordar que el volumen espiratorio forzado en un segundo (VEF₁) es el índice más sensible de las vías aérea. El VEF₁ disminuye precozmente antes de que aparezcan los síntomas y varía en proporción inversa al grado de obstrucción.

La introducción del PEF ha simplificado el diagnóstico de asma bronquial, en especial a nivel primario. Además, ha permitido el monitoreo dinámico ambulatorio de la función pulmonar. El PEF varía con el ritmo circadiano del tono broncomotor que establece un valor mínimo temprano en la mañana y un valor máximo en horas vespertinas. En los niños sanos, el PEF tiene una variabilidad diaria máxima de 12 a 15 %.

Algunos exámenes complementarios pueden ayudar al diagnóstico de asma:

- Determinación de IgE total en sangre. Niveles superiores a 100 UI/ml (ELISA) se asocian frecuentemente con el diagnóstico del asma.
- Pruebas cutáneas alérgicas, permiten conocer factores causales y precipitantes y facilitan un adecuado control ambiental.



Cuadro 1. Clasificación de la severidad del Asma Bronquial (GINA).⁽⁵⁾

June 4th, 2008. Posted in Neumología.

	Síntomas/Diurnos	Síntomas/Nocturnos	FEV ₁	Variabilidad PEF
PASO 1 Intermitente	<ul style="list-style-type: none"> < 1 vez a la semana. Asintomático. PEF normal entre ataques 	≤ 2 veces al mes	≥ 80%	< 20%
PASO 2 Leve Persistente	<ul style="list-style-type: none"> 1 vez a la semana pero < 1 vez al día. Los ataques pueden afectar la actividad. 	> 2 veces al mes	≥ 80%	20-30%
PASO 3 Moderado Persistente	<ul style="list-style-type: none"> Diarios. Los ataques afectan la actividad 	> 1 vez a la semana	60- 80%	> 30%
PASO 4 Severo Persistente	<ul style="list-style-type: none"> Continuos. Actividad física limitada. 	Frecuentes	≤ 60%	> 30%

Abreviaturas: FEV₁: Volumen Espiratorio Forzado en el primer segundo, PEF: Flujo Espiratorio Pico



El manejo clínico exitoso del asma depende de cuatro componentes:

- **El control de síntomas y la función pulmonar**
- **La educación del paciente**
- **El control de factores desencadenantes de crisis**
- **La terapia farmacológica adecuada**

GINA 2009: Niveles de control de asma

CARACTERÍSTICA	CONTROLADO	PARCIALMENTE CONTROLADO	NO CONTROLADO
Síntomas día	Ninguna (2 o menos/semana)	Dos o más veces por semana	3 o + Caract. De parcialmente controlado en la semana
Síntomas nocturnos Despertar	Ninguna	Alguna	
Tratamiento Rescate	Ninguna (2 o menos/semana)	Más de 2 veces/semana	
Limitación de las actividades	Ninguna	Alguna	
Función pulmonar (PEF o FEV1)	Normal	< 80% predicho	



Exacerbación	Ninguna	Una o más/año	1encualquier semana
--------------	---------	---------------	---------------------

Crisis de asma bronquial

Son episodios agudos o subagudos caracterizados por un aumento progresivo de uno o más de los síntomas típicos de asma:

- ✓ Disnea
- ✓ Tos
- ✓ Sibilancias
- ✓ Opresión torácica de intensidad variable
- ✓ Aumento del diámetro antero posterior del tórax
- ✓ Ausencia de murmullo vesicular,
- ✓ Uso de músculos respiratorios accesorios
- ✓ Taquipnea.

Es el deterioro súbito progresivo de la función pulmonar con disminución del flujo espiratorio PEF o FEV1 .

Es una obstrucción bronquial que presenta el paciente al estar en contacto con factores desencadenante.

La intensidad de la crisis se relaciona:

- Edad del paciente
- Duración del episodio
- Episodios previos:
 - Ingreso a UCI
 - Soporte ventilatorio
 - Neumotórax
- Uso de esteroides sistémicos o dependencia a ellos.



Según la instauración de las crisis de asma:

Instauración lenta	Instauración rápida
<ul style="list-style-type: none"> • Se va instaurando en días o semanas 	<ul style="list-style-type: none"> • Instauración 2 a 3 horas
<ul style="list-style-type: none"> • Representan más del 80% de las que acuden a Urgencias 	<ul style="list-style-type: none"> • Alérgenos inhalados
<ul style="list-style-type: none"> • Se deben frecuentemente a infecciones respiratorias altas o un mal control de la enfermedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Fármacos AINE bloqueantes aditivos y conservantes de alimentos • Estrés emocional
<ul style="list-style-type: none"> • El mecanismo fundamental del deterioro es la inflamación 	<ul style="list-style-type: none"> • El mecanismo fundamental el bronco espasmo
<ul style="list-style-type: none"> • La respuesta al tratamiento es también lenta 	<ul style="list-style-type: none"> • Mas gravedad riesgo de intubación y muerte • Respuesta al tratamiento es más rápida y mejor



Pacientes con alto riesgo de muerte por crisis asmática grave:

- Toman esteroides orales o recientemente han recibido esteroides sistémicos
- Se han hospitalizado,
- Han acudido a urgencias en el mes previo
- Han requerido de intubación endotraqueal por asma en el último año.
- No cumplen adecuadamente su tratamiento
- Abuso de B2 agonista de acción corta
- Instauración brusca de la crisis
- Sin control periódico de la enfermedad

Tratamiento farmacológico de la crisis asmática:⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾

El objetivo básico del tratamiento de la crisis asmática es mejorar de manera rápida y oportuna la función respiratoria del niño y evitar secuelas graves e incluso la muerte.

Los medicamentos utilizados se agrupan en:

1. *Beta₂ adrenérgicos.*

Son los medicamentos de elección para las exacerbaciones del asma y para la prevención del asma inducida por el ejercicio. El más utilizado es el salbutamol.

Dosis de ataque de salbutamol por nebulizador:⁽⁷⁾⁽¹⁰⁾

Salbutamol solución nebulizador presentación de 5mg/dl: nebulizar con salbutamol a .0.1 mg/kg/dosis, completar con 2 a 3cc de SSN c/ 20min hasta 3 dosis en 1 h.

Dosis de mantenimiento:

Nebulización intermitente 0.1 a 0.3mg/kg/dosis cada 4 horas.

Oral: 0.3mg/kg/día en 3 ó 4 dosis.



2. Corticosteroides: ⁽³⁾⁽⁷⁾⁽¹⁰⁾

Estos medicamentos, ya sea por vía inhalatoria o sistémica tienen un papel fundamental en el tratamiento del asma. Su potente acción antiinflamatoria es esencial no sólo para tratar a los enfermos graves, sino también para prevenir la inflamación crónica de las vías aéreas en todas las formas del asma.

Por vía parenteral:

➤ Crisis de asma grave, shock anafiláctico:

Hidrocortisona 5mg a 10mg/kg/dosis IV dividido cada 4-6 horas.

3. Anticolinérgicos: ⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾

Se incluyen el bromuro de ipratropio y bromuro de oxitropio, actúan bloqueando las vías vagales eferentes posganglionares. Cuando se inhalan producen broncodilatación por disminución del tono vagal. También bloquean la broncoconstricción refleja determinada por la inhalación de gases irritantes. Son broncodilatadores menos potentes y con un comienzo de acción más lento que los B₂agonistas. Constituyen una alternativa para los pacientes que no responden a estos últimos o que presentan taquicardia y temblores exagerados.

Dosis: 2 inhalaciones 3 a 4 veces al día.



V. MATERIAL Y MÉTODO.

Se realizó un estudio evaluativo en cuanto a la calidad de atención brindada en el servicio de Emergencia pediátrica del HEODRA a los pacientes con asma bronquial, usando diferentes métodos y técnicas para obtener la información:

- A. **Entrevistas a profundidad a informantes claves.** Permitió tener una valoración sobre la calidad de la atención, y en particular sobre los recursos disponibles para la atención de niños con asma. Se tomaron como informantes claves: a) los dos médicos de base en el servicio de emergencia pediátrica; b) al residente de Pediatría de mayor nivel, rotando por Emergencia. Se preparó una guía de estas entrevistas, que puede verse en los anexos. Con el objetivo de no perder información, se pretendía grabar las entrevistas, pero solamente uno de los participantes lo permitió.
- B. **Observación**, de tipo estructurada, no participante. Tuvo como finalidad realizar una valoración por cuenta propia sobre la infraestructura, mobiliario y equipamiento disponible. Se elaboró una guía de observación, que puede verse en los anexos.
- C. **Revisión de expedientes clínicos**, para valorar el manejo y la evolución de los niños con asma.
- D. **Entrevistas de salida**, dirigida a la madre o tutor (a) de los niños con asma, con la finalidad de conocer su grado de satisfacción en relación a la atención recibida, y para completar información sobre el servicio recibido.



Se entrevistaron 50 personas. Se realizaron en condiciones de privacidad, luego de obtener el consentimiento de las personas para realizar las entrevistas. El cuestionario que se usó puede verse en los anexos.

Área de estudio: Servicio de Emergencia-Pediátrica del Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello. HEODRA.

Aspectos éticos: Las entrevistas se realizaron sólo a personas que consintieron concederlas. No se registraron los nombres de las personas entrevistadas, y los resultados se utilizaron únicamente con fines investigativos.

Plan de análisis: Se calcularon distribuciones porcentuales de los usuarios, según sus grados de satisfacción en relación a diferentes aspectos de la atención recibida.

La información cualitativa obtenida de las entrevistas a profundidad será analizada mediante lectura detenida de las expresiones de los entrevistados.



OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

Variable	Indicadores
Adecuación de los recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones de espacio, iluminación, ventilación, limpieza. • Disponibilidad de camas, nebulizadores, tanques de oxígeno. • Valoración que realizan los informantes claves sobre la disponibilidad de recursos y calidad de los mismos.
Manejo del asma bronquial	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de casos que fueron manejados de acuerdo a las normas del servicio.
Evolución del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de pacientes que mejoraron. • Porcentaje de pacientes que empeoraron. • Porcentaje de pacientes fallecidos.
Satisfacción del acompañante del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Distribución porcentual de los usuarios, según su grado de satisfacción o insatisfacción en relación a diferentes aspectos de la atención recibida y de las condiciones del local.



VI. RESULTADOS

A. Información obtenida mediante entrevistas a informantes claves

Los tres médicos entrevistados coincidieron que el Departamento de Emergencias tiene limitaciones en cuanto al equipamiento necesario para ofrecer una adecuada atención a los niños con asma. Hicieron especial referencia a la falta de aparato para medir el “peakflow”, y que sería conveniente disponer de un ventilador. Dicen que no hay suficientes mascarillas y nebulizadores, agregando que estos no son los más apropiados, desde el punto de vista tecnológico. Necesitan un laringoscopio y un tensiómetro en buen estado.

En cuanto a medicamentos, dicen contar con los medicamentos básicos para el tratamiento del asma, pero que es conveniente disponer de otros, como la teofilina, y algunas presentaciones especiales, como broncodilatadores en spray, para niños mayores.

Acerca de la infraestructura, aunque buena en general, expresaron que sería conveniente disponer de un ambiente especial para niños con enfermedades respiratorias. Se quejaron del mantenimiento, señalando de manera particular la falta de funcionamiento del aparato de aire acondicionado y del sistema de comunicaciones. Un médico hizo ver que las condiciones higiénico sanitarias son deficientes.

Consideran que el número de médicos y enfermeras es suficiente, sobre todo en el día. El personal de apoyo, como camilleros y encargadas de limpieza, es insuficiente.



Los entrevistados valoran que, a pesar de las limitaciones de recursos, ofrecen una atención satisfactoria, manifestada por la recuperación de los niños.

B. Información obtenida mediante la observación

Condiciones generales:

- Limpieza: adecuada.
- Ventilación: inadecuada, ya que el aire acondicionado está en mal estado.
- Iluminación: adecuada.

Mobiliario:

- Camas: 2
- Cunas: 7
- Sillas para los acompañantes: 10

Equipamiento:

- Nebulizadores: 3 en existencia pero solo funciona 1.
- Mascarillas: 4
- Tanques de oxígeno: 1

Recursos humanos:

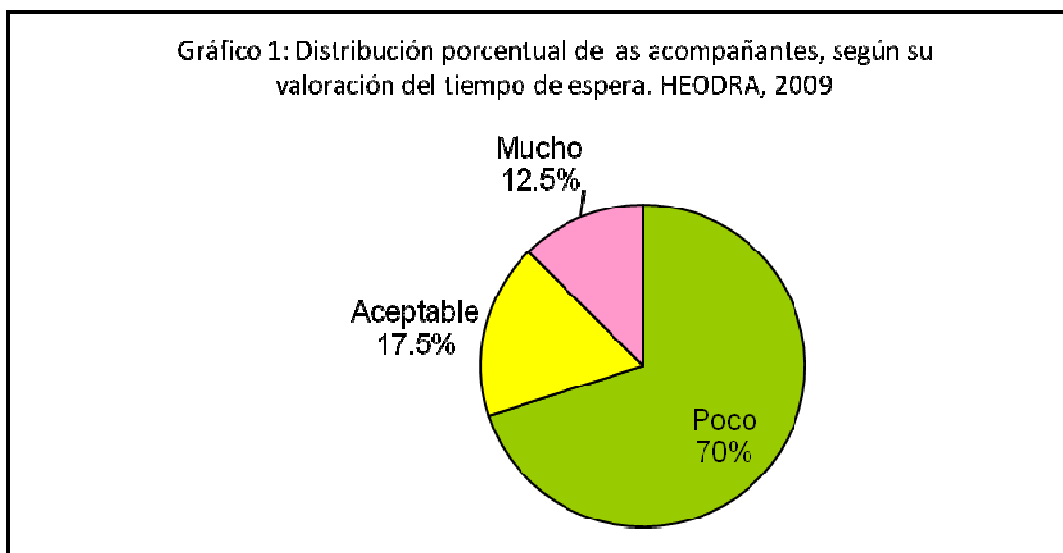
- Médicos de base: 2 por la mañana, 1 por la tarde.
- Médicos residentes de pediatría: 2 por la mañana (1 de primer año y otro de tercero) y 1 por la noche, de primer año.
- Médicos interno: 1
- Personal de enfermería: 1
- Personal de limpieza: 1



C. Información obtenida mediante entrevistas de salida

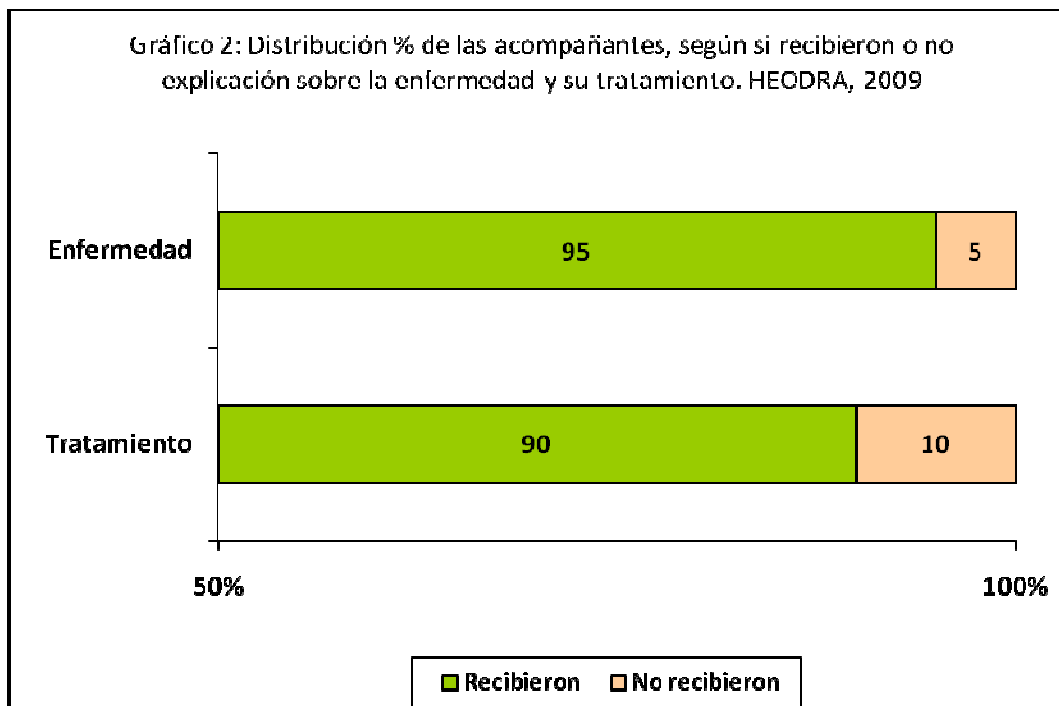
Se entrevistó a 50 acompañantes de los niños atendidos por asma, que en su totalidad eran mujeres, la mamá en el 80% de los casos.

La gran mayoría de las acompañantes sintió que habían tenido que esperar poco tiempo, o un tiempo aceptable, para recibir atención (Gráfico 1).





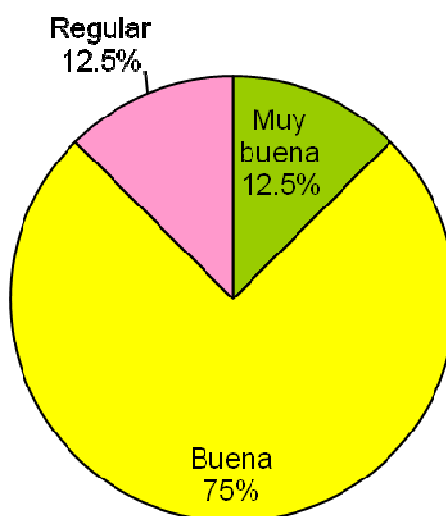
También una gran mayoría de las acompañantes reportó haber recibido explicaciones, bien sea sobre la enfermedad o sobre el tratamiento a administrar (Gráfico 2). De las que recibieron explicaciones, 82.5% se sintieron satisfechas con la información recibida.





Al pedirles su valoración de la atención recibida, 82.5% la calificó como buena o muy buena, y nadie la calificó como mala (Gráfico 3).

Gráfico 3: Distribución porcentual de las acompañantes, según su valoración de la atención recibida. HEODRA, 2009





La limpieza del local fue valorada como muy buena por 5% de las acompañantes, buena por 77.5%, y regular por 17.5%. Nadie la valoró como mala.

Al preguntarle a las acompañantes sobre aspectos de la atención que consideran que deben ser mejorados, los más mencionados fueron el equipamiento y la provisión de medicamentos (cuadro 1)

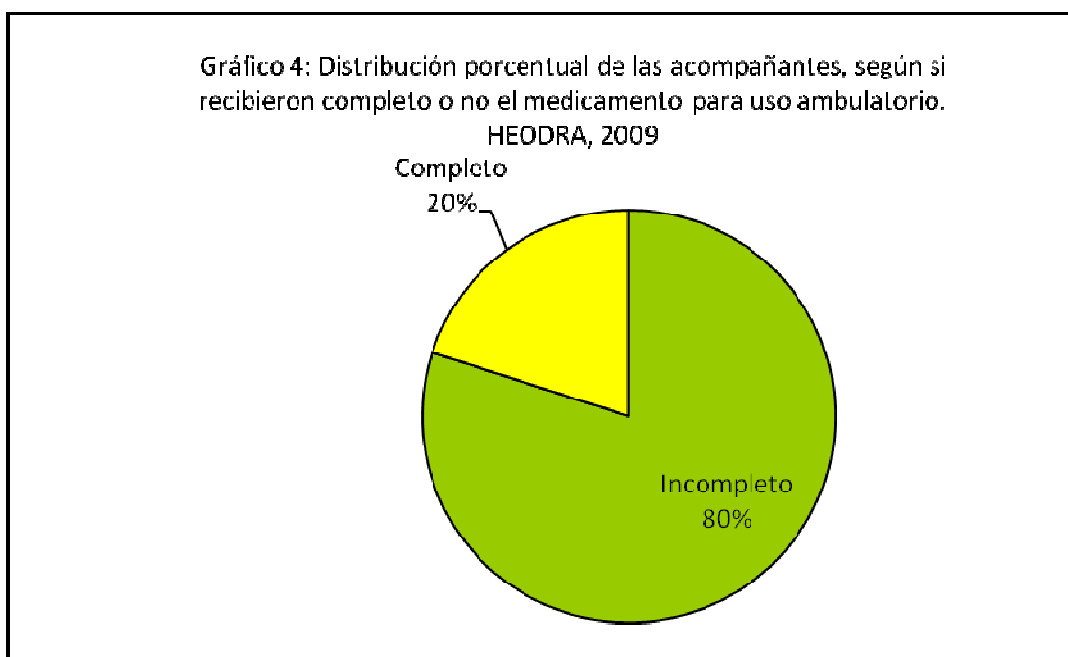
Cuadro 1: Porcentaje de acompañantes que mencionaron determinados aspectos de la atención que recomiendan mejorar. HEODRA, 2009.

Aspectos a mejorar	Porcentaje (n=50)
Equipamiento	65
Provisión de medicamentos	37.5
Trato del personal	12.5
Tiempo de espera	5

Nota: Algunas acompañantes mencionaron más de un aspecto



Al preguntarles si el medicamento ambulatorio les fue entregado o debía comprarlo, la gran mayoría manifestaron que sólo recibieron una parte, y por lo tanto, que tendrían que comprar el resto, y un porcentaje menor dijo que fue entregado completo (Gráfico 4.).





D. Información obtenida de la revisión de expedientes

En los 50 casos revisados, en todos se administró tratamiento según normas del AIEPI. Cabe hacer notar que algunos médicos de base señalaron la conveniencia de que el Departamento de Emergencia dispusiera de su propio protocolo de atención.



VIII DISCUSION

Valoración de los recursos disponibles para la atención de los niños con asma.

Los recursos disponibles en el área de emergencia pediátrica para tratar al niño con asma permiten brindar una buena atención, logrando la recuperación satisfactoria del paciente.

En cuanto al personal de salud hay un número suficiente especialmente durante el día.

Sin embargo hay limitantes especialmente en el aspecto de los recursos materiales; con respecto al medicamento se cuenta con lo básico para tratar la crisis, pero hay escasez para proporcionar el medicamento ambulatorio completo. Además hace falta un ambiente exclusivo para los pacientes con cuadros respiratorios, así como un número suficiente de nebulizadores y un ventilador.

Valoración del manejo del asma bronquial en emergencia pediátrica en base a las normas.

Como se dijo anteriormente, se encontró que todos los niños con asma estaban recibiendo una atención ajustada a las normas del AIEPI.

Análisis de la evolución de los niños tratados

La evolución fue satisfactoria en todos los casos estudiados.



Satisfacción de usuarios

En su gran mayoría los usuarios manifestaron estar satisfechos con la atención recibida, en todos los aspectos que esta incluye. Sin embargo también reconocen que todavía existen varias condiciones que deben mejorar, principalmente el equipamiento e insumos médicos.



IX CONCLUSION

En el servicio de emergencia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales, la calidad de atención a los niños con asma es buena. Tiene como características positivas, en primer lugar, el buen resultado del tratamiento, ya que todos los pacientes superaron la crisis de asma; hay suficientes recursos humanos, sobre todo durante el día; se cuenta con los medicamentos básicos para esta patología, y los usuarios, de manera general, se mostraron satisfechos con la atención recibida.

No puede considerarse excelente porque hay falta o escasez de equipo para atender esta patología; las condiciones en que se atiende a estos niños no es la mejor, porque no se dispone de un ambiente separado para ellos; el aparato de aire acondicionado no estaba funcionando, así como tampoco el teléfono interno; no se dispone de algunos medicamentos, y los pacientes con frecuencia los reciben incompletos.



X. RECOMENDACIONES

A LA UNAN-LEÓN:

1. Que sigan fomentando la realización de trabajos investigativos que evalúen la calidad de atención en otros servicios del hospital con el propósito de que existan referencias que orienten a estudios futuros.

A LA DIRECCIÓN DEL HEODRA:

1. Que gestione el equipamiento necesario para el manejo del cuadro agudo del asma, como es la cantidad suficiente de nebulizadores, mascarillas, tanques de oxígeno, peak-flow, un ventilador que esté disponible en el servicio para evitar complicaciones mayores.
2. Garantizar una cantidad adecuada de medicamentos para dar cobertura a todos los pacientes asmáticos.
3. Dar mantenimiento a instalaciones de aire acondicionado, vías de comunicación y condiciones de espacio en el servicio de Emergencia.

AL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA:

1. Establecer un protocolo de atención del niño asmático revisado y actualizado periódicamente por el propio departamento.
2. Aumentar el número de recursos humanos establecidos para el turno, garantizando por lo menos dos residentes en el servicio.



XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Donabedian, Avedis. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. La Prensa Médica Mexicana, S.A. 1984.
2. PROSIM-GTZ. Gerencia de la Calidad: Promoviendo una cultura de calidad en las instituciones de salud del primer nivel de atención. MINSA. Managua, noviembre 2001. Págs.:17-20; 205-207.
3. Meneghello, Julio R. Pediatría. Tomo II. 5ª edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, Argentina. 2002. Págs.:
4. Behrman, Richard E. Nelson. Tratado de Pediatría. Cap. 134: Asma en la infancia. 17ª edición. Editorial Elseiver. España, S.A. 2004 Págs.:760-774.
5. Coordinación Institucional de Medicamentos Esenciales COIME. Atención Internacional por la Salud AIS. Manejo crónico del asma bronquial. Boletín #15. Marzo, 2000.
6. Cotran, Ramzi. et al. Patología estructural y funcional de Robbins. Cap.7 Trastornos de la Inmunidad. 7ª edición. Editorial Mc Graw- Hill Interamericana. México D.F. 2003. Págs.: 209-213.
7. AIEPI Hospitalario. Manual para el abordaje de las enfermedades infecciosas más comunes de la infancia y la desnutrición. Para la atención hospitalaria de niñas y niños de 1 mes a 5 años de edad. Managua, Nicaragua, Julio-2004.
8. Flores, Jesús. Farmacología Humana. Sección VI. Cap. 42: Fármacos antiasmáticos y broncodilatadores. 4ª edición. Editorial Masson S.A. Barcelona, España. 2000. Págs.: 705-720.
9. Goodman y Gilman. Bases de la farmacología Clínica. Cap. Fármacos antiasmático. 11ª edición. Editorial Mc Graw- Hill Interamericana. México, D.F. 2005. Págs.: 1020-1045.
10. Ramírez, Juan Ronald. Formulario Terapéutico Pediátrico/CNicFe. Editorial Universitaria, UNAN-León. León, Nicaragua. 2006. Págs.: 62-85.



ANEXOS



Entrevista N° 1. Médico de Base.

1. ¿Considera usted que los recursos materiales con los que cuenta el servicio de Emergencia son adecuados para brindar atención a los niños que acuden con asma?

R: “No son adecuados”, porque no se cuenta con un número suficiente de mascarillas, no hay de todo tamaño, no hay ventilador, no hay suficientes conitos para realizar la otoscopía, ya que estos niños pueden cursar con procesos infecciosos. Además no hay peak-flow lo que ayudaría a una mejor valoración de la función respiratoria de estos niños, se cuenta con un número insuficiente de nebulizadores para dar respuesta a los niños.

Solo existe un tanque de oxígeno que no es exclusivo para el asmático, y en caso de una emergencia mayor (politraumatismo) se le cederá inmediatamente a éste. Las normas con las que se maneja al niño asmático, hace 3 ó 4 años que no se actualizan y no existe una norma revisada por el departamento.

2. ¿Cómo valora la infraestructura del servicio de Emergencia?

R: Inadecuada. No existe un área específica para los pacientes con problemas respiratorios, el aire acondicionado está en mal estado, las condiciones higiénico-sanitarias son deficientes. No hay suficientes sábanas para las camas de los niños.

3. ¿Cree que el personal encargado del servicio de Emergencia es suficiente para dar cobertura a los niños que acuden con historia de asma bronquial?

R: Sí, en cuanto al personal médico con que se cuentan en el día (7: am – 3: pm) con dos médicos de base, tres residentes, un médico interno y una enfermera. Pero en el turno de la noche, lo considero insuficiente, ya que solo se cuenta con un residente del primer año, un médico de base y una enfermera.



Sin embargo, hay déficit de recursos en cuanto a camillero y encargada de limpieza, ya que solo se cuenta con un recurso disponible para toda la emergencia (Cirugía, Ortopedia M. Interna, Ginecología, Pediatría).

4. ¿Considera que la atención brindada por el servicio logra satisfacer las necesidades del niño traído con asma.

R: Sí, porque a pesar de las limitaciones que tiene nuestro servicio, logramos que la gran mayoría de los niños resuelvan el cuadro agudo. Ya que al menos los medicamentos básicos para asma como: salbutamol e hidrocortisona siempre hay disponibles.

Sin embargo, se debe mejorar en el seguimiento de estos pacientes, ya que muchos de estos son referidos y no se les da contra referencias para que se les siga valorando en su centro de salud.

Entrevista N° 2. Médico de Base.

1. ¿Considera usted que los recursos materiales con los que cuenta el servicio de Emergencia son adecuados para brindar atención a los niños que acuden con asma?

R: "son deficientes". Porque se necesitan más medicamentos para dar una mejor atención, como teofilina que no está disponible. Además necesitamos broncodilatadores en spray para niños más grandes y para cubrir tratamiento ambulatorio. Mejorar soluciones hipertónicas para nebulizar, diuréticos para sacar secreciones y nebulizadores modernos que penetren directamente en las vías respiratorias bajas.

También se necesita un ventilador, un laringoscopio pediátrico y un tensiómetro en buen estado.



2. ¿Cómo valora la infraestructura del servicio de Emergencia?

R: Inadecuada. Es necesario contar con espacios especiales para atender a los asmáticos, es decir aéreas exclusivas para ellos.

3. ¿Cree que el personal encargado del servicio de Emergencia es suficiente para dar cobertura a los niños que acuden con historia de asma bronquial?

R: Sí, estamos bien... hay suficientes recursos humanos para darle cobertura a todos los niños traídos a nuestro servicio.

4. ¿Considera que la atención brindada por el servicio logra satisfacer las necesidades del niño traído con asma.

R: Sí, a pesar de muchas deficiencias, llenamos todas las expectativas. Pero necesitamos que se normaticen a todos los niños con asma para darle un tratamiento profiláctico y evitar llegar a un EPOC.

Entrevista N° 3. Médico Residente (III año).

1. ¿Considera usted que los recursos materiales con los que cuenta el servicio de Emergencia son adecuados para brindar atención a los niños que acuden con asma?

R: Tenemos muchas limitaciones en estos momentos, a veces ameritamos realizar gasometría, por lo menos tener un peak-flow, para medir como está saturando el niño o como está en ese momento su volumen espiratorio o inspiratorio; pero realmente en emergencia no contamos con esas tres cosas que son básicas. Si se les atiende y se les da lo mejor que tenemos y lo que está al alcance de nosotros a pesar de las limitaciones.



2. ¿Cómo valora la infraestructura del servicio de Emergencia?

R: En este caso, yo considero que es una de las mejores que tenemos, el mantenimiento es lo que le hace falta porque las vías de comunicaciones están en mal estado, aunque estas no son necesarias para atender a un paciente asmático, si nos limita para reportar los casos. Otra cosa sería que no hay aire acondicionada porque se encuentra en mal estado, esto limita la atención y la calidad que el paciente pueda tener una vez ingresado.

3. ¿Cree que el personal encargado del servicio de Emergencia es suficiente para dar cobertura a los niños que acuden con historia de asma bronquial?

R: considero que los recursos humanos son suficientes, ahorita estamos 4 residentes, dos residentes de primer año, uno de segundo y uno de tercer año. Con relación a los médicos de base, tenemos dos por la mañana y uno por la tarde.

4. ¿Considera que la atención brindada por el servicio logra satisfacer las necesidades del niño traído con asma?

R: Hay limitaciones en ese particular, porque cuando van de alta, no cuentan con todo el medicamento para mantenerse estable en su casa, y por falta de recursos en la farmacia del hospital.