



## *Síndrome Bronquial Obstructivo*

### **Evaluación de la estrategia de la Hospitalización abreviada**

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) son la primera causa de consulta por enfermedad en niños menores de 5 años en todo el mundo. Representan el 60% del total de consultas en pacientes menores de 2 años y dentro de ellas el Síndrome Bronquial Obstructivo (SBO) es una de las principales causas de consulta ambulatoria pediátrica, representando en algunas épocas del año más del 30% del total de las mismas.

El Síndrome Bronquial Obstructivo (SBO), está caracterizado por tos, sibilancias y espiración prolongada de variable intensidad. Los factores de riesgo asociados a esta patología pueden ser exógenos y endógenos. Entre los exógenos los más importantes son: infecciones virales, hacinamiento, contaminación ambiental, domiciliaria (humo, tabaco), lactancia materna ausente. Entre los endógenos: hiperreactividad bronquial, prematurez, antecedentes familiares de asma y sexo masculino.

La estrategia de “Hospitalización abreviada” para SBO es una modalidad de organización de la atención que busca mejorar el nivel de la misma. Propone aumentar la capacidad resolutoria de los Centros de Salud y la correcta derivación a los hospitales.

Para su implementación a fines del mes de junio de 2002, se iniciaron actividades de formación del equipo profesional con-

sistentes en reuniones de capacitación con metodología de exposición de marco teórico y taller. Los objetivos fueron hacer conocer esta estrategia, los formularios a llenar, los circuitos de pacientes, el uso de aerosoles y aerocámaras y propuestas para que cada lugar de trabajo organice la devolución de aerosoles desde la comunidad. En junio de 2003, se iniciaron estas normas de atención en los efectores Municipales.

Para el momento de la atención del paciente se confeccionó una ficha. La misma fue recepcionada por el Sistema Municipal de Epidemiología (SiME), donde se realizaron las siguientes actividades: creación de la base de datos, cargado de las fichas recibidas, identificación de fichas duplicadas, validación de la información registrada y análisis de la misma.

En el año 2003, el período de análisis quedó comprendido entre el 1/06 y el 30/09. El total de fichas recepcionadas en el SiME fue de 416, correspondiendo un 67,5% (281) a los hospitales y el resto a APS.

Un total de 274 (65,9%) fichas fueron recibidas en tiempo, es decir antes del 17/10/2003. Se excluyeron las fichas de niños mayores o iguales a 5 años, menores de 4 meses, las confeccionadas fuera del período establecido y las incompletas respecto de la evaluación del TAL (101 fichas), quedando para el análisis 315.

Las fichas se unificaron considerando:

- Primer episodio de SBO para un paciente
- Control a las 24 horas
- Control a las 48 horas
- Recurrencias ocurridas dentro del mes de la primera consulta
- Los episodios posteriores al mes se consideraron como nuevo caso.

Se realizó el análisis de los antecedentes personales-familiares y los patológicos relacionados con el SBO, sobre un total de 289 pacientes. El 77,1% de los pacientes correspondieron a menores de 2 años y el 52,6% al sexo femenino.

En la distribución de los pacientes según localización geográfica de su domicilio se observó que los distritos con mayor presencia correspondieron a: sudoeste, oeste y sur, pero esto se correspondió con los efectores de salud de mayor notificación (Hospitales Vilela y Roque Saenz Peña).

En el año 2004 se realizaron distintas actividades para fortalecer la atención de pacientes que presentan S.B.O las cuales se detallan a continuación.

1) En los meses de enero a mayo se terminó de elaborar un informe sobre la estrategia de hospitalización abreviada para S.B.O. en menores de 5 años ocurrida en el año 2003; los resultados más importantes que se obtuvieron fueron:

\* necesidad de comenzar con las actividades con anticipación, en lo que respecta a la planificación, capacitación, previsión de materiales y a la organización en general.

\* profundizar distintos aspectos de la atención en consultorio para estos pacientes, a saber: organización en consultorios, atención del paciente y llenado de la ficha, principalmente en la necesidad de afianzar los criterios de inclusión de pacientes a esta estrategia.

\* reevaluar la ficha, a los fines de eliminar,

agregar y modificar variables

\* conocer la circulación del paciente en los efectores municipales a los fines de efectivizar la atención.

2) Modificación de la ficha: en primer lugar la estrategia se focalizó en el año 2004 para niños de 3 meses a 2 años que presentan bronquiolitis y BOR.

Se modificó la ficha a los fines de dejar constancia de los factores de riesgos para padecer IRA, se agregaron la edad de la madre, el nivel de instrucción de la madre, el peso actual del paciente; se modificaron otras como vacunación, variables referidas a la enfermedad actual, la sección de evaluación como también se modificó el diagrama de la decisión terapéutica en función del Boletín Remediar N°10; finalmente se eliminaron otras como TBC en el niño.

Se construyó un instructivo de la ficha en el cual quedó explicado en forma expresa los criterios de inclusión y exclusión para llenar una ficha y se detalló para cada variable lo que se debía consignar en el momento del llenado de la misma.

Se preparó material para enviar a los efectores de salud, consistente en fichas e instructivos.

Se diseñó un poster, en el cual se visualizan los criterios de inclusión y exclusión y el diagrama de la decisión terapéutica.

Se construyó una base de datos en epi-info para ingresar las fichas de BOR.

Capacitación al personal de enfermería en conjunto con efectores provinciales.

Se realizaron reuniones mensuales de mayo a octubre con profesionales pertenecientes a distintos efectores de salud municipales (atención primaria, maternidades, sistema integrado de emergencia sanitarias, etc.) tomando a esta patología dentro de la evaluación de procesos asistenciales integrados en salud.

Se realizó una provisión de aerosoles

Se recopilaron las fichas en los efectores

municipales.

Validación de las fichas según criterios de inclusión.

Cargado de las fichas recibidas  
Análisis preliminar de las fichas

En las reuniones realizadas durante los meses de mayo a octubre del 2004, se trabajó con el objetivo de identificar situaciones problemáticas; en las mismas participaron profesionales de distintos sectores de la salud pública municipal, quienes aportaron distintas visiones sobre este tema, permitiendo la identificación de amenazas, debilidades, fortalezas, oportunidades.

En el año 2003 la estrategia se orientó a niños menores de 5 años y se observó que el 77% de los pacientes tenían menos de 2 años. Esta conclusión derivó en un cambio en el 2004, es decir la estrategia se focalizó en el grupo etáreo de 3 meses a 2 años de edad.

En la siguiente tabla se muestra el número total de fichas recibidas en Epidemiología en los años 2003 y 2004, clasificadas según hospitales y Atención Primaria de la Salud.

A partir de la tabla 1 se observa un incremento del 75% en el año 2004 en el volumen de fichas recibidas respecto del año 2003; este incremento se debe a un importante aumento

Tabla 1 Clasificación de las fichas de S.B.O. recibidas en el Si.M.E.

	Año 2003	Año 2004	Incremento
Fichas Recibidas	416 Hosp.281 APS 135	730 Hosp.320 APS 410	75% 13% 203%
Fichas Válidas	Hosp.239 APS 76	388 Hosp.228 APS 160	23% - 110%

en el número de fichas construidas y enviadas al Si.M.E. El total de fichas recibidas nos da una idea del volumen de trabajo, es decir del total de casos atendidos en los efectores municipales.

Por otro lado también se observa un aumento en el total de fichas válidas para el análisis, pero del total de fichas recibidas en el 2004 solo el 53,15% resultaron válidas. Las fichas excluidas se deben a que no cumplen con los criterios de inclusión; los siguientes son los problemas por los cuales fueron excluidas:

Fichas construidas por fuera del período en estudio, es decir antes del 15 de mayo o des-

pués del 31 de septiembre (10%)

Pacientes que no pertenecen al grupo etáreo de estudio, es decir paciente mayores o iguales a 2 años (23,15%)

Fichas en las cuales no se consignó el valor de Tal (10,7%)

Del total de fichas válidas el 46,8 % corresponden al sexo femenino (130 casos) y el 53,2% al sexo masculino (148 casos).

En la siguiente tabla se observa la distribución de los casos según grupo de edad, en 7 casos se ignora el dato (2,87%).

En la tabla 3 se presenta la descripción de

los factores de riesgos, donde queda de manifiesto la necesidad de fortalecer acciones en post de disminuir el riesgo debido al consumo de tabaco.

En la tabla 4 se observan el total de casos resueltos al inicio del tratamiento, casos resueltos a la hora de tratamiento, casos resueltos a las dos horas de tratamiento y casos que requirieron hospitalización en un efector de salud de mayor complejidad. A partir de las fichas se puede decir que el 87,3 % de los casos por S.B.O. fueron resueltos con la estrategia de hospitalización abreviada.

Las derivaciones de pacientes pediátricos realizadas por el SIES en el período 2003-2004 correspondieron a las siguientes edades: menores de 2 años (70%), de 2-5 años (13%)

y mayores de 5 años (13%).

En el año 2005 se trabajó conjuntamente con APS y el Servicio de Neumonología e Infectología del Hospital de Niños V. J. Vilela, en la actualización de neumonías para el correcto manejo de esta patología. Las maternidades municipales hicieron acuerdos y normas de trabajo internas: criterios de internación abreviada adaptados al recién nacido, criterios de internación en Salas de Neonatología, métodos diagnósticos y tratamiento. Unificar criterios de evaluación, atención y derivación oportuna a centros de mayor complejidad fortalece los equipos de salud, el sistema de referencia y contrareferencia e incrementa la comunicación.

Tabla 2 Distribución de los pacientes según grupo etáreo

Edad	Frecuencia (porcentaje)
3 a 6 meses	86 (31,9%)
7a 12 meses	76 (28,1%)
13 a 18 meses	72 (26,7%)
19 a 24 meses	36 (13,3%)

Tabla 3: Análisis de los factores de riesgo en los pacientes con S.B.O.

Antecedentes	Frecuencia %
<b>Personales</b>	
Recién nacido pretérmino	35 ( 12,7%)
Sin lactancia	17 (6,2%)
Vacunación incompleta	31 (11,2)
Concurrencia a Guarderías	5 (2%)
<b>Familiares</b>	
(1)    Virus Fliar	148 (54,2%)
(2)    TBC	6 (2,3%)
(3)    Asma	92 (34,3%)
(4)    Fumadores	152 (56,3%)
<b>Personales Patológicos</b>	
Patología respiratoria neonatal	33 (12,5%)
Asistencia respiratoria mecánica	14 (5,4% )
O2	36 (13,7%)
Enfermedad respiratoria Previa	147 (57,9%)

Tabla 4 Clasificación de los casos según momento de resolución

Evaluación del TAL	Frecuencia (%)
Casos resueltos al inicio	69 (32,4%)
Casos resueltos a la hora de observación	74 (34,7%)
Casos resueltos a las 2 horas	43 (20,2%)
Internación( confirmados por ficha de BOR)	14 (5%)