



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA DE NICARAGUA



T1143
W84.4
0
2005

MAESTRIA EN SALUD PUBLICA

Tesis para optar al titulo de master en Salud Pública

**Evaluación de Calidad de Atención del Paciente con Asma, en las
Clínicas de Emergencia del Hato y el Sitio
Tegucigalpa, M.D.C. Honduras, Septiembre, 2004**

Autoras: Patricia Sofía Ochoa Oviedo
Gladis Lainez Jiménez

Tutor: Dr. Miguel Orozco MSc

OCOTAL, NUEVA SEGOVIA NICARAGUA
JUNIO 2005

INDICE

	Numero de pagina
<i>i</i> Dedicatoria	
<i>ii</i> Agradecimiento	
<i>iii</i> Resumen	
I Introducción.....	1
II Antecedentes.....	2
III Justificación.....	3
IV Planteamiento del Problema.....	4
V Objetivos.....	5
VI Marco de Referencia.....	6
VII Diseño Metodológico.....	36
VIII Resultados.....	41
IX Análisis de Resultados.....	52
X Conclusiones.....	61
XI Recomendaciones.....	63
XII Bibliografía.....	65
Anexos	

DEDICATORIA

A DIOS: Por darme la vida que tengo, por darme el don de la perseverancia para seguir adelante con mis estudios y por proveerme los medios para realizarlo.

A mi Esposo: Jesús Roberto.

Por el apoyo y la ayuda que me das con amor y paciencia, todos los días.

A mis Hijos: Marcela, Roberto y Alex:

Por el tiempo que no les he dedicado, durante estos 2 años.

A mis Padres: Sofía y Arturo.

Por ser los mejores padres, por estar siempre pendientes de mi y de mi familia.

A mis Hermano y hermanas: Mauricio, Gissell y Cinthia.

Por la ayuda que me han dado en estos 2 años.

A mis compañeras: Gladis, Miriam, Nereida y Yolani

Por ser mas que compañeras amigas, por su apoyo y ayuda.

Patricia Sofía Ochoa Oviedo

AGRADECIMIENTO

A Dios nuestro señor por cuidar de nosotras siempre, por darnos fortaleza en los momentos difíciles, por consolarnos en los momentos de dolor, y por regalarnos la alegría de la vida.

A nuestras familias:

por el apoyo incondicional.

A nuestros maestros:

por dar lo mejor siempre y por tener la paciencia de enseñarnos, en especial al Dr. Miguel Orozco, Lic. Manuel Martínez y la Dra. Martha González.

A nuestros compañeros de trabajo:

por colaborar con nosotros, en todas las entrevistas y en los cambios de turno.

Muy especialmente a la Lic. Leticia Izaguirre:

por aceptar amablemente ser nuestra asesora y hacernos más viable nuestro trabajo.

Las autoras

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue evaluar la calidad de atención que se brinda a los pacientes que asistieron a las clínicas de emergencia el Sitio y Hato utilizando el asma como patología trazadora en periodo de septiembre 2004; y el Modelo conceptual del Dr. Avedis Donabedian 1980. El cual abarca tres aspectos de la atención: la estructura, los procesos y los resultados.

El estudio realizado es de tipo evaluativo, de corte transversal, el cual estaba dirigido a describir, los recursos materiales, Humanos e Infraestructura, además de compararlos con los estándares mínimos para este tipo de establecimiento. Los procesos fueron evaluados a través de entrevista a 19 médicos que laboran en las emergencias, para indagar y analizar el cumplimiento de la normatización de la atención, competencias técnicas, servicios de apoyo que contribuyen a brindar una atención de calidad. Identificar que resultados se obtienen de la combinación de los dos aspectos anteriores.

En estructura se encontró que los recursos humanos son insuficientes en la CLIPER del Sitio y no cumple con los estándares mínimos en cuanto a cantidad y competencias técnicas, a diferencia del Hato; en recursos materiales e insumos si se encuentran abastecidas y en infraestructura las dos clínicas aunque no cumplen en su totalidad con los estándares, son funcionales, con ambiente agradable para el paciente.

Se encontró que los procesos no cumplen con las normas vigentes de la Secretaria de Salud y en cuanto a competencias técnicas no existen programas de educación permanente que garanticen la calidad de la atención. Los resultados finales evidencian que las clínicas se articulan pobremente con los otros niveles de atención, y aunque brindan algún tipo de respuesta, esta no es de la calidad esperada para dicho nivel.

I INTRODUCCION

El tema de calidad constituye un signo innegable de nuestro tiempo en todos los ámbitos del quehacer humano. Los servicios de salud no escapan a esta situación. Calidad debe entenderse como el grado en que los servicios mejoran los niveles esperados en salud, de manera congruente con las normas profesionales y con los valores de los pacientes. Las salas de emergencia son los lugares donde la atención de calidad toma mayor importancia ya que esta puede determinar la vida o muerte de un paciente aunque en ocasiones el paciente no pueda determinar si ha recibido una atención de calidad.

La excesiva demanda a la que se ven sometidos las emergencias del país; el escaso material; las malas condiciones de los equipos; y el escaso personal con que funcionan, provoca la inconformidad de muchos de los clientes externos y la frustración de los clientes internos a los cuales les resulta difícil brindar una atención de calidad; unido esto a la falta de una verdadera red de atención hospitalaria que permita dar solución a los problemas de salud de la población metropolitana de acuerdo al nivel de complejidad en que se necesite la atención. Actualmente se considera que la calidad, en lo que se refiere a los servicios de salud es un concepto medible con objetividad, evaluable continuamente y sobre todo mejorable permanentemente.

Es por esta razón se procede a realizar el presente estudio durante el mes de septiembre 2004, en las clínicas periféricas de emergencia y poder evaluar la calidad de la atención brindada, y determinar si este proyecto de extensión de cobertura y mejoramiento de la red metropolitana de servicios de salud cumplió con los objetivos para lo que fueron creadas las clínicas.

Si los servicios tienen alta calidad, eso significa que podrán satisfacer adecuadamente las necesidades de salud. Por ello, la búsqueda de la calidad debe ser la orientación fundamental de los diferentes actores del Sector Salud y de las autoridades Sanitarias.

II ANTECEDENTES.

Siendo Tegucigalpa una ciudad en constante crecimiento con una población aproximada de 1.6 millones de habitantes, este crecimiento ha vuelto a los servicios de emergencia insuficientes para esta gran cantidad de población.

Los servicios de emergencia se encuentran distribuidos de la siguiente forma en la capital: la emergencia del IHSS(Instituto Hondureño de Seguridad Social), a la que solo tienen acceso los trabajadores afiliados al Seguro Social, y las emergencias privadas a los que muy pocos tienen acceso; de la asistencia pública el único hospital que cuenta con una emergencia es El Hospital Escuela, el cual además de atender la población de la capital, es el hospital de referencia de todo el país y todos los casos que no pueden ser resueltos en los otros hospitales son trasladados a este.

Por esto las CLIPER(Clinicas Perifericas de Emergencia) fueron creadas con muchas expectativas y con el objetivo de fortalecer la red Hospitalaria Metropolitana por parte de las autoridades de la Secretaria de Salud a través de la Agencia de Cooperación Internacional (JICA) esperando que estas vendrían a solucionar los enormes problemas de demanda de servicios de emergencia, como ser la atención de partos de bajo riesgo y de urgencias las 24 horas del día.

Hasta la fecha no se han realizado estudios de evaluación de calidad de atención que permitan conocer el impacto que tienen las CLIPER en la atención de emergencias y partos de bajo riesgo en el área metropolitana; tampoco se han implementado programas de calidad en ellas; o realizado estudios de satisfacción entre los usuarios.

La evaluación realizada por el departamento de epidemiología del Hospital Escuela del cual dependen las CLIPER, se ha limitado a la revisión de expedientes clínicos y los resultados no se han dado a conocer al personal para su retroalimentación.

III JUSTIFICACIÓN.

Las actividades de evaluación y garantía de calidad deben dirigirse no solo al nivel primario de atención sino que deben incluir también el secundario y el terciario. Esto es particularmente relevante dentro del contexto de evaluación de los Sistemas Locales de Salud, al nivel de los cuales se supone la existencia de una red coordinada de servicios que dé respuesta al conjunto de necesidades de salud de la población adscrita.

Describir la infraestructura, los recursos materiales y humanos; analizar como se lleva a cabo los procesos de atención en el servicio nos llevo a determinar cuales son los resultados finales de la atención que brindan las CLIPER a la población del área metropolitana y del área rural cercana a ellas. Para realizar esta evaluación se utilizo el método de indicador trazador, y se escogió el asma como una condición trazadora debido a que reúne criterios que serán descritos mas adelante en el marco de referencia.

El estudio beneficia al Hospital Escuela como dependencia jerárquica ya que le permite tener una visión mas clara del funcionamiento de las clínicas y conocer sus limitantes para realizar correcciones que puedan mejorar la calidad de atención brindada en dichos centros; y amortiguar la sobre demanda a la que el Hospital Escuela se enfrenta a diario.

A las clínicas, le permite conocer los puntos en donde la calidad se pierde; para fortalecer dichas áreas, e implementar procesos más rápidos y seguros para la atención de pacientes críticos.

A las poblaciones que cada CLIPER atiende porque serán beneficiadas con atención de calidad. Por ultimo, las experiencias adquiridas ayuden a otros centros, que quisieran utilizar los resultados para el mejoramiento de la atención que brindan a la población y permitan mejorar la red de atención de la que todos formamos parte.

IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Debido a que no se cuenta con estudios que describan la calidad de atención brindada en las clínicas de emergencia, que permitan determinar las fortalezas y debilidades y que ayuden al mejoramiento de las clínicas nos plantearemos la siguiente pregunta:

¿Es la estructura y los procesos adecuados para la obtención de resultados de calidad en la atención que se brinda a los pacientes que asisten a las clínicas de emergencia el Sitio y Hato, utilizando el asma como patología trazadora en periodo de septiembre 2004?

De esta interrogante se derivan las siguientes preguntas específicas:

1. ¿Son los recursos materiales, humanos e infraestructura suficientes y adecuados para brindar una atención de calidad a los pacientes asmáticos que acudieron a las clínicas de urgencia durante el mes septiembre 2004.?
2. ¿Cumplen los recursos médicos con los protocolos o normas de atención para los pacientes asmáticos que fueron atendidos en las clínicas de urgencia durante el período de estudio?
3. ¿Cuáles son los resultados finales obtenidos del proceso de atención en los pacientes asmáticos durante el período de estudio?

V. OBJETIVOS.

Objetivo General.

Evaluar si la estructura y los procesos son los adecuados para obtener resultados de calidad en la atención que se brinda a los pacientes que asisten a las clínicas de emergencia ubicadas en el Sitio y Hato, utilizando el asma como patología trazadora, en el periodo de septiembre 2004.

Objetivos Específicos.

1. Identificar si los recursos materiales, humanos e infraestructura, de las clínicas suficientes y adecuados para brindar una atención de calidad a los pacientes asmáticos durante el mes septiembre 2004.
2. Analizar el cumplimiento de protocolos y normas de atención por el recurso médico, en los pacientes asmáticos atendidos en las clínicas de urgencia durante el periodo de estudio.
3. Identificar los resultados finales obtenidos del proceso de atención en los pacientes asmáticos durante el período de estudio.

VI. MARCO DE REFERENCIA.

La preocupación por la calidad de atención de la salud ha sido un tema que ha venido suscitando copiosa investigación y amplia controversia en las últimas seis décadas. La mayor parte del trabajo en este tema se ha concentrado en la medición clínica y se ha llevado a cabo en los países industrializados. Comparativamente, muy poco se ha hecho con la evaluación de programas de salud pública, en general y de atención primaria, en particular, y mucho menos aun se ha intentado en cualquiera de estos sentidos en los países en desarrollo.

El enfoque de Atención Primaria de la Salud fue aceptado en la Conferencia de Alma Ata como la estrategia más viable para alcanzar la meta propuesta por la OMS de Salud para Todos en el año 2000. El énfasis se ha situado en una prestación más equitativa de los servicios esenciales de salud, pero relativamente mucha menos atención se ha dado a la calidad de esos servicios o a la necesidad de una infraestructura básica de referencia que apoye tales servicios periféricos. El hecho es que, pese a la escasez de servicios de salud en los países en desarrollo, en muchas instancias estos están siendo subutilizados debido a su pobre calidad y al apoyo insuficiente de otros niveles de atención. (Walker, 1983) La escasez de recursos acentúa, aún más la necesidad de la evaluación de la calidad a fin de lograr un uso óptimo de los mismos. (1)

La efectividad de la atención primaria en salud depende de manera inicial del apoyo recibido de otros niveles, razón por la cual las actividades de evaluación y garantía de calidad deben dirigirse no solo al nivel primario de atención sino que deben incluir también el secundario y el terciario. Esto es particularmente relevante dentro del contexto de evaluación de los Sistemas Locales de Salud, al nivel de los cuales se supone la existencia de una red coordinada de servicios que dé respuesta al conjunto de necesidades de salud de la población adscrita.(1)

Es por esto que la Secretaría se plantea el desarrollo de propuestas, innovaciones y cambios organizacionales que consideren una redefinición de productos y

actividades sustantivas de las unidades institucionales para el cumplimiento de la misión, de los roles indelegables y el logro de la visión y ; la redefinición de las interacciones entre los niveles y unidades de la Secretaria e innovación de las formas de organización de los procesos de trabajo. En este marco, la definición del Modelo y el Programa Nacional de Garantía de la calidad de la Secretaria, se presenta como un enfoque metodológico efectivo para producir mejoras concretas en la calidad y la productividad de los servicios de salud.

Dentro del contexto de metodologías evaluativas de la calidad de la atención aplicable en sistemas locales de salud, cobra particular relevancia el denominado método de las trazadoras.

La razón de tal estriba, por un lado, en que combina los enfoques de proceso y de resultado y por el otro, en que proporciona los medios para evaluar la calidad de la atención prestada por un sistema y recibida por una población definida.

Características Del Método De Trazadoras

El método de trazadoras, especificado y popularizado por Kessner y Col. En 1973.

Según Kessner y Col. Los trazadores son problemas de salud discretos e identificables que arrojan luz sobre la forma en que funcionan las distintas partes del sistema de atención consideradas no de manera aislada, sino en mutua interacción.(2) El supuesto básico es, entonces, el de que la forma en que un proveedor o grupo de proveedores administre la atención de enfermedades comunes es un indicador de la calidad general de la atención prestada por todo el sistema. En lugar de concentrarse en el paciente o en el proveedor aisladamente, un conjunto patologías trazadoras permiten la consideración de la gama de actividades de los servicios de salud y de las interacciones entre paciente y proveedor de salud.

El uso de trazadoras permite adicionalmente especificar el sondeo de preguntas tales como, cuándo, dónde y por quién fue identificada inicialmente la condición; como y porque fue o no fue tratada; y cuales fueron los resultados del tratamiento.(2)

Criterios para la selección de Patologías Trazadoras

Los criterios de selección de condiciones para que se consideren trazadoras son en orden de importancia según Kessner y Kalk, los siguientes(1973:15-17):

- Es una patología que tiene un impacto funcional definido.
- Es de buena definición y fácil diagnóstico.
- Alta tasa de prevalencia es la primera causa de atención en las clínicas.
- Suficiente frecuente como para obtener datos adecuados desde una muestra limitada de la población.
- Técnicas bien definidas en cuanto al manejo médico.
- Historia natural de la enfermedad modificable a través de la utilización y eficacia de la atención médica.
- Comprensión del efecto de los factores socioeconómicos sobre la trazadora.
- Que estén representadas condiciones que afecten diferentes grupos poblacionales por sexo y edad(niños, adolescentes, adultos, ancianos)
- Que incluyan condiciones que involucren distintos niveles del sistema de atención (primario, secundario, terciario)
- Que exista base bibliográfica sólida, o posibilidad real de conseguir un razonable consenso en cuanto a medidas preventivas, aproximación diagnóstica, terapéutica, de seguimiento, de rehabilitación, de educación, etc.
- Que en base a ese consenso, se puedan explicar o escribir los "puntos clave" y las "normas" o "estándares ideales" para cada uno de ellos.(3)

Conceptos Básicos

"En términos generales, la calidad puede definirse como el conjunto de características de un bien o servicio que logran satisfacer las necesidades y expectativas del usuario o cliente." (2)

" La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es por consiguiente la medida en que se espera que la atención suministrada logre un equilibrio favorable de riesgos y beneficios." (4) *Dr. Avedis Donabedian 1980.*

“...el desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se sabe son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tienen la capacidad de producir un impacto sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición.” (4)

M.I Roemer y C. Montoya Aguilar, OMS. 1988.

“Hacer, lo correcto en la forma correcta, de inmediato.” (4) *Deming.*

En el ámbito de los sistemas y servicios de salud se suele aceptar que la calidad tiene dos grandes dimensiones que están relacionadas, aunque son diferentes: la calidad técnica que desde la perspectiva de los prestadores busca garantizar la seguridad, efectividad y utilidad de las acciones en pro de la salud, así como la atención oportuna, eficaz y segura de los usuarios de los servicios; y la calidad percibida por los propios usuarios, que toma en cuenta las condiciones materiales, psicológicas, administrativas y éticas en que dichas acciones se desarrollan.(2)

El modelo conceptual de Donabedian abarca tres aspectos del control de la calidad; estructura, proceso y resultado.

Estructura: Se refiere a las características más establecidas e invariantes de cómo se establece y maneja el sistema de atención en salud.

Proceso: Se refiere fundamentalmente a lo que hacen los agentes de salud, y también en cuanto a su interacción con los pacientes.

Resultados: Son las consecuencias de la atención(o de la falta de ella)en la salud de quienes la reciben (o dejan de recibirla)(1)

Hasta hace poco, el énfasis se ponía principalmente en la estructura y en los aspectos de regulación, acreditación, certificación y licenciamiento. También la calidad en la atención sanitaria dependía fundamentalmente del trato dispensado a los pacientes por el personal sanitario, de su profesionalidad y de la formación médica y especializada del personal sanitario.

Es decir la calidad se obtenía como resultado del trabajo de los profesionales sanitarios a título individual más que como consecuencia lógica de un plan previo establecido por los centros sanitarios o por el sistema sanitario en su conjunto.(5)

Sin embargo, en la actualidad los procesos suscitan mayor interés, sobre todo aquellos que se orientan a garantizar la seguridad de las intervenciones tanto medicas como quirúrgicas y a fomentar la evaluación de las tecnologías, el empleo de intervenciones medicas basadas en pruebas confirmatorias, la atención protocolizada, y el empleo de indicadores intermedios que permitan medir el rendimiento de los servicios.

En relación con los resultados, la definición del estado de salud se ha ampliado paulatinamente hasta abarcar el funcionamiento emocional y social del paciente además de su funcionamiento físico. Se considera importante no solo prolongar la vida, sino también mejorar su calidad, aminorando el dolor y las discapacidades o disfunciones, procurando que el paciente pronto se encuentre en condiciones de regresar al trabajo o de desempeñar actividades sociales y personales útiles y velando por su bienestar y satisfacción después del tratamiento.

Desde esta perspectiva, las medidas de resultado deben incluir indicadores de satisfacción y calidad de vida en sus diferentes aspectos, es decir no solo deben considerarse los indicadores clásicos de mortalidad y morbilidad. Para el desempeño clínico se pueden mencionar las dimensiones de diagnóstico, tratamiento, seguimiento y medicación apropiada, así como la capacidad de prevenir antes que curar.(6)

Para Aday et al. (1988) es importante considerar tanto la perspectiva clínica como la poblacional al definir y determinar las dimensiones de calidad que se evaluarán en un sistema de salud. La perspectiva poblacional argumenta que se requieren tanto inversiones medicas como no medicas para el mejoramiento de la salud de individuos y comunidades mientras que la perspectiva clínica se orienta a optimizar la precisión de la atención.(6)

Estos mismos autores establecen con base en este marco de referencia que las siguientes dimensiones deberían incluirse en la valoración de la calidad del sistema de salud.

En Estructura: Especifica la provisión de recursos necesarios para alcanzar el estándar, puede referirse al personal, nivel de formación del personal, equipos, suministros, edificios y además(7):

1. Políticas de salud (nacional y local)
2. El sistema de atención y prestación de servicios (disponibilidad, organización y financiamiento)
3. Poblaciones en riesgo (factores predisponentes, necesidad)
4. Ambiente físico, social y económico de las comunidades.

En Proceso: Especifica las actividades que deben ser tomadas en consideración para alcanzar el estándar y la manera en que se ofrece un servicio. Algunos criterios son la precisión, la oportunidad, los procesos de comunicación, la aplicación de procedimientos e intervenciones.(7)

1. Acceso real (utilización y satisfacción)
2. Los riesgos de salud (del ambiente y de comportamiento)

En Resultados intermedios:

1. Eficiencia
2. Efectividad clínica y poblacional
3. Equidad

En resultado de impacto(finales)

Salud de los individuos y de las comunidades

Así desde esta perspectiva los indicadores de calidad deben referirse a ambas dimensiones, la clínica y la poblacional.

Hablando específicamente de los factores que deben evaluarse en el proceso de atención estos autores citan a Maxwell (1984) para establecer los siguientes aspectos:

Efectividad: ¿Es el servicio o tratamiento que se brinda el mejor disponible en el sentido técnico? ¿Cuál es esa evidencia?.

Aceptabilidad: ¿Cuan humanamente y consideradamente es ofrecido ese tratamiento? ¿Qué piensan los pacientes de éste? ¿Qué pensaría un observador calificado? ¿Cuál es el contexto en que se brinda el servicio? ¿Se resguarda la confidencialidad y la privacidad?

Eficiencia: ¿Se maximiza el producto para el insumo dado o de manera inversa, se

minimiza el insumo para un nivel dado de producto?

Acceso: ¿Puede la gente obtener este tratamiento o servicio cuando lo necesita? ¿Hay barreras identificables en los servicios (distancia, falta de capacidad de pago, listas de espera, tiempos de espera)?, o de plano, ¿hay una escasez de la

oferta de servicios?

Equidad: ¿Es este paciente o grupo de pacientes tratado de manera justa en relación a otros? ¿Hay fallas identificables en equidad (por grupo socioeconómico, grupo étnico, sexo)?

Pertinencia: ¿Es el patrón general de la atención y el balance de los servicios el mejor que pudo haber sido logrado, tomando en cuenta las necesidades y los deseos de la población como un todo? (8)

La calidad como propiedad puede dividirse en tres aspectos básicos: uno objetivo la atención técnica y otra mas subjetiva que tiene que ver con la relación interpersonal, a estos se agrega una tercera que Donabedian llama "las amenidades" : sala de espera agradable, a buena temperatura, comodidad, privacidad, cortesía de personal. Garvín, que propone ocho elementos, separa cinco "objetivos" o técnicos y tres "subjetivos": servicialidad (velocidad, cortesía), estética (como luce, como se siente) y percepción de calidad por el usuario, elemento. Para el paciente el sentirse mejor, resolver su problema, sanar y quedar contento con la atención, aunque su grado de satisfacción pueda no tener una estricta relación con el contenido técnico de la prestación.

La calidad de la atención y su relación con el costo es uno de los aspectos mas estudiados en las últimas décadas. La calidad y el costo dependen en gran medida de decisiones tomadas por el personal médico al seleccionar planes diagnósticos y terapéuticos frente a un paciente.

Elementos Integrantes de la calidad(9)

Accesibilidad de la atención

La facilidad con la que el usuario obtiene los servicios que demanda y cuando lo demanda y idoneidad de la atención: el grado correcto con que se presta la atención de acuerdo con el estado actual de nuestros conocimientos.

Continuidad de la atención:

El grado en la atención que precisan los usuarios están coordinada entre los profesionales a través de la institución y a lo largo del tiempo efectividad de la atención:

El grado de actitud que tiene un servicio para satisfacer las necesidades que se le exigen.

Eficacia de la atención

El grado con que las asistencias prestadas produce el efecto deseado con un mínimo de esfuerzo, de gasto o de pérdidas superfluas.

Perspectiva del usuario:

El grado de participación del enfermos o sus familiares en el proceso de toma de decisiones en el ámbito sanitario y del grado de conformidad con el que se enjuicia la atención.

Seguridad del ámbito de atención:

El grado de ausencia de riesgos de peligros en el ambiente del establecimiento.

Oportunidad de la atención:

El grado de prontitud o diligencia con que se presta la asistencia cuando los usuarios la necesitan.(8)

Garantía de la Calidad

Han surgido diversas definiciones. El Dr. Avedis Donabedian, la define en términos amplios como el conjunto de arreglos y actividades que tienen por fin salvaguardar, mantener y promover la calidad de atención.

Los doctores Ruelas y Frenk que han trabajado extensamente en el campo de la garantía de la calidad la definen como un proceso sistémico de cubrir la brecha entre el desempeño real y los resultados ideales de acuerdo a un conjunto de límites tecnológicos en cualquier sistema en particular.

De acuerdo a la Dra. Heather Palmer, experta en garantía de calidad de atención ambulatoria de los Estados Unidos, la garantía de la calidad es un proceso para determinar la calidad que analiza las deficiencias encontradas y la adopción de medidas a fin de mejorar el desempeño, seguidos de una nueva medición de la calidad para determinar si se logra una mejora.

Los cuatro principios de garantía de calidad

- La garantía de calidad se orienta hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y de la comunidad a la que sirve.
- La garantía de calidad se concentra en los sistemas y procesos de prestación de servicios.
- La garantía de calidad utiliza información para analizar los procesos de prestación de servicios
- La garantía de calidad alienta un enfoque de trabajo en equipo para la solución de problemas y la mejora de la calidad

Modelo Y Programa Nacional De Garantía De Calidad

En Honduras, la Secretaria de Salud a través de su misión institucional plantea que “es una institución estatal responsable de garantizar a toda la población el acceso a la atención integral en salud, con calidad, equidad y solidaridad; rectora del sector salud”(11)

La Secretaria se plantea el desarrollo de propuestas, innovaciones y cambios organizacionales que consideran una redefinición de productos y actividades sustantivas de las unidades institucionales para el cumplimiento de la misión, de los roles indelegables y el logro de la visión y la redefinición de las interacciones entre los niveles y unidades de la Secretaria e innovación de las formas de organización de los procesos de trabajo (12)

Líneas estratégicas del programa de garantía de calidad

Algunos de los lineamientos estratégicos son:

- Apoyar los mecanismos de revisión, actualización, diseño e implementación de normas que aseguren la aplicación de procedimientos.
- Fomentar una política de administración y desarrollo de los recursos humanos en salud para la Secretaria.
- Establecer procesos de coordinación y trabajo en salud entre instituciones de estudios superiores, escuelas formadoras de recursos, unidades de docencia en servicio para revisión curricular e incorporación del tema la propuesta de estudios.
- Fortalecimiento del perfil técnico de los recursos humanos en salud en aspectos relacionados a la garantía de la calidad en todos los niveles de la Secretaria de Salud.

➤ Promover sistemas de dotación de suministros con calidad. Etc.(11)

Mecanismos externos de regulación en salud. Se definen como las acciones que desde la secretaria ejerce una influencia, directa o indirectamente en el comportamiento y funcionamiento del personal de la salud y de las organizaciones de la salud.

En cuanto a los procedimientos para estos mecanismos se mencionan tres:

- Licenciamiento
- Acreditación
- Certificación

El licenciamiento: Que es una responsabilidad desde el estado para garantizar la calidad y la certificación y la acreditación como procesos voluntarios en que el estado actúa como promotor.

Licenciamiento: Es el proceso mediante el cual se otorga un permiso legal por parte de una autoridad competente, usualmente publica a un individuo u organización para que pueda participar en una practica, ocupación o actividad que de lo contrario seria ilegal.

Certificación: Procedimiento mediante un organismo debidamente autorizado evalúa y reconoce (certifica) a un individuo que ha cumplido requisitos predeterminados, como son los estándares. Los programas de certificación son no gubernamentales y no excluyen a los no certificados de la practica, como lo hacen los programas de licenciamiento.

Acreditación: Proceso formal mediante un organismo autorizado evalúa y reconoce una organización o grupo que cumple con requerimiento como lo son los estándares o criterios.

Certificación es sinónimo de acreditación, pero la primera se aplica a individuos y la segunda a instituciones o programas.(13)

Características de un establecimiento con calidad:

- Tasa de infecciones intra hospitalarias bajas.
- Tasa de morbilidad y letalidad baja.
- Buenos programas de capacitación.
- Existencias de normas.
- Existencias de patrones de calidad.
- Existencias de programas de control de calidad interno y externo.

Estándares mínimos obligatorios:

- Área # 1: Organización interna.
- Área # 2: Técnicos de apoyo.
- Área # 3: Estructura física y funcional.
- Área # 4: Instalaciones.(10)

Estándares mínimos: organización medica.Continuidad de la atención medica:

- Nivel # 1: Dirección medica; médicos de turno; profesionales específicos por usuario con pasada de visita cada día.
- Nivel # 2: Cada usuario tiene un medico para si; por el cual los especialistas analizan indicaciones a un residente con supervisión permanente.
- Nivel # 3: el cuerpo medico discute las cosas una vez por semana.

Referencias:

- Nivel # 1: Existen normas que derivan casos que exceden la capacidad resolutive y para casos que han superado la etapa critica.
- Nivel # 2: Tiene previsto medio de transporte propio o contratado de usuario.
- Nivel # 3: existen normas de atención durante el traslado.
- Nivel # 4: Existen mecanismos de seguimiento de referencias y se evalúa la calidad de los mismos.

Emergencias:

- Nivel # 1: Tiene medico de turno 24 horas con laboratorio y apoyo de radiología.
- Nivel # 2: Cuenta con apoyo de distancia de la 4 áreas por teléfono o turno de llamada.
- Nivel # 3: tiene 3 áreas básicas con turnos activos las 24 horas.
- Nivel # 4: tiene 2 especialistas en guardia pasiva las 24 horas.

Estándares de infraestructura:

1. La distribución de las diversas áreas que componen las unidades de enfermería deberá garantizar el aislamiento de la alimentación de la ropa y el material, antes y después de su uso.
2. Toda unidad de enfermería debe disponer de:
 - Controles de enfermería, donde se centralice el sistema de avisos de que disponen las habitaciones. Este control ha de tener una visión global de la unidad.
 - Área o lugar para exploraciones, técnicas y procedimientos.
 - Lugar suficiente para las actividades de enfermería.
 - Lugar para lencería, material de farmacia y de oficina con diferenciación de una zona para desechos.
 - Lavabo y baño asistidos.
 - Sala de espera para visitas especiales.
 - Servicios higiénicos para el personal.
3. La distancia máxima desde la estación de enfermería a la última habitación que
Ha de controlar será de 20 metros.(10)

Calidad en las emergencias

Se observa en los últimos años un crecimiento de las atenciones en los servicios de emergencia, lo que da como resultado una utilización inadecuada de las emergencias y se encuentran con situaciones conocidas de servicios congestionados, generando insatisfacción, no todo lo que el paciente percibe como emergencia es una emergencia. Uno de los principales problemas de la calidad es ajustar las expectativas del paciente a lo que el prestador del servicio de emergencia cree estar llamado a dar. La sobrecarga de trabajo en los servicios de emergencia conduce casi irremediablemente a una disminución de la calidad asistencial generando una mala imagen para el centro asistencial, un servicio de emergencia congestionado y consecuentemente mala fama de dicho servicio.

Se ha dicho que la calidad en los establecimientos de salud consiste en servicios deseables u óptimos. Donabedian agregaría cierta calificación tales como el uso

de “medios legítimos”, de “conformidad con las normas”, señalando que en ella intervienen al hablar de salud, la atención técnica, la relación interpersonal y el ambiente en que se lleva a cabo, para que la salud sea una meta “alcanzable.”⁽¹⁴⁾

Para hablar de calidad suficiente se debe contar con un servicio de salud que se puede alcanzar óptimamente desde el punto de vista de la tecnología médica existente. Dado que eso es algo que solo un sector bien informado de la profesión médica puede determinar, se constituye la participación de profesionales, lo cual es un elemento imprescindible. Por lo tanto la información que se necesita para evaluar los aspectos técnicos de la salud debe basarse en observaciones minuciosas, sujetas al rigor científico y analizado hábilmente en conjunto.

El cumplimiento de metas de calidad es uno de los principios básicos de cualquier estrategia de mejoramiento continuo de los servicios de salud. Lo más interesante que se ha observado en Costa Rica y Panamá, donde se iniciaron, entre las prioritarias identificadas por el nivel local, está la divulgación de los deberes y derechos a los usuarios, informar sobre el compromiso con la mejor atención en su establecimiento, dando a conocer sus facilidades, equipos y las acciones que realizan para mejorar.

También llama la atención el deseo de educar a sus clientes sobre los efectos del mal uso de los servicios por ciertos ciudadanos, como los policonsultantes, los que abusan del servicio de emergencias y los que desperdician los medicamentos. Todos estos aspectos muchas veces son tratados desde el nivel nacional, pero pierden la identidad local que pretenden rescatar estos equipos locales.⁽¹⁵⁾

La calidad de la asistencia sanitaria es un conjunto de propiedades de la asistencia que comprende tanto la aplicación de las posibilidades efectivas y probadas de la ciencia médica como el trato humano dispensado a los pacientes y significa también orientarse al cliente para ofrecerle los productos que necesita. Desde los años noventa comienza a aplicarse la llamada mejora continua de la calidad que es la integración de una filosofía de mejora continua con cuatro

componentes: orientada a los clientes, de habilidades analíticas, habilidades interpersonales y una estructura y organización que sustenten el proceso.(16)

En la actualidad la Gerencia de Calidad en los servicios de Salud busca el logro de:

- Un alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos.
- Utilización de los recursos locales.
- Nacionalización de los servicios.
- Un mínimo de riesgo para los usuarios.
- Un alto grado de satisfacción por parte de los usuarios.
- Impacto final en la salud.
- Máxima accesibilidad y equidad
- Integración de la población.
- Cooperación intersectorial e interinstitucional.(17)

Niveles de Complejidad de la Atención a la Salud:

Los profesionales de la salud, como científicos que son, están capacitados para elaborar hipótesis y probarlas. Cuando su investigación demuestra que los cambios en las practicas y procedimientos son adecuados, entonces los médicos y hospitales adoptan los nuevos métodos como la medicina basada en la evidencia. Esta tradición del método científico crea un marco optimo para el mejoramiento de la calidad, dado que el personal clínico de un hospital a estad expuesto a los métodos para analizar, probar, documentar como parte de su formación profesional.(17)

¿Quién puede hacer que una institución alcance el nivel de excelencia?. La respuesta será el recurso humano altamente calificado, motivado y con mística de servicio. El recurso humano es el que, con su talento y esfuerzo, hará posible que la organización alcance niveles de eficiencia y eficacia comparables con las organizaciones mas prestigiadas del medio. En consecuencia los funcionarios y gerentes de todas las organizaciones deben tener muy en cuenta que, sin un recurso humano idóneo, será casi imposible que la organización pueda obtener altos estándares de desempeño así cuente con equipos sofisticados o de

punta.(18)

El papel del Prestador, con este nombre se designa al actor que maneja la tecnología disponible, es decir, que controla su aplicación sobre el usuario, en términos más comunes: el equipo de salud. Así como el usuario se encuentra diferenciado según múltiples criterios, que reaparecerán más adelante, ello también ocurre en el utilizador: las diversas categorías que conforman la fuerza de trabajo y las relaciones que se establecen entre ellas. Entre esas categorías ocupa un papel predominante la del médico.

Conviene establecer niveles para este actor: hay un nivel colectivo y creativo constituido por el equipo, y niveles individuales correspondientes a las funciones especializadas que realizan cada uno de los miembros del mismo.(19)

Con objeto de racionalizar la atención médica y proporcionar el volumen y calidad de las actividades de acuerdo con la problemática de la salud de los usuarios, se ha diseñado la estrategia llamada niveles de complejidad de la atención a la salud. El sistema está integrado por tres niveles de atención.(I nivel, II nivel y III nivel de atención)

Primer nivel de atención: se ocupa de la atención, prevención y promoción del saneamiento y mejoramiento del ambiente; se apoya en los niveles superiores a donde refiere temporalmente a los pacientes.

Entre el primer nivel y el segundo nivel se encuentran las CLIPER las cuales se definen como: Establecimientos de salud dedicado a la atención ambulatoria de emergencias medico-quirúrgicas de mediana complejidad y atención de partos inminentes sin complicaciones, con sala de observación y servicio las 24 horas del día. El cual refiere al primero, segundo y tercer nivel.

Segundo nivel de atención: en este nivel debe disponerse de un conjunto de recursos organizados para atender los problemas que le sean referidos por el primer nivel, corresponden al segundo nivel las actividades dirigidas a la restauración de la salud, atendiendo daños poco frecuentes y de mediana complejidad; los servicios que otorga son proporcionados a pacientes derivados del primer nivel y a los que se presentan espontáneamente con urgencias

médicas o quirúrgicas. En lo que respecta al medio, se ejerce el control sanitario de la contaminación ambiental, con apoyo de laboratorio.

Tercer nivel: Realiza actividades de restauración y rehabilitación de la salud a usuarios que presentan padecimientos de alta complejidad de diagnóstico y de tratamiento que han sido referidos por los otros niveles de atención.(20)

Emergencia: La atención de emergencia no se limita a su ámbito físico, sino que incluye una fase prehospitolaria (Manejo in situ, estabilización y traslado), continua en el servicio y concluye con la derivación de pacientes a otras unidades de salud, ya sea en el ámbito intra o extra hospitalario, siendo responsabilidad de la emergencia velar que el paciente reciba la atención adecuada.(21) Es la estructura del hospital dotada de local, equipos y recursos humanos capacitados para la evaluación y manejo de paciente críticos y no críticos; con especial atención en los primeros minutos, que estos por cualquier patología de urgencia acude a ese servicio.

Sus Principios básicos son:

1. Deben permanecer abiertos al público las 24 horas del día, durante todos los días del año.
2. Cuentan con recursos humanos, tecnológicos y materiales propios para la atención de los usuarios de urgencia.
3. Garantizan atención y dispensan medicamento para uso inmediato únicamente.
4. La calidad de la atención es homogénea en todas las áreas de emergencia.
5. Existe privacidad, confidencialidad y ética en la atención de pacientes, siendo estos de cumplimiento estricto.
6. Estas áreas no cobran, no piden recuperación o cualquier otra modalidad que implique remuneración de costos por servicio.

La estructura del departamento de emergencia posee áreas o ambiente para la prestación de servicios, como son:

- a. Admisión y Clasificación de pacientes, donde se reciben pacientes ambulatorios y otros que son trasladados o referidos por diferentes médicos con la finalidad de ser clasificados y puestos a disposición del área correspondiente en donde se le brindará la atención referida.
- b. Área de espera y estancia de camillas, es un espacio físico dotado de condiciones básicas en donde el paciente, en caso necesario, deberá esperar turno para recibir la atención médica necesaria, la que será acorde a su clasificación.
- c. Área de atención médica de cuidados menores, este espacio conocido como área de clasificación de pacientes, el cual es el sitio donde se da asistencia médica a pacientes con padecimientos o lesiones que no pone en peligro su vida, pero que para ellos son considerados como padecimientos de emergencia.
- d. Área de Choque o de Cuidado Crítico, es la atención central que se brinda en el departamento esencialmente a pacientes en estado crítico y que tienen riesgo de perder la vida.
- e. Área de Observación, es el sitio donde se envía los pacientes con finalidad de evolucionar el cuadro clínico y su padecimiento⁽²²⁾

Calidad es un proceso de mejora continua, gracias al mejor conocimiento y control de todo el sistema: diseño, procesos, ejecución, información, proveedores, de forma que el producto recibido por los consumidores esté en correctas condiciones de uso⁽²³⁾

Calidad Total se resume en los siguientes principios:

- Hacer bien el trabajo todas las veces desde el comienzo y, por lo tanto, sin defectos.
- Reducir los costos inútiles.
- Prevenir.
- Dirigir y Gestionar óptimamente.
- Responder a las necesidades de los clientes externos e internos.

Dimensiones de la Calidad

Desde la perspectiva del Proveedor:

- a. Competencia Profesional: Se refiere a la capacidad y al desempeño de las funciones y los grupos de salud del personal administrativo y el personal de apoyo, la competencia profesional se relaciona con las pautas y las normas para el ejercicio de la profesión y la realización en términos de fiabilidad, precisión, confiabilidad y uniformidad.
- b. Acceso a los Servicios: Eliminación de barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de atención en salud. Comprende barreras de origen geográficas, económicas, social, cultural, organizacional, lingüística.(24)

Desde la Perspectiva del Usuario

- a. Continuidad: Implica que el cliente reciba atención completa de todos los servicios que necesita para recuperar su salud, sin interrupciones, suspensiones ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento. Los servicios deben ofrecerse de forma constante, la falta de continuidad lleva a comprometer la eficacia, deja insatisfecho al cliente y disminuye la eficiencia de la atención.
- b. Seguridad: Implica la reducción de riesgos, de infecciones, de efectos colaterales perjudiciales y otros peligros. La seguridad es una preocupación de todos los miembros del equipo de salud así como del paciente.
- c. Comodidad: Son las características de los servicios de salud que no están directamente relacionados con la eficacia clínica, pero que aumenta la satisfacción del usuario y su deseo de volver a la unidad de salud en un futuro. El aspecto físico del establecimiento, el personal y materiales, limpieza privacidad y orden. (24)

A pesar de los esfuerzos realizados para conseguir prestar un mejor servicio y adaptarse a la demanda, esta sigue aumentando de tal forma que, en ocasiones, compromete el objetivo de conseguir una adecuada atención y tratamiento de la

población. Las urgencias ya no son una determinada patología, sino un fenómeno social. Según la encuesta nacional de salud de 1997, un 54% de pacientes que son hospitalizados procede del SUH (Servicios de Urgencias Hospitalarios), el 75% de las personas que acuden a un SUH no ha pasado previamente por el primer nivel asistencial.(25)

Sistemas de Gestión

Cuando se quiere que el personal trabaje sin que requiera de supervisión directa o que realice las cosas a su manera entonces se establecen métodos de trabajo normatizados, una formación y concientización del personal en relación con lo que se espera del y sus funciones y responsabilidades para que la organización funcione de manera ordenada, racional y sistematizada. Por lo que es necesario la implementación de estándares o metas predeterminadas.(26)

Estándar: se define como un nivel de desempeño esperado y alcanzable, comparable con el nivel de desempeño actual; un nivel de calidad relevante para la actividad valorada.

El establecimiento de estándares: Es un elemento importante en cualquier iniciativa de garantía de calidad. Deben ser acordados localmente y no impuestos por otros niveles.(26)

Normas / protocolos: Son especificaciones sobre como se debe cumplir los procedimientos o tratamientos clínicos.

A continuación se exponen las normas y protocolos que se realizaron en 1996 y los cuales no se han vuelto a revisar desde ese año; por lo que algunos aspectos han dejado de usarse y se encuentran desactualizados.

Normas y procedimientos para las acciones de control y manejo de las infecciones respiratorias agudas en el ámbito ambulatorio de la Secretaría de Salud. (27)

El manual de normas establece los siguientes lineamientos para el manejo de los pacientes con sibilancias:

5.1 El personal de salud sospechara una **obstrucción bronquial grave**, ante la presencia de:

- a. Episodios de sibilancias.
- b. Dificultad respiratoria.

5.1.1 Diagnosticar **bronquiolitis** en:

- a. Menores de 1 año.
- b. Ausencia de historia familiar.
- c. Primer episodio de sibilancias.

5.1.2 Sospechar **asma bronquial** en:

- a. Niños mayores de 1 año.
- b. Historia familiar.
- c. Antecedentes de episodios de sibilancias.

5.1.3 Si hay sibilancias, indicar:

- a. **Nebulizaciones con Salbutamol:** 0.03cc/ Kg. / dosis o sea:
- b. 0.3-0.5cc de Salbutamol.
- c. Diluidos en 2 cc de agua destilada y 2 cc de solución salina.
- d. Aplicar con el nebulizador cada 15 minutos.

Repetir el procedimiento 2 veces más completando 3 nebulizaciones.

Nunca indicar mas de 1 cc en la solución.

También podrá usarse: Inhalaciones con Salbutamol inhalador: (con espaciador de volumen o vaso de un litro): 3 puff cada 10 minutos durante 5 veces.

5.1.4 Después de cada nebulización o inhalación, hacer kinesioterapia, colocando al niño (a) en diferentes posiciones aspirándole secreciones cuando sea posible y necesario.

5.1.5 **Hacer una nueva valoración 1 hora después de iniciado el tratamiento.**

5.1.6 Referir al Hospital o centro de salud de mayor complejidad cuando no haya condiciones locales para manejo de la sibilancia.

5.1.7 El personal de salud reevaluara la condición del niño (a) con **obstrucción bronquial, 1 hora** después de iniciado el tratamiento tratando de identificar:

- **Mejoría del problema obstructivo (desaparición o reducción de sibilancias)**
- **Señales de neumonía**
- **Señales de otros signos de peligro, e iniciara manejo de inmediato de acuerdo al caso.**

5.1.8 si hay mejoría después de:

- 3 nebulizaciones o
- 3 puff cada 10 minutos por 5 veces.

Continuar manejo ambulatorio con:

- Salbutamol oral** = 0.1 MG/ Kg./ dosis
 - Cada 8 horas (6 a.m -2 p.m-10p.m.)
 - Durante 2 semanas. Ó
- Teofilina oral** = 5mg / Kg. dosis.
 - Cada 8 horas (6 a.m –2p.m-10p.m)
 - Durante 1 semana o más
- Dar cita de control en 48 horas** para evaluar evolución y cada 2 meses para vigilancia de la evolución en el hogar.
 - Ofrecer educación a los padres y al niño(a) si es posible (ver normas de educación del paciente asmático.)

5.1.9 Si no hay mejoría de las sibilancias después de 3 nebulizaciones o 5 ciclos de puff con Salbutamol (pero no tiene signos de pelagra o de neumonía.

- **Repetir 3 nebulizaciones con Salbutamol** = 0.03 cc/ Kg. dosis, cada 20 minutos ó **Inhalaciones con Salbutamol** = 3 puff cada 20 minutos por 3 veces.

A nivel cesamo y Consulta externa de Hospitales:

- **Agregar Prednisona** :=1 Mg /Kg. /dosis

5.2 El personal de salud reevaluará la condición del niño (a) con obstrucción bronquial **3 horas** después del 2 ciclo de nebulizaciones o inhalaciones.

5.2.1 Hacer una nueva valoración 3 horas después de iniciado el segundo tratamiento.

***** si mejora:**

- Dar de alta para manejo ambulatorio. (ya descrito anteriormente)

***** si no mejora:** Después de las 3 horas de tratamiento y los ciclos de nebulización ó inhalación.

- **Referir urgentemente al hospital**
- Indicar una dosis de Salbutamol oral: 0.1mg/ dosis mientras llega al hospital.

5.2.2 Si el niño (a) con las nebulizaciones y además presenta signos de gravedad.

- Tiraje
- Cianosis
- Frecuencia respiratoria > 60 por minuto
- Dificultad para beber líquidos
- Agitación psicomotriz

- **Sospechar falla respiratoria inminente y/o enfermedad o neumonía grave.** En ambos casos referir de inmediato al Hospital más cercano
- Aplicar norma 4.3 y 4.4 (enfermedad muy grave, neumonía grave)

Nota: en todos los casos dar cita de control para evaluar la evaluación de la enfermedad del niño periódicamente(cada 15, 30, 60 días)

Protocolos para la atención del asma bronquial en el ámbito hospitalario.

(28)

5. 2 El médico responsable de la atención, realizará un examen físico dirigido en el paciente asmático.

Referencia a un neumólogo o alergólogo.

5.3.1 Indicar estudios de laboratorio y gabinete:

- a. Hemograma completo.

- b. Rx de tórax
- c. Eosinofilos en moco nasal.
- d. IgE especifica.

5.3.2 El personal responsable de al atención del paciente asmático decidirá referirlo para consulta especializada sobre la base de la evolución y respuesta al tratamiento.

5.3.3 Referir a neumólogo o alergólogo los casos siguientes:

- a. Pobre respuesta al tratamiento propuesto de acuerdo a la severidad del asma.
- b. Para diagnostico diferencial.
- c. Presencia de entidades clínicas que compliquen la enfermedad.
- d. Necesidad de realización de estudios especiales.
- e. Pacientes que requieren mayor control ambiental.

Clasificación de la severidad y manejo ambulatorio del asma.

5.4 El personal de salud clasificara la **severidad el asma**, sobre la base del cuadro de clasificación del asma por severidad de la enfermedad.

5.4.1 Clasificar el asma según severidad de la enfermedad en:

- a. Asma leve
- b. Asma moderada
- c. Asma grave.

5.5.1 Clasificar como **asma leve**:

- a. Tos y Sibilancias no más de 1-2 veces por semana.
- b. Pocos signos clínicos de asma entre crisis.
- c. Buena tolerancia al ejercicio, pero puede no tolerar el ejercicio vigoroso.
- d. Síntomas nocturnos de asma no más de 1-2 veces por mes.
- e. Buena asistencia a la escuela.

5.5.2 Manejar al paciente con asma leve de acuerdo a los siguientes esquemas:

- a. Salbutamol oral =0.1 mg/kg/dosis, cada 8 horas(6 a.m-2 p.m-10 p.m), durante 1-2 semanas, ó
- b. Salbutamol Inhalado con espaciador de volumen(fabricado o vaso de 1 litro)=2 puff cada 8 horas, durante 1,2 semanas.

5.5.3 Considerar como **asma controlada** sí:

- a. Tiene actividad normal
- b. Hay ausencia de tos nocturna
- c. Hay ausencia de sibilancias.

5.5.4 Clasificar como **asma moderada**:

- a. Tos y Sibilancias mas frecuentes que 1-2 veces por semana
- b. Exacerbaciones o crisis graves infrecuentes
- c. Tratamiento de urgencia en emergencia menos de 3 veces al año.
- d. Tos y Sibilancias leves entre crisis.
- e. Tolerancia disminuida al ejercicio.
- f. Síntomas nocturnos presentes 2-3 veces por semana.
- g. Asistencia a la escuela puede estar afectada.

5.7.2 Manejar ambulatoriamente los pacientes con Asma Moderada de acuerdo a los siguientes esquemas:

- a. Salbutamol oral o inhalado
- b. Cromoglicato de sodio = 2 puff cada 8 horas(con espaciador de volumen), por 3-6 meses.
- c. Al estar asintomático por 3-6 meses considerar la reducción de la dosis a =2 puff cada 12 horas.
- d. Si se mantiene asintomático por un año, discontinuar el medicamento.

5.7.3 En ausencia de cromoglicato de sodio, usar terapia alterna:

- a. Salbutamol oral o inhalado(5.6.2)
- b. Teofilina de liberación sostenida =8 mg/kg/dosis, cada 12 horas(en niños mayores de 5 años)
- c. Teofilina anhidra = 5mg/Kg./dosis, V.O, cada 8 horas (en menores de 5 años)

5.7.4 Si persisten los síntomas con cualquiera de los 2 esquemas previos(5.7.2-5.7.3.

- a. Omitir cromoglicato de sodio.

- b. Indicar: Beclometasona =2 puff, cada 8 horas, hasta respuesta terapéutica y disminuir progresivamente hasta omitir ó
- c. Prednisona =1 mg/kg/día, V, O, matutina, días alternos, hasta lograr la remisión de síntomas.

5.8 Clasificación y manejo ambulatorio del asma grave.

5.8.1 Clasificar como **asma grave** los siguientes cuadros:

- a. Sibilancias diarias.
- b. Crisis frecuentes y a menudo severas.
- c. Tendencia a crisis severas súbitas.
- d. Mas de tres visitas por año a emergencia.
- e. Hospitalización mas de 2 veces por año.
- f. Marcada limitación de la actividad física.
- g. Interrupción del sueño cada noche, debido al asma.
- h. Mala asistencia a la escuela.

5.8.2 Manejar ambulatoriamente el asma grave de acuerdo al siguiente esquema:

- a. Salbutamol oral o inhalado de acuerdo a procedimiento 5.6.2.
- b. Beclometasona inhalado =2 puff cada 8 horas, hasta remisión e los síntomas. ó
- c. Prednisona = 1mg/Kg. /día, V.O, matutina, días alternos hasta lograr la remisión de síntomas.
- d. Continuar con cromoglicato de sodio: 2 puff cada 8 horas durante 3-6 meses.
- e. Al estar asintomático considerar la reducción de la dosis a 2 puff cada 12 horas.
- f. Descontinuar el tratamiento después de 1 año de estar asintomático.
- g. Si hay síntomas nocturnos: Teofilina de liberación sostenida .8mg/Kg./dosis, cada 12 horas(en mayores de 5 años), ó Teofilina anhidra = 5mg/Kg./dosis, V.O, cada 8 horas(en menores de 5 años).

5.9 Educación de paciente asmático.

6. Tratamiento hospitalario de la crisis de asma bronquial

6.1 El personal médico hará diagnóstico de asma bronquial en crisis y clasificará la severidad del episodio, sobre la base de parámetros clínicos y al **Score de Wood Dawnes**.

6.1.1 Hacer diagnóstico de asma bronquial en crisis en base a:

- a. Sibilancias
- b. Antecedentes de episodios repetidos de sibilancias.
- c. Dificultad respiratoria.

6.1.2 Clasificar la severidad de la crisis en base al Score de Wood Dawnes.

6.2 El personal hospitalario manejará como crisis leves, aquellos niños cuyo puntaje de acuerdo al Score de Wood Dawnes sea < 2 .

6.2.1 Puntaje menor o igual a **2 clasificar como crisis leve**.

6.2.2 Manejo ambulatorio.

6.3 El personal hospitalario manejará como **crisis moderada**, aquellos niños cuyo puntaje de acuerdo al **Score Wood Dawnes sea entre 3-4**.

6.3.2 Manejo en observación o en una unidad de inhaloterapia.

- a. Salbutamol inhalador con espaciador de volumen = 3 puff cada 10 minutos cada 10 minutos
- b. Salbutamol en nebulización 0.03ml/Kg. / dosis cada 20 minutos por 3 veces. Diluir el Salbutamol en SSN más agua destilada (completar 4 cc)

6.3.3 Hacer Nueva valoración con **Score de Wood Dawnes** 1 hora después de iniciado el tratamiento y decidir:

Si mejora (puntaje < 2)

- a. Continuar manejo ambulatorio de acuerdo a clasificación del asma por severidad de la enfermedad. (Ver normas de tratamiento ambulatorio del asma)
- b. Ofrecer educación a los padres sobre señales de peligro, para búsqueda inmediata de atención.
 - Dificultad respiratoria

- Aumento de la frecuencia respiratoria.
- Tiraje.
- c. Dar cita de control en la consulta externa, en las primeras 48 horas para evaluar evolución.

Si no mejora(puntaje permanece entre 3-4 después de 1 hora de tratamiento)

- a. Repetir Salbutamol inhalador con espaciador de volumen =3 puff cada 20 minutos por 3 veces, ó
- b. Salbutamol en nebulización =0.03mg/Kg./dosis cada 20 minutos por 3 veces.
- c. Agregar hidrocortisona I.V Ó I.M =10mg/kg/dosis única ó Prednisona =2 mg/kg/dosis inicial.

6.3.4 Hacer nueva valoración del Score Wood Dawnes después de tres horas de tratamiento.

A. Sí mejora (puntaje < de 2)

- a. Dar tratamiento ambulatorio.(ya mencionado)

B.-Si no mejora(puntaje permanece entre3-4 o empeora)

- a. Hospitalizar (ver inciso 6.4.1 y subsiguientes).

6.4 El personal hospitalario maneja como **Crisis Grave**, aquellos casos cuyo puntaje de acuerdo al **Score Wood Dawnes sea entre 5-6,a el de 3-4** que no hayan evolucionado bien con el esquema terapéutico anterior.

6.4.1 Puntaje entre 5-6. Clasificar como **Crisis Grave**.

6.4.2 Dar tratamiento hospitalario.

6.4.3 Omitir la vía oral hasta que la condición de salud lo permita.

6.4.4 Mantener en posición semisentado.

6.4.5 Mantenerlo en reposo.

6.4.6 Indicar exámenes de laboratorio y gabinete.

- a. Rx. De tórax PA y lateral.
- b. Hemograma.
- c. Densidad urinaria.
- d. Gases arteriales, sí hay.

6.47.Hacer monitoreo de signos vitales cada hora.

6.4.8. Hacer monitoreo del **Score Wood Dawnes** cada hora.

6.4.9. Indicar oxígeno con humidificador por el método más confortable para el paciente.

- a. Campana cefálica =4 litros por minuto (Fi. O₂ aproximada de 50%)
- b. Bigotera (catéter nasal) =3-4 litros por minuto (proporciona concentraciones entre 24-35%)
- c. Mascarilla =5 litros por minuto (ofrece concentraciones de 40%)

6.4.10. Indicar líquidos endovenoso así:

- a. Corregir el déficit de hidratación, si existe.
- b. Luego dejar líquidos de acuerdo a necesidades básicas (ver esquema de Holliday Segar)
- c. Manejar con soluciones mixtas 0.25%-0.35%.

6.4.11 Terapia Medicamentosa.

- a. Hidrocortisona =10 mg/kg/dosis inicial, I.V. Luego continuar con 5 mg/kg/dosis I.V. cada 6 horas, hasta obtener mejoría, ó
- b. Dexametasona =0.5 mg/kg/ dosis inicial, I.V. luego continuar con 0.25mg/Kg./ dosis cada 6 horas hasta obtener mejoría.
- c. Luego continuar con Prednisona = 1 mg/kg/día, dosis matutina hasta completar 7-10 de tratamiento esteroideo. (No pasar de 30mg de Prednisona por día)
- d. Salbutamol, Nebulización continua: 0.03ml/kg/dosis, cada 20 minutos hasta obtener mejorías. (Máximo 3 horas) Puede incrementarse a 0.06ml/kg/dosis cada 20 minutos en el caso de que no haya respuesta y antes de decidir infusión continua I.V.

NOTA: Se considera **falla terapéutica después de 3 horas de nebulización continua**, lo que obliga a la utilización del esquema **como puntaje > 7 como Falla respiratoria inminente** (Los cuales serán manejados en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Protocolos de Atención de Las Clínicas Periféricas de Emergencia(29)

Patología: **Broncoespasmo**

1. Todos los casos de Broncoespasmo

critérios de referencia

1. Broncoespasmo + signos de disnea(tiraje, cianosis, etc.)
2. Broncoespasmo + trastornos del SNC (paciente inconsciente)
3. Broncoespasmo + Manifestaciones de insuficiencia cardiaca
4. Paciente con Broncoespasmo que no responde a tratamiento convencional en 6 hrs.
5. Broncoespasmo con otra patología que necesita manejo especializado

anamnesis

Antecedentes de crisis de Broncoespasmo, frecuencia, severidad y tratamiento recibido antes de llegar a la Clínica, antecedentes de uso de esteroides.

examen físico:

- Signos vitales
- Frecuencia respiratoria: pulso paradójico, uso de músculos accesorios(tiraje), retracción del esternocleidomastoideo, disnea, sibilancias, cianosis.
- Medición del Peak- Flow (>de 120 litros por minutos en adultos)

exámenes de laboratorio

- Hemograma
- Gram. de esputo

medicamentos (nombre, dosis, horario)

1. Adrenalina solución acuosa 1:10,000, 0.3cc subcutáneo c/15 minutos en numero de 3 en pacientes menores de 30 años, excepción de pacientes con antecedentes cardiovasculares(hipertensión arterial, cardiopatía Isquémica etc.
2. Salbutamol inhalador 50 mcg /dosis cada 15 minutos sin pasar de 3 dosis
3. Salbutamol solución para nebulizador, 5% 1-2 cc. En 3cc. De solución salina normal, se repite c/30 minutos si es necesario.
4. Aminofilina (250mg /amp.) 3-5 mg/kg de peso, dosis inicial diluida en 100 cc de solución de dextrosa al 5%, pasar en 20 a 30 minutos (dosis

El grupo seleccionado fue, solo el total de los expedientes de pacientes con diagnóstico de asma que ingresaron a la Clínica durante el mes de septiembre del 2004 para un total en ambas clínicas de 528 de los cuales solo cumplieron criterios de selección 115 de la CLIPER del Hato y 79 de la CLIPER del Sitio, los criterios se refieren a información completa para encontrar el expediente y que concuerde con el diagnóstico de asma.

E La unidad de análisis

La unidad de análisis fue las CLIPER en su estructura, proceso y resultados finales del proceso de atención.

F La unidad de observación.

La unidad de observación; fueron las salas de observación, la sala de espera y el consultorio de las CLIPER y los expedientes.

G Variables del estudio.

El número de recursos materiales, humanos e infraestructura, de las CLIPER utilizados para la atención de los pacientes asmáticos durante el mes septiembre 2004.

Cumplimiento de Protocolos y Normas de atención vigentes de la Secretaría de Salud, Conocimientos técnicos sobre manejo de asma de los médicos en las CLIPER durante el mes de septiembre.

Número de pacientes egresados a la casa, número de pacientes trasladados a hospitales de mayor complejidad, número de referencias recibidas, número de referencias enviadas a otros centros.

H Criterios de selección.

Serán incluidos

de carga); luego de 0.5-0.9 mgs./ Kg. / hora diluida en volumen variable dependiendo del paciente. (Adulto o niño) c/6 horas.

5. Hidrocortisona, 5 mgs./Kg. (Niños); 100 a 500 mgs I.V c /6 h (adultos)
6. Prednisona tabletas 0.5-1 mg/ Kg. /dia por 7 días con disminución paulatina de la dosis administrarla después de salir de la crisis.

Procedimientos (describir en detalle)

- a. Sostener vena permeable
- b. Mantener vía aérea permeable.
- c. Control de signos vitales
- d. Control de diuresis
- e. Control de temperatura
- f. Verificación del estado de hidratación
- g. Vigilancia por signos de intoxicación medicamentosa.

Tratamiento no medicamentoso (02. nebulización con solución salina, sueros)

- Oxígeno, 1 a 5 litros por minuto, con bigotera nasal
- Nebulizaciones con solución salina normal
- Líquidos de rehidratación.

Criterio de alta:

- a. Desaparición de Sibilancias y disnea
- b. Peak-Flow < 120 litros por minuto
- c. Normalización de signos vitales

- Todos los expedientes de pacientes ingresados en la sala de observación con diagnóstico de asma que hayan recibido atención médica en el periodo de la realización del estudio.
- Todos los médicos que laboraron en las Clínicas en los tres turnos en el periodo de estudio.
- Director médico de cada clínica.

Serán excluidos:

- Expedientes con información incompleta.
- Expedientes con otra patología agregada al asma.
- Médicos que no deseen participar en el estudio.

I Fuente de obtención de la información.

Fuente Primaria:

- Expedientes
- Médicos asistenciales

Fuente secundaria

- Manuales de normas y procedimientos y estándares de atención.
- Estándares de licenciamiento, utilizado por la Secretaría de Salud.
- Observación
- Médicos Directores
- Enfermeras jefes
- Administradoras

J Técnicas e instrumentos.

- Se realizó una entrevista con un cuestionario estructurado al personal médico de la clínica para tener una descripción de aspectos de la estructura y el proceso.

VII DISEÑO METODOLOGICO

A Tipo de estudio

El presente es un estudio de tipo evaluativo, cuantitativo de corte transversal sobre calidad de atención, realizado en las salas de observación de las clínicas de emergencia del Sitio y Hato de en medio, durante el mes de septiembre 2004.

Se identificaron aspectos de la estructura, proceso, resultados y analizando los datos obtenidos, y contrastándolos con las normas de calidad y licenciamiento ya existentes para este tipo de clínica, y se plantearon sugerencias para el mejoramiento del funcionamiento de la institución.

B Universo.

El Universo fueron todo el personal que laboran en las CLIPER en total 119 empleados. Y todos los expedientes de pacientes ingresados durante el mes de septiembre del 2004 de ambas clínicas.

C El lugar seleccionado.

Las Clinicas Periféricas de Emergencia del Sitio y el Hato.

D El grupo seleccionado.

De todo el Personal solo se selecciono al total de los medicos, 27 que trabajan en las CLIPER, de los cuales solo se entrevistaron 19 médicos y los 2 directores médicos. El resto no se pudo entrevistar por encontrarse de vacaciones y otros por incapacidad.

- Se realizó una guía de observación para determinar el entorno donde se realizara la atención del paciente.
- Se utilizó instrumentos de inspección sanitaria para establecimientos de salud para comparar los estándares mínimos de estructura física y equipamiento.
- Se utilizaron Guías para la revisión de expedientes y verificar la utilización de las normas y manejo.

K Procesamiento de información.

Se utilizó el programa de EPI-INFO para el cuestionario estructurado, se utilizó programa Word para la transcripción de resultados.

L Análisis de la información.

En estructura se compararon los objetivos del proyecto de extensión de cobertura y mejoramiento de la red de servicios de salud con los resultados obtenidos. Se comparó con la guía de inspección sanitaria para establecimientos de salud los estándares mínimos de estructura física y equipamiento.

En proceso se realizó un análisis comparando las normas y protocolos vigentes de la Secretaría de Salud y los últimos manejos de la literatura, con los resultados obtenidos de los manejos de los médicos de cada Clínica. Para identificar los resultados finales del proceso de atención de los pacientes asmáticos se utilizaron los expedientes y el estado de egreso del paciente lo mismo que la hoja de traslados de las clínicas.

M Trabajo de terreno.

Se envió solicitud por escrito a los directores de las dos clínicas para solicitar el permiso para la realización del estudio y la colaboración del departamento de estadística. Se revisaron el total de expedientes (528), con diagnóstico de asma que llegaron en el mes de septiembre 2004 de los cuales reunieron los criterios

de selección un total de 194 expedientes. Se entrevistaron 19 de los 27 médicos laborantes en las CLIPER ya que algunos de ellos se encontraban de vacaciones, incapacitados o no pudieron ser localizados durante el tiempo de recolección de la información.

N Aspectos Éticos

Se explico al personal medico en que consistía el estudio y sus objetivos. Se pedirá su consentimiento verbal para incluirlo en el estudio.

Se respetará la confidencialidad; la información será manejada exclusivamente por las investigadoras.

VIII RESULTADOS

El inventario total de las clínicas fue realizado con las jefes de enfermeras y los administradores de cada clínica además de la comprobación de las medidas de estándares mínimos, se observaron las condiciones de limpieza de ventilación y de ubicación de los diferentes equipos dentro de la clínica.

Recursos materiales, humanos e infraestructura

Recursos materiales y equipamiento

En la clínica del Hato.

- El área de Preclínica cuenta con una camilla, una bascula con tallmetro, estetoscopio, esfigmomanómetro de pie, una banca, una mesa de metal con termómetros, sillas de ruedas.

- El consultorio cuenta con 1 escritorio, 2 sillas, 1 vitrina con llave que contiene un botiquín de emergencia con esfigmomanómetro pediátrico botes descartables de oxígeno, glucómetro, inmovilizadores de cuello y piernas, laringoscopio, cánulas, ambú. Cuenta con camilla de exploración con gradilla, un atril, una lámpara cuello de ganso, otoscopio, oftalmoscopio, martillo de reflejos, lavamanos, foco de mano.

- La sala de Observación 4 camas, lámpara cuello de ganso, 1 atril porta sueros, 11 nebulizadores (3 japoneses, 4 pulmo-Aede, 3 coreanos) 2 tanques de oxígeno grandes y 5 pequeños, 3 manómetros, mascarillas, tubos corrugados, 6 sillas.

- La ambulancia cuenta con una camilla rodable y plegable con un atril incorporado y tanque de oxígeno sin equipo de soporte básico ni botiquín de primeros auxilios.

En la clínica del Sitio

- El área de preclínica se encuentra en el pasillo y cuenta con 1 camilla, 1 balanza con tallímetro, 1 mesa de madera con termómetros y papelería, 1 esfigmomanómetro de pie y sillas de ruedas.
- El consultorio cuenta con 1 escritorio, 3 sillas, 1 camilla de exploración con gradilla, 1 vitrina con libros, en un gabinete se encontraban medicamentos de emergencia pero actualmente se encuentra desabastecido, una lámpara cuello de ganso, estetoscopio, otoscopio, glucómetro, foco de mano, papelería.
- Sala de Observación de adultos cuenta con 5 camas, 1 vitrina con venoclisis, catéteres, 1 carro de curaciones metálica con sueros, 3 atriles, 1 tanque de oxígeno de 2000 lbs, 2 tanques pequeños de 500 lbs, 1 micronebulizadores japoneses, 1 nebulizador pulmo-Aede, 3 manómetros grandes, mascarillas, tubos corrugados.
- La sala de puerperio se utiliza para observación de niños y cuenta con 2 camas, 2 camillas, 1 carro de curaciones, 2 nebulizadores coreanos con capacidad para nebulizar 2 personas al mismo tiempo, 1 tanque de oxígeno de 2000 lbs, 2 tanques de oxígeno de 500 lbs, 3 manómetros pequeños, mascarillas pediátricas, tubos corrugados.
- La ambulancia solo cuenta con una camilla plegable con un tanque pequeño de oxígeno pero no cuenta con equipo de soporte básico o botiquín de primeros auxilios.
- El equipo de soporte vital básico avanzado se encuentra en el área de procedimientos que se encuentra al lado de observación sin embargo no cuenta con medicamentos de soporte vital básico.
- En cuanto a la observación del área de preclínica en la Clínica del Sitio encontramos que cuando hay dos médicos en turno se coloca un escritorio en el pasillo donde se realiza la preclínica de los pacientes y al mismo tiempo se

realizan las 2 actividades, él medico en consulta con un paciente y la enfermera tomando signos con otro o varios pacientes.

Cuadro básico de medicamentos para el Asma.

Clínica el Hato.

- Hidrocortisona I.V 500 Mg
- Hidrocortisona I.V 100 Mg
- Atrovent solución para nebulizar.
- Salbutamol solución para nebulizar.
- Salbutamol aerosol al 0.2%.
- Salbutamol jarabe 1 Mg por 5 ml
- Salbutamol tabletas de 2 Mg
- Prednisona tabletas de 50 Mg
- Prednisona tabletas de 5 Mg
- Beclometasona aerosol.

Clínica el Sitio.

- Hidrocortisona I.V 500 Mg
- Hidrocortisona I.V 100 Mg
- Salbutamol solución para nebulizar.
- Atrovent solución para nebulizar.
- Salbutamol aerosol al 0.2%.
- Salbutamol jarabe 1 Mg por 5 ml
- Salbutamol tabletas de 2 Mg
- Prednisona tabletas de 5 Mg
- Beclometasona aerosol.

Medicamentos para soporte vital básico avanzado.

Clínica el Hato.

- Adrenalina 1 Mg
- Atropina 1 Mg
- Bicarbonato de sodio 44 meq. en 50 ml
- Glucosa al 50%. en 50 ml

- Xilocaina al 2%. en 50 ml
- Dopamina.
- Gluconato de calcio

Clínica el Sitio.

- No hay medicamentos para soporte vital básico. Pero el cuadro básico es el mismo del Hato, solo necesita pedirse.

Recursos Humanos

Clínica el Hato.

- Director medico (contrato)
- Médicos asistenciales permanentes 10.
- Médicos asistenciales de contrato 3.
- Licenciadas en Enfermería 3.
- Enfermeras auxiliares 12
- Auxiliar de laboratorio 4
- Ayudantes de enfermería 3.
- Auxiliares de farmacia 6.
- Auxiliares de estadística y receptor de fondos 6.
- Motoristas 7.
- Auxiliar administrativo 1.
- Jefe de personal 1.
- Personal técnico 1.
- Secretaria 1.
- Personal de aseo 3.
- Personal de vigilancia 2.

Clínica el Sitio.

- Director medico 1.
- Médicos asistenciales permanentes 10
- Médicos asistenciales de contrato 1.
- Licenciadas en Enfermería 4.
- Auxiliares de enfermería 9.

- Ayudantes de enfermería 3.
- Auxiliares de farmacia 5.
- Auxiliares de estadística y receptor de fondos 5.
- Motoristas 4.
- Auxiliar administrativo 1
- Secretaria 1
- Personal de aseo 3
- Personal de vigilancia 2
- Técnico de mantenimiento solo 2 veces por semana
- Auxiliar de laboratorio. 3

Infraestructura

La Estructura de la clínica se evaluó utilizando los instrumentos de inspección Sanitaria para establecimientos de salud de la Secretaria de Salud, los cuales son específicos para las CLIPER; el cual creemos se adecuaba muy bien para la evaluación de aspectos de estructura, a continuación se describirán los resultados encontrados.

Ambas clínicas cuentan con la igual estructura físicas y medidas en metros cuadrados por ambiente.

Para fines del estudio solamente se evaluaron del área de servicios asistenciales las siguientes: sala de espera, ambiente para preclínica, consultorio y sala de observación.

En ambas clínicas la sala de espera mide 29.36 mts.².

El ambiente para preclínica mide 24.64mts². Ya que se trata de un pasillo y no realmente de un ambiente exclusivo de preclínica. El consultorio medico mide 16.24 mts.². La sala de observación mide 25 mts.². El siguiente ambiente en ambas clínicas es el de puerperio el cual tiene diferentes funciones de acuerdo a lo que cada director ha pensado es necesario en la CLIPER del Sitio esta sala sé esta utilizando como sala de observación y nebulización para niños.

En la CLIPER del Hato este ambiente de puerperio se utiliza como área administrativa y se encuentra los escritorios de la jefe de personal, la administradora y la secretaria.

Todos los ambientes tienen adecuada ventilación e iluminación de acuerdo a la observación que se realizó.

Normas y protocolos

Se entrevistó a cada médico en sus diferentes turnos en las clínicas; no hubo inconvenientes para la realización de las encuestas con ellos; en la CLIPER del Sitio se recogieron 9 encuestas de 12 médicos; ya que uno se encontraba incapacitado y los otros de vacaciones; en la CLIPER del Hato se entrevistaron 10 de los 14 médicos ya algunos no se localizaron durante el tiempo de recolección de la información y otros como en la otra clínica se encontraban de vacaciones.

Los siguientes son los resultados de la entrevista dirigida a los médicos de ambas clínicas.

En la evaluación del conocimiento de normas de atención del asma de la secretaria de salud de los 10 médicos entrevistados en la Clínica del Hato, un 50% (5) conocen las normas y otro 50% (5) las desconocen, en la Clínica del Sitio un 88.9% (8) médicos conocen las normas y 1.1% (1) las desconoce en total de los 19 médicos entrevistados, 68.4% (13) conocen las normas y 31.6% (6) las desconocen.

En lo referente a disposición de normas en la Clínica del Hato el 100% (10) médicos refieren no tener a su disposición las normas de atención, y en la Clínica del Sitio el 66.7% (6) médicos refieren no tener a su disposición las normas y un 33.3% (3) médicos si refiere tenerlas a su disposición. En total de los 19 médicos entrevistados, un 84.2% (16) no tienen las normas de atención a su disposición, solamente un 15.8% (3) médicos refieren tenerlas a su disposición.

En lo que se refiere a la actualización de normas y protocolos de atención de emergencias en la CLIPER el Hato, 50% (5) médicos, que conocen las normas opinan que están desactualizadas; en la CLIPER el Sitio del 88.9% (8) médicos que las conocen opinan que las normas de atención están desactualizadas.

En la CLIPER el Hato el 40% (4) médicos opinan que si existen protocolos de atención de emergencias y el 60% (6) opinan que no existen en la CLIPER el Sitio

el 55.6% (5) médicos opinan que si existen protocolos de atención de emergencias y un 44.4% (4) opinan que no existen.

En la CLIPER el Hato del 40% (4) que los conocen, opinan que los protocolos de atención de emergencias están desactualizados, en la CLIPER el Sitio del 55.6% (5) médicos que los conocen, opinan que los protocolos están desactualizados.

En la CLIPER el Hato el 50% (5) médicos han recibido actualizaciones por parte de la institución, acerca de asma y 50% (5) médicos no han recibido actualizaciones; en la CLIPER el Sitio un 11.1% (1) médico ha recibido actualizaciones por parte de la institución y un 88.9% (8) médicos no han recibido actualizaciones; en total de 19 médicos entrevistados solamente el 31.6% (6) médicos han recibido actualizaciones por parte de la clínica.

En la parte de conocimiento y actualizaciones acerca de asma se realizaron 11 preguntas

De conocimientos del diagnóstico, manejo y tratamiento a cada pregunta se dio una puntuación para lograr una calificación global la cual fue la siguiente: en el Hato 1 tenía 100%, 2 tenían entre 91 - 95 %, 1 tenía 72%, y 4 entre 60-64%, 2 tenían 50.5%. En el Sitio 1 tenía 91.5%, 3 tenían entre 82 y 86.5%, 4 entre 72 y 77%, 1 tenía 55%.

En la parte de atención del paciente con crisis asmática se entrevistó a los médicos como considera la preclínica por parte del personal de enfermería, En La clínica del Hato el 90% (9) médicos la consideran confiable un 10% (1) médico poco confiable (entiéndase como confiable cuando los signos vitales son iguales a los encontrados por él médico, y poco confiables cuando algunos o todos los signos no corresponden a los encontrados por él médico).

En cuanto al tiempo utilizado en la evaluación del paciente con crisis asmática, en la clínica el Hato el 100% (10) médicos contestaron que utilizan en promedio 6 minutos para la evaluación inicial, y en la clínica el Sitio el 22.2% (2) médicos contestaron que utilizan 6 minutos en promedio, el 44.4% (4) médicos utilizan 10 minutos, el 22.2% (2) médicos 15 minutos y un 11.1% (1) médico 10 minutos; en total el 63.2% (12) médicos utilizan 6 minutos en promedio.

En lo referente al cumplimiento de ordenes (por parte de personal de enfermería) en pacientes ingresados a observación, en la clínica el Hato de los 10 médicos entrevistados el 90%(9) contestaron que siempre cumplen con las ordenes y un 10% (1)medico contesto que algunas veces cumplen con las ordenes; En la clínica el Sitio, el 77.8%(7) médicos contestaron que siempre se cumplen las ordenes, y un 22,2%(2) médicos contestaron que algunas veces; en total el 84.2%(16) médicos contestaron que siempre se cumplen las ordenes en observación por parte del personal de enfermería y el 15.8% (3) médicos contestaron que algunas veces.

El motivo de traslado de pacientes al Hospital Escuela (Hospital nacional) de los 10 médicos de la clínica el Hato, el 90%(9) contestaron que el motivo de traslado es porque no mejoran después del tratamiento de urgencia y también porque tienen otras patologías cardiopulmonares agregadas, y un 10%(1) medico contesto que los traslada porque no mejoran después del tratamiento; En la clínica el Sitio el 100%(9) médicos entrevistados contestaron que el motivo de traslado es porque no mejoran después de tratamiento de urgencia y también porque tienen otras patologías cardiopulmonares agregadas; en total de los 19 médicos entrevistados todos contestaron que el motivo de traslado es porque no mejoran después del tratamiento de urgencia.

En la parte de referencia para control subsiguiente de los médicos de la clínica el Hato el 70%(7) refieren pacientes para control, y el 30%(3) médicos no refieren; en la clínica el Sitio, el 66.7%(6) médicos refieren pacientes, y un 33.3%(3)médicos no refieren pacientes para su control subsiguiente; en total de los 19 médicos entrevistados el 68.4%(13) refieren pacientes a control y el 31.6%(6)médicos no refieren pacientes a control.

El lugar de referencia más frecuente fue a centros de salud, el 30% (3) médicos del Hato contestaron así, un 20% (2) médicos los refieren al Hospital del tórax, un 10%

(1)refiere al Hospital Escuela y otro 10%(1) medico al Hospital San Felipe. De los médicos de la clínica el Sitio, el 44.4%(4) refieren a centros de salud y22.2%(2) al Hospital del Tórax. En total de los 19 médicos entrevistados el

68.4%(13)médicos los refieren a otros centros para su control y el 31.6%(6) médicos no refieren pacientes para un control subsiguiente.

Con relación a pacientes referidos a las Clíper, en la clínica el Hato el 90%(9) médicos opinan que no les refieren pacientes de otros centros, y el 10%(1)medico opina que si les refieren pacientes; en la clínica el Sitio el 100%(9) médicos entrevistados opinaron que no les refieren pacientes; en total de los 19 médicos entrevistados el 95%(18) opinaron que no les refieren pacientes y un 5%(1) medico opino lo contrario.

Resultados finales del proceso de atención

El departamento de estadística reporta 240 casos de asma del mes de septiembre del 2004 sin embargo al momento de revisar los registros diarios se encontraron casos con diagnostico de asma sin registro de los números de expedientes por lo cual no se pudieron revisar estos expedientes, en otros casos se reviso el expediente y no se encontró él diagnostico de asma dentro del expediente; por lo cual solo se revisaron 79 expedientes.

Otro aspecto que se encontró en los expedientes es una Historia clínica inconsistente, letra ilegible, falta de identificación del profesional, posología no especificada, evoluciones medicas escuetas, ausencia de fecha y hora en repetidos registros, uso reiterados de formatos inadecuados, secuencia arbitraria de hojas de la historia clínica, ausencia de signos vitales.

En la CLIPER del Hato el departamento de estadística reporta 288 casos de asma del mes de septiembre del 2004, pero al momento de revisar los registros diarios de atención se encontró la misma situación de la CLIPER del Sitio; además de encontrar que se incluyen las hiperreactividad bronquial como asma en el informe de asma por lo cual fueron excluidos; en total se revisaron 115 expedientes que cumplían los criterios de inclusión. De los médicos de la CLIPER del Hato se entrevistaron 10 de los 13 asistenciales por los mismos motivos anteriores.

En cuanto a la revisión de expedientes encontramos que la mayoría de ellos son llenados en forma incompleta por lo cual muchos fueron descartados.

De los expedientes de la CLIPER del Hato encontramos una repetición de 3 expedientes y en la CLIPER del Sitio una repetición de un expediente.

Sexo

Se encontraron en el Sitio que de los 79 expedientes revisados, Un 58.2% (46) eran femeninos y un 41.8% (33) eran masculinos. En el Hato de los 115 expedientes 55.7% (64) eran masculinos y el 43.3% (51) eran femeninos.

Edad

La CLIPER del Sitio tuvo la siguiente distribución en edades 0 –11meses se encontraron un 10.1% (8); de 12 meses - 4 años se encontraron 31.6% (25) pacientes; de 5-14 años se encontraron 27.8% (22) pacientes, de 15-30 años se encontraron 12.7%(10) pacientes; de 31 –50 años se encontraron 10.1% (8) pacientes; de 51 – 70 años se encontraron 3.8%(3) pacientes; de 71 años y más se encontraron 3.8% (3) pacientes.

En la CLIPER de Hato encontramos las siguientes distribuciones por edad de 0 – 11 meses se encontraron 7.8%(9) pacientes; de 12meses-4años se encontraron 32.2 %(37) pacientes; de 5 –14 años se encontraron 26.1% (30) pacientes; de 15 – 30 años se encontraron un 19.1%(22) pacientes; de 31- 50 años se encontraron 6.1% (7) pacientes; de 51 –70 años se encontraron un 4.3% (5) pacientes y de 71años y más se encontraron un .3% (5) pacientes.

Examen físico

En la CLIPER del Sitio se encontraron que el 63.3% (50) expedientes tenían un examen físico completo mientras 36.7% (29) expedientes tenían un examen físico incompleto.

En la CLIPER del Hato se encontraron que de los 115 expedientes el 19.1% (22) tenían examen físico completo, mientras que el 80.9% (93) tenían examen físico incompleto.

Protocolo

En la CLIPER del Sitio encontramos que el 51.9% (41) tenían un protocolo adecuado, mientras que 48.1% (38) no tenían un adecuado protocolo de atención.

En la CLIPER del Hato encontramos que un 38.3% (44) tenían un protocolo adecuado, mientras que el 61.7% (71) tenían un protocolo poco adecuado.

Continuidad

En la CLIPER del Sitio encontramos que de 79 expedientes revisados 11.4%(9) fueron referidos, mientras un 88.6%(70) no fueron referidos.

En la CLIPER del Hato de los 115 expedientes 10.4% (12) fueron referidos mientras que 89.6%(103) no fueron referidos.

Destino de Egreso

En la CLIPER del Sitio se encontraron que el 97.5%(77) pacientes fueron egresados a su casa y el 2.5%(2) pacientes fueron trasladados a un centro de mayor complejidad.

En la CLIPER del Hato encontramos que de los 115 expedientes revisados un 99.1%(114) fueron egresados a su casa y un 0.9% (1) fue trasladado a un centro de mayor complejidad.

Utilización de la Norma

En la CLIPER del Sitio se encontró que de los 79 expedientes revisados el 100% no utiliza las normas de la secretaria de salud.

En la CLIPER del Hato se encontró que de los 115 expedientes revisados el 100% no utilizaron la norma de la Secretaria de Salud.

Tratamiento de egresado

En la CLIPER del Sitio se encontraron 51.9%(41) expedientes con tratamiento adecuado, mientras que un 48.1% (38) no tenían un tratamiento adecuado.

En la CLIPER del Hato se encontraron 49.6%(57) expedientes con tratamiento adecuado, mientras que un 50.4%(58) tenían un tratamiento no adecuado.

IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS

La calidad en emergencia implica brindar servicios que generen confianza en los usuarios⁽³⁹⁾ Para hablar de calidad suficiente se debe contar con un servicio de salud alcanzada óptimamente desde el punto de vista de la tecnología medica existente, dado que eso es algo que solo un sector bien informado de la profesión medica puede determinar, se constituye la participación de profesionales; es un elemento imprescindible, por lo tanto la información que se necesita para evaluar los aspectos técnicos de la salud debe basarse en observaciones minuciosas, sujetas al rigor científico y analizado hábilmente en conjunto.⁽³⁹⁾

Recursos Materiales, Humanos e Infraestructura

Recursos materiales y equipamiento

Según el instrumento de inspección sanitaria la definición de una clínica periférica de emergencia (CLIPER) es: Establecimiento de salud dedicado a la atención ambulatoria de emergencias medico-quirúrgicas de mediana complejidad y atención de partos inminentes sin complicaciones, con sala de Observación y servicio las 24 horas al día.⁽³⁰⁾

Los estándares mínimos y para una adecuada atención del asma un consultorio debe tener estetoscopio, esfigmomanómetros de brazalete, un reloj segundero. Y lo que encontramos en nuestra investigación, es que en la CLIPER del Sitio, el consultorio no cuenta con estetoscopio propio de la clínica por lo que cada medico lleva el suyo; no existen esfigmomanómetros de brazalete, tampoco existen pediátricos en buen estado, solo existen los de pie que se encuentran en preclínica y observación, no hay un reloj con segundero en el consultorio, por lo cual no cumple con estos estándares mínimos de equipamiento para una clínica de emergencia.

En la CLIPER del Hato si tiene a su disposición estetoscopios, esfigmomanómetro de brazalete de adultos y pediátricos propiedad de la clínica y cumple con los otros estándares mínimos de equipamiento.

Las clínicas cuentan desde su inicio con un adecuado equipamiento ya que fueron una donación del gobierno de Japón sin embargo por el tiempo transcurrido algunos de los equipos se encuentran deteriorados aunque aun funcionales.

Las salas de hidratación y nebulización que funcionan en la sala de observación de ambas clínicas cuenta con micronebulizadores, pero el numero de micronebulizadores varia en las 2 clínicas, El Hato cuenta con los tres japoneses(los originales), pero el Sitio solo cuenta con uno, esto posiblemente se deba a que el Hato tiene personal de mantenimiento permanente en la clínica y el Sitio no, el Hato cuenta además con 4 nebulizadores pulmo-Aede y el Sitio solo 1, existen nebulizadores coreanos indudablemente funciona mejor en el Hato ya que el técnico viajo a corea a capacitarse para su mantenimiento, del Sitio no viajo nadie por lo que 2 se encuentran malos, encontramos que debido a que este equipo es de fabricación japonesa o coreana no se le puede dar un correcto mantenimiento por falta de repuestos Originales. También existen tanques de oxigeno de 2000 lbs y tanques de 500 lbs con manómetros, los cuales son necesarios para cubrir los estándares mínimos para la atención del asma, En cuanto a materiales las CLIPER cuentan con los materiales necesarios para realizar nebulizaciones, como ser solución salina, agua destilada, Salbutamol para nebulizar y solo en ocasiones, bromuro de Ipratropio. En cuanto al medicamento de soporte básico vital el Sitio no cuenta con un stock de medicamentos para hacer frente a una emergencia de paro Cardio-respiratorio. El Hato si lo tiene. No existe ninguna justificación para que no exista este medicamento ya que es una Clínica de emergencia y existe también una cuota recuperada que permite hacer compras de medicamentos e insumos en caso de no haber en el almacén central.

Recursos Humanos

Los recursos humanos, sin lugar a dudas, constituyen, en la actualidad, el activo más valioso con que cuenta la organización. Es el hombre, quien con sus conocimientos, experiencia, sensibilidad, compromiso, esfuerzo y trabajo, hace posible integrar y potenciar estos recursos a fin de lograr el desarrollo de la organización⁽¹⁸⁾ El contar con los recursos humanos que los estándares mínimos establecen asegura que haya un buen funcionamiento y poder brindar atención de calidad. En ambas clínicas se encuentran dirigidas por directores médicos, los cuales son médicos generales, como lo especifican los estándares mínimos⁽³⁰⁾ En

esto estamos en desacuerdo con el estándar ya que el director medico debe tener conocimiento de administración.

Los estándares mínimos especifican para el personal administrativo: un administrador, profesional capacitado en administración y contabilidad; un auxiliar de personal; con experiencia en manejo de recursos humanos; una secretaria comercial. La CLIPER del Hato cumple con todas estas especificaciones, sin embargo la CLIPER del Sitio no ya que solo cuenta con unos recursos que cubre las 2 funciones de administrador y auxiliar de personal, la cual es perita mercantil pero sin ninguna experiencia en manejo de recursos humanos y también cuenta con una secretaria comercial.

Los estándares mínimos hablan de 10 médicos distribuidos en los tres turnos de servicio acreditados por su colegio; en ambas clínicas los médicos se encuentran acreditados por su colegio y todos son médicos generales al momento de llegar a la clínica ninguno tenia experiencia en emergencia y tampoco se le capacito para tomar en cargo. Varían en numero ya que la CLIPER del Hato cuenta con 13 médicos; y en la CLIPER del Sitio solo cuenta con 11 médicos.

Las enfermeras profesionales los estándares mínimos establece una enfermera jefe debidamente acreditada por su colegio lo cual se cumple en ambas clínicas.

Deben haber según estándares 6 enfermeras profesionales distribuidas en tres turnos lo cual no se cumple en la actualidad ya que en la CLIPER del Hato solo existen 3 y en el Sitio hay 4 esto afecta seriamente el funcionamiento de la clínica ya que es un personal de apoyo para la atención de partos o de otras actividades como suturas, colocación de sondas y otras actividades que se salen de las competencias técnicas de las auxiliares de enfermería. Por lo cual la atención de partos casi a desaparecido.

Los estándares mínimos exigen 13 enfermeras auxiliares, distribuidas en los tres turnos, lo cual no se cumple ya que hay 12 auxiliares en el Hato y solo 9 en el Sitio. Lo que deteriora aun más la calidad de atención.

Los estándares especifican mínimo, 5 técnicos de laboratorio, sin embargo el Sitio solo cuenta con 3, y el Hato con 4, los estándares especifican que las emergencias deben contar con apoyo de laboratorio las 24 horas.

Los estándares especifican 4 auxiliares de estadística y receptor de fondos, 4 auxiliares de farmacia, 5 motoristas. En nuestra investigación encontramos en el Hato, 6 auxiliares de estadística y receptor de fondos, 6 auxiliar de farmacia y 7

motoristas, mientras que el Sitio cuenta con 5 de cada área. En la práctica 5 son insuficientes debido a que no hay quien cubra incapacidades, vacaciones o permisos por lo que el estándar debería ser 6 y no 4.

Existe otro personal que los estándares mínimos no piden como ser las ayudantes de hospital y cada clínica hay 3, pero la experiencia dice que son necesarias por disminución del personal de enfermería. Los estándares por el contrario hablan de un auxiliar de laboratorio que no existe en ninguna de las 2 clínicas. Si existe personal de seguridad y aseo en ambas clínicas como lo especifican los estándares; Ambos servicios son de compañías privadas. Los estándares no especifica cuantos deben haber, sin embargo por ser clínicas que laboran las 24 horas y ya que es personal que realiza guardias en ambos casos deberían acercarse a ser 5 en cada caso sin embargo solo hay 2 guardias y 3 de limpieza, lo que nos llevaría a pensar que su rendimiento es bajo, por este exceso de trabajo.

Infraestructura

En cuanto a estándares mínimos de estructura física e instalaciones se compararon las medidas únicamente de las áreas que tienen que ver directamente con la atención de pacientes asmáticos, como ser la sala de espera la cual es 2 mts más grande que los estándares mínimos; el área de preclínica los estándares mínimos lo mencionan como un ambiente independiente de 10 mts² lo cual no existe en las CLIPER y se utiliza un pasillo de 24.64 mts² el cual aunque es funcional no cumple con el requerimiento de privacidad del paciente ya que en ocasiones hay más de una emergencia y por ser un pasillo hay paso de otras personas.

El consultorio que se utiliza para consulta tiene 4 mts más que los estándares mínimos con ventilación e iluminación adecuada. Los estándares mínimos hablan de un área de nebulizaciones e hidratación y otra diferente de observación pero en las clínicas el ambiente de observación cumple todas estas funciones pero cuenta con 5 mts menos que los estándares mínimos requeridos; en la CLIPER del Sitio la siguiente sala que era de puerperio se utiliza ahora como una sala de observación pediátrica donde también se nebuliza e hidrata; por el contrario en la CLIPER del Hato en esta área fue ubicada la secretaria, la auxiliar de personal y de administración quitando espacio para la atención de pacientes.

Normas y Protocolos

En el proceso de atención se especifica las actividades que deben ser tomadas en consideración para alcanzar el estándar y la manera en que se ofrece un servicio, enuncian quien debe hacer las cosas para quien cuando y como. En la siguiente investigación evaluamos como los médicos realizan las actividades en las clínicas de emergencia y los resultados son los siguientes:

Las pautas de la práctica profesional también llamadas protocolos clínicos o parámetros de practica profesional, definen la manera de llevar a cabo un proceso clínico⁽²⁶⁾ En la investigación realizada se encontró que la mayoría de los médicos del Sitio conocen las normas, mientras solo la mitad de los médicos del Hato las conocen, las normas o protocolos deben estar al alcance del personal en general pero en particular del médico ya que es una guía rápida y segura para el manejo de cualquier patología. Sin embargo todos los médicos del Hato no tienen a su disposición las normas y la mayoría de los médicos del Sitio tampoco cuentan con ellas, lo que definitivamente influye negativamente en calidad de atención brindada en las clínicas.

Los profesionales de la Salud como científicos que son están capacitados para elaborar hipótesis y probarlas. Cuando su investigación demuestra que los cambios en las practicas y procedimientos son adecuados, entonces los médicos y Hospitales adoptan nuevos métodos como la medicina basada en la evidencia⁽¹⁷⁾, en la investigación realizada encontramos que todos los médicos que las conocen refieren que están desactualizadas, y que ellos no han recibido capacitaciones ni actualizaciones en él ultimo año. Sin embargo no deja de ser preocupante que 6 médicos no conozcan las normas de atención ya que al entrar al Sistema de Salud debieron tener algún tipo de inducción al cargo, ya que de los médicos que trabajan actualmente, ninguno contaba con experiencia en emergencias al ser contratado.

La literatura refiere que las competencias profesionales están relacionadas con las competencias técnicas, él diagnostico y tratamiento clínico⁽³⁹⁾; para que haya competencia profesional en los servicios prestados esa persona tiene que tener la capacidad y los conocimientos para realizar las tareas, lo que debe hacer en forma uniforme y precisa⁽²⁶⁾, en el cuestionario de conocimientos técnicos encontramos que no hay uniformidad en los criterios diagnósticos ni de tratamiento, y que la

mayoría obtuvieron porcentajes de 70 y 60 %, lo que es preocupante para profesionales médicos y mas aun si están en el área de emergencia.

La literatura refiere la seguridad como dimensión de la calidad, implica la reducción de riesgos, infecciones, efectos colaterales perjudiciales u otros peligros que pudieran relacionarse con la prestación de servicios; en la investigación encontramos que la mayoría de los médicos encuentra confiable la preclínica realizada por el personal de enfermería, también refieren que sus ordenes se cumplen a cabalidad, sin embargo existen 3 médicos los que refieren lo contrario, no sabemos si es que los otros nunca se han ocupado de verificar las ordenes y los signos, o son casos aislados, pero en conclusión esto debe ser investigado mas a fondo o por lo menos realizar supervisiones para observar la veracidad de los datos, ya que si esta ocurriendo disminuye la calidad y pone en riesgo la vida de los pacientes.

En la literatura investigada no se menciona el tiempo de duración de la consulta, pero la norma general del tiempo de atención en la emergencia se espera que sea de 45 minutos a 1 hora. Pero en el caso de pacientes asmáticos es impredecible el tiempo que necesitara para salir de al crisis, sin embargo nuestra interrogante a los médicos fue sobre su evaluación inicial que indudablemente debe ser rápida y precisa, pero un tiempo adecuado para realizar interrogación, examen y decidir manejo, seria de 10 minutos.

La continuidad implica que el cliente puede recibir la serie completa de servicios de salud que necesita sin interrupción suspensión ni repeticiones innecesarias de evaluaciones diagnosticas o tratamientos⁽²⁶⁾ como la literatura manifiesta; que la falta de continuidad lleva a comprometer la eficacia deja insatisfecho al cliente y disminuye la eficacia de la atención⁽³⁹⁾, encontramos que los pacientes son trasladados a una unidad de mayor complejidad cuando no mejoran después de aplicar el tratamiento o por estar complicados con otra patología adicional, lo cual esta dentro de los criterios de referencia que mencionan los protocolos de atención⁽⁶⁾

En la investigación se encontró que la mayoría de los médicos refieren que envían a sus pacientes para su control subsiguiente, lo que está de acuerdo con la norma que especifica que a las 48 horas el paciente debe ser nuevamente evaluado y controles subsiguientes cada 2 meses⁽⁸⁾, y esto se corroboró con los expedientes en el último resultado. Se observó que a las clínicas no les refieren pacientes de los centros de salud ni de otros niveles, lo que deja ver la falta de articulación de sistema y la falla en uno de los objetivos principales de las clínicas.

La atención hospitalaria dispone de un conjunto de recursos organizados para atender los problemas que le sean referidos por el primer nivel, reforzando la literatura consultada, donde el ministerio de salud tiene normada la referencia y contrarreferencia al usuario atendido⁽⁹⁾

El abastecimiento de insumos médicos y equipos en la emergencia es uno de los principales pilares para la atención, un insuficiente abastecimiento expone a riesgos al no contar con ellos de manera oportuna y apropiada y hace la diferencia entre la vida y muerte del usuario.

De los médicos entrevistados la mayoría refirieron que cuentan con abastecimiento regular de medicamentos, 2 médicos opinan que es excelente; en cuanto al equipo la mayoría opina que está en regular estado ya que no hay repuestos para algunos nebulizadores, otros opinan que el estado del equipo es excelente y es en la clínica donde hay personal técnico de mantenimiento.

El acceso a los servicios de salud; esta dimensión de la calidad comprende barreras de índole geográfica, económica, social, organizacional, cultural o lingüística.

El acceso implica la eliminación de las barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de atención de salud ⁽²⁾ De los médicos entrevistados todos refieren que no niegan atención a ningún paciente.

Resultados finales del proceso de la atención.

La evaluación de los resultados está siendo reconocida como de gran importancia en las evaluaciones de la atención médica. El concepto de resultados de atención se ha definido como la respuesta al tratamiento médico en términos de mortalidad

síntomas, capacidad de trabajo o para llevar a cabo actividades diarias, e índices fisiológicos o en términos restablecimiento, recuperación de función, o de supervivencia. En otras palabras recuperar la salud física y psicológica que además comprenden actitudes del paciente y conocimientos de salud adquiridos.

Podemos decir que del total de expedientes de las 2 clínicas no fue posible revisar ni la mitad de ellos debido al manejo que se hace de ellos, esto limita mucho la continuidad en la atención y afecta la calidad.

Sexo

En cuanto al sexo vario ya que la literatura refiere que existe un predominio masculino en la infancia⁽²⁵⁾, lo que se cumplió en el Hato, no en el Sitio donde la mayoría son pacientes femeninas, pero si vemos el numero de casos conjuntamente encontramos que entre las dos clínicas existe una paridad de sexos. Posiblemente se deba a que ahora por igual toda la población se esta viendo afectada por contaminantes externos.

Edad

De los expedientes revisados, como lo refiere la literatura⁽²⁵⁾, la mayoría son pacientes jóvenes en ambos grupos menores de 30 años y la mayoría se encuentran entre 1-15 años. Es la población más vulnerable por encontrarse en formación y puede tener mas daños y secuelas físicas.

Examen Físico

Encontramos que el examen físico no consigna adecuadamente muchos aspectos importantes de la evaluación del paciente asmático como la frecuencia respiratorio o la utilización de músculos respiratorios y en ocasiones ni los hallazgos pulmonares. Pudimos observar que la proporción de estos expedientes es mayor en el Hato posiblemente se relacione con lo que refieren ellos en la entrevista donde el tiempo de atención es de 6 minutos, al contrario de la CLIPER del Sitio en que menos expedientes están incompletos y ellos refieren tomarse mas tiempo entre 10 – 15 minutos para evaluarlos.

Protocolo

La literatura refiere como tratamiento inicial de una crisis asmática (27,28), el uso de hidrocortisona y Salbutamol en inhalador o Salbutamol en nebulizaciones esto es lo que consideramos adecuado para fines de la revisión, encontrando que la mayoría del Hato se consideraron inadecuados, y en el Sitio una leve mayoría fueron adecuados. Esto podría explicarse por la falta de utilización de normas y protocolos de emergencia, igualmente a la falta de actualizaciones. Sin embargo existe una contradicción ya que la clínica que refiere mas capacitados es la que más expedientes incompletos tienen. Posiblemente se deba a que la actualización se llevo a cabo hace mucho tiempo o no llevo a cabo un buen aprendizaje.

Continuidad.

La literatura refiere que la continuidad en la atención es derecho del paciente, y cualquier acción que se realice en la atención, se volverá ineficaz sino existe una continuidad en esta(7)

Contrario a lo que los médicos contestaron en la entrevista de que si referían los pacientes a otro nivel para su seguimiento, pero en los expedientes son pocos en los que se encuentra consignado esta referencia a hospitales y centros de salud. Lo que toma aun mayor gravedad teniendo en cuenta que la mayoría son niños. La posible explicación podría estar en que si los refieran pero no lo escriben.

Lugar de destino del egresado.

Encontramos que la mayoría de los pacientes son estabilizados en la clínica, y los traslados a otros centros de mayor complejidad son escasos de 1 a 2 sin embargo, podría pensarse en cierto grado de eficacia de la clínica, ya que se cuenta con el equipo necesario y el medicamento mas adecuado técnicamente(8) Sin embargo no podemos hablar de atención de calidad, ya que la definición del estado de salud se ha ampliado paulatinamente hasta abarcar el funcionamiento emocional y social del paciente además de su funcionamiento físico. Se considera importante no solo prolongar la vida, sino también mejorar su calidad(4)

Utilización de la Norma

Los estándares mínimos hablan sobre la utilización de Normas y Protocolos en las emergencias como algo indispensable⁽¹⁰⁾ Sin embargo el total de los médicos no utilizan las normas tal como lo expresaron en la entrevista, es cierto que las normas datan de 1996, sin embargo después de revisarlas y compararlas con la literatura actual son pocos aspectos los que ya no se utilizan, por lo que continúan siendo una buena ayuda de manejo además de un respaldo legal para la institución y el médico. Sin embargo la institución esta obligada a revisar sus normas, con los médicos y definir los aspectos que se puedan actualizar y mejorar.

Tratamiento de Egresado

Par fines de la evolución utilizamos la palabra adecuado cuando se utiliza como tratamiento de egreso Salbutamol inhalador, Beclometasona inhalador, esteroides oral a pacientes que durante la crisis utilizaron esteroides I.V.⁽²⁷⁾ Encontramos que en ambas clínicas solo cerca de la mitad tenia tratamiento adecuado, esto no se debe a falta de medicamento ya las clínicas están abastecidas, aun cuando no exista medicamento debe consignarse en el expediente el medicamento que recomienda la norma, y se debe entregar la receta a los pacientes para que la compren o de ser muy pobre la referencia a otro centro que se lo proporcione.

X CONCLUSIONES

1. Después de analizar la estructura de ambas clínicas, estas no cumplen con todos los estándares especificados para establecimientos de este nivel, y es mas acentuado en la CLIPER del Sitio, a un así son bastante funcionales.
2. Indudablemente existen diferencias que las marcan los recursos humanos, de cada una de ellas, el manejo que hacen del espacio físico, el mantenimiento del equipo y la gestión de los recursos materiales y medicamentos. La escasez de recursos en la CLIPER del Sitio acentúa, aún más la necesidad de la evaluación de la calidad a fin de lograr un uso óptimo de los mismos.
3. La poca normatización de los procesos, en el desempeño técnico como lo es, el diagnóstico, tratamiento seguimiento y medicación apropiada así como la capacidad de prevenir antes de curar; agravado esto por la falta de programas de actualización y desarrollo de recursos humanos; determina la baja calidad de atención que se brinda.
4. De los resultados finales podemos concluir que no existe continuidad en la atención, pensando en esta como derecho de los pacientes a recibir la serie completa de servicios de salud; por lo que concluimos que el sistema de referencia y contrarreferencia no funciona, como una red organizada que pueda garantizar esa continuidad.
5. En las clínicas no existe un adecuado manejo del expediente clínico, ni de parte del medico ni del personal de estadística, deteriorando el Sistema de información y el acceso a esta información que debe servir de retroalimentación; lo que refleja que no existe supervisión en dichas áreas.
6. En forma general el seguir la atención que se brinda en las CLIPER a través del asma como trazadora evidencio las fallas que existen en la institución y que deterioran la calidad de atención y que están al alcance de las CLIPER resolver.

XI RECOMENDACIONES

A las CLIPER

1. Implementar la utilización de las normas y protocolos de atención médica en las clínicas las cuales deberán ser revisadas por los médicos para adecuarlas a los recursos de la clínica.
2. Implementar un Programa de Garantía de la calidad en las CLIPER con participación de todo el personal de las clínicas.
3. Solicitar a las autoridades los recursos humanos que deben tener las clínicas de acuerdo a sus necesidades, y no solo basándose en los estándares sino más bien de acuerdo a la demanda.
4. Implementar programas de Educación Permanente de recursos humanos utilizando la medicina basada en la evidencia, para las consultas de médicos y enfermeras.
5. Mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia con el hospital, los centros de salud y las CLIPER; implementar las consultas telefónicas con los residentes de tercer año para la orientación y aprendizaje de los médicos de las clínicas.
6. Establecer un Beshmarking entre ambas clínicas para mejorar aspectos que sean beneficiosos una de la otra, como ser la utilización del espacio físico, o el mantenimiento del equipo.

A los médicos

7. Utilización adecuada de las hojas de emergencia para atención de pacientes donde están consignadas los puntos más importantes del examen físico.

8. Escribir todo lo que sucede con el paciente, las evaluaciones siguientes y el estado en el cual egresa el paciente.
9. Referir a todo paciente para su control a las 48 horas, y en especial a los niños pequeños, para poder ofrecerles una mejor calidad de vida.
10. Actualizarse a través de la lectura individual, si la institución no realiza las actualizaciones.

Al Hospital Escuela

- 1 Implementar procesos de supervisión que garantice cambios sustanciales en las CLIPER.
- 2 Apoyar programas de garantía de la calidad en las CLIPER.
- 3 Complementar las planillas de recursos humanos de acuerdo a necesidades y a la demanda.
- 4 Mejorar los procesos de abastecimiento y mantenimiento de los equipos.
- 5 Implementar programas de Educación Permanente en todas las CLIPER.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud: Metodología de trazadoras Componentes Principales y Aplicación en Países Americanos Washington, D.C ,Noviembre , 1989.
2. La Calidad y la reforma del sector Salud en América Latina y el Caribe: Anna Gabriela Ross, José Luis Cevallos y Alberto Infante OPS 2000.
3. Bases para una propuesta de instrumentación condiciones de eficiencia y capacidad resolutive de servicios de salud; Organización Panamericana de la Salud. OMS. Marzo 1989.
4. Garantía de calidad de la atención de salud en los países en desarrollo. Lynne Miller Franco .Lori Deprete Brow
5. Búsqueda en Internet... Gogle.com...Ministerio de Salud-Lima-Perú, Agosto 2002.
6. Marco Conceptual para la Evaluación de Programas de salud: Eiliana Montero Rojas 2004
7. Dossier Modulo de calidad en salud. CIES. Managua, Nicaragua Abril,2005
8. Dossier Modulo de Calidad en Salud. CIES. Managua. Nicaragua,2204
9. OPS OMS Metodología de trazadoras Experiencia de Aplicación en Países Latinoamericanos.
- 10.OPS. OMS Estándares de Enfermería para el Mejoramiento de la Calidad Cruz Bertilda Olivas Palacios, Daniel Zúñiga Molina Ramírez , Norman Girón Romero 1996 Managua Nicaragua
- 11.Modelo y programa nacional de garantía de calidad en el marco del subsistema institucional de garantía de calidad en la secretaria de salud de Honduras.
- 12.Proceso de desarrollo organizacional de la salud:¡participemos!,No.1 enero 2000.Unidad de garantía de calidad. Conceptos básicos.
- 13.Percepción de la calidad de atención de los usuarios de emergencia, Hospital Alfonso Moncada Guillen, Municipio de Ocotal, SILAIS, Nueva Segovia, ano 2004..

14. Búsqueda en Internet...boletín trimestral "salud con calidad" no 10 junio agosto 1999
15. Búsqueda en Internet...<http://www.google.com>
16. Diplomado Gerencia de la Calidad Aplicada a Salud Publica en El Salvador.
17. Dossier Desarrollo de Recursos Humanos. Gestión de Recursos Humanos. CIES, Managua, Nicaragua, 2004
18. Dossier Modulo de Gerencia. Organización Enfoque Situacional.
19. Dirección de Hospital, Barquin Manuel, Inter. América 1992.
20. Plan de Mejoramiento continuo de la calidad y productividad en los servicios de emergencias. INTECH (The Institute for technical Cooperation in Health, Inc.). Managua, Nicaragua 2002.
21. Tesis de Investigación :Satisfacción de usuarios atendidos en cuidados críticos y observación. Hospitales Antonio L. Fonseca y Manolo Morales. Managua Nicaragua, Agosto 1995, Gutiérrez Aburto G. Morales C. Rafaela.
22. Dossier Modulo de Gerencia Estratégica, en Servicios Hospitalarios, Dr. Meynar Mejía Freddy, Managua CIES UNAN Enero 1998.
23. Cliente Orientado al Proveedor Eficiente AVSC Internacional COPE New_Cork, 1996.
24. Búsqueda en Internet. google. com. Sociedad Española de Enfermería de Urgencia y Emergencia. Julio 2003
25. Estándares de Calidad. Secretaria de Salud.
26. Manual de normas y procedimientos para las acciones y ,manejo para las infecciones respiratorias agudas a nivel ambulatorio de la secretaria de salud.
27. Manual de normas y procedimientos para las acciones y manejo de las infecciones.
28. respiratorias agudas a nivel Hospitalario, Secretaria de Salud, 1996.
29. Protocolos de atención de las clínicas periféricas de emergencias. 1996.
30. Instrumento para Inspección Sanitaria para Establecimientos de Salud. Secretaria de Salud.
31. Búsqueda en Internet...Google.com REPORTE DEL SONDEO DE OPINION: "OPINION DE USUARIOS SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD" Proyecto. iniciativa de sensibilización sobre prioridades de salud y educación, Managua, 28 Agosto 2001

32. Gestión de los Recursos Humanos Implementación de programas de calidad total en Servicios de atención primaria a la salud avances y dificultades. Vera Lucia Peixoto Santos Méndez, Carmen Fuentesé R. Espinoza ; Manuel Martínez; Julio Piura, Alice Pineda.
33. Evaluación de proyectos y programa de salud. CIES, Managua, Nicaragua. 2005
34. Folleto utilización eficaz de Hospitales (de 30 citas bibliográficas).
35. Tesis de Investigación: percepción de la calidad de atención de los usuarios del Servicio de Emergencia, Hospital Dr. Alfonso Moncada Guillen. Municipio de Ocotal. SILAIS, Nueva Segovia, Año 2004
36. Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria. José Maria Paganini. OPS.
37. Búsqueda en Internet ... Calidad en salud, Deming .htm
38. Búsqueda en Internet... Calidad en salud-medida de la calidad en el servicio, htm.
39. Búsqueda en Internet... Calidad en los servicios sanitario.htm
40. Búsqueda en Internet... Biografías, Kaoru Ishikawa.htm
41. Búsqueda en Internet ... Cambio gerencial.htm
42. Búsqueda en Internet... Calidad en salud-Avedis Donabedian y la calidad de.
43. Búsqueda en Internet... Economía salud, seguros.htm
44. Búsqueda en Internet... Indicadores socioeconómicos IV Perú.htm
45. Búsqueda en Internet... Gerencia de salud, monitoreo.htm
46. Búsqueda en Internet... marketing en salud-curación ó calidad .htm
47. Búsqueda en Internet... sistemas de gestion.htm
48. Búsqueda en Internet... Que es calidad en salud.htm

Anexos

GLOSARIO

Acceso.- Facilidad con la que el usuario obtienen los servicios que demandan y cuando lo demandan e idoneidad de la atención.

.- Eliminación de barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de atención en salud.

Acreditación.- Es un proceso de evaluación de la calidad de los servicios a partir del logro de estándares. Son acreditadas aquellas instituciones que logran cumplir con los estándares.

Certificación.-.- Procedimiento mediante un organismo autorizado evalúa y reconoce a un individuo que ha cumplido requisitos predeterminados, como son los estándares.

Continuidad.- Implica recibir atención completa de todos los servicios que necesita para recuperar su salud, sin interrupciones ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento.

Competencia Profesional.- Capacidad y desempeño de las funciones de los grupos de salud, administrativos y de apoyo; se relaciona con las pautas y las normas para el ejercicio de la profesión y la realización en términos de precisión confiabilidad y uniformidad.

CLIPER.- Clínicas Periféricas de emergencia.

Benchmarking .- Es la búsqueda permanente en el proceso de identificación entendimiento y adaptación de prácticas superiores con el fin de mejorar el desempeño de su organización.

Eficacia.- El grado con que la asistencia prestada produce el efecto deseado con un mínimo de esfuerzo, de gasto o de pérdidas superfluas.

Eficiencia.- Es la relación entre los efectos de un programa o servicio de salud y los gastos correspondientes de recursos (financieros, tiempo, humanos, insumos)

Efectividad.- Se define como el resultado de las acciones de salud sobre la población objeto de las mismas.

Estructura.- Especifica la provisión de recursos necesarios para alcanzar el estándar. Pueden referirse al personal, nivel de formación profesional, equipo, suministros, edificios, políticas y procedimientos, sistemas de información y sistemas de financiamiento.

Estándar.- Es un nivel de desempeño esperado y alcanzable, comparable con un nivel de desempeño actual; un nivel de calidad relevante para la actividad valorada

Garantía de la calidad.- Método sistémico, planificado y continuo para monitorear, evaluar y mejorar la calidad de los servicios de salud con el fin de incrementar los beneficios para la población a partir de los recursos existentes.

Licenciamiento.- Es el proceso mediante el cual se otorga un permiso legal por parte de una autoridad competente, usualmente pública a un individuo u organización para que pueda participar en una práctica que de lo contrario sería ilegal.

Normas.- Son especificaciones sobre como se deben cumplir los procedimientos o tratamientos clínicos. No se da mucha libertad para actuar.

Proceso.- Especifica las actividades que deben ser tomadas en consideración para alcanzar el estándar y la manera en la que se ofrece el servicio.

Resultado.- Especifica los resultados finales de la atención. Algunos criterios usados comúnmente son: satisfacción y conocimiento de los clientes, mejoramiento en los niveles de salud.

CUADRO 1
Equipo y Materiales
Clínicas Periféricas de emergencia
Septiembre 2004

Recursos Materiales y Equipo	Hato	Sitio
# Nebulizadores Japonés	3	1
# Nebulizadores Coreanos	3	1
# Nebulizadores Aede	4	1
# Tanques de Oxigeno 2000 lbs	2	2
# Tanques de Oxigeno 500 lbs	5	5
# Manómetros	3	6
# Estetoscopios	5	Los tiene guardados
Equipo de Soporte Básico Vital	1	1
Mascarillas	suficientes	suficientes
Tubos corrugados	suficientes	suficientes
MEDICAMENTOS		
Salbutamol solución para nebulizar	Si hay	Si hay
Solución salina normal	Si hay	Si hay
Jeringas	Si hay	Si hay
Salbutamol inhalador	Si hay	Si hay
Hidro cortisona I.V.	Si hay	Si hay
Bromuro de Ipatropio solución para nebulizar	Si hay	Si hay
Beclometasona inhalador	No hay	Si hay
Prednisona 5 mg	Si hay	Si hay
Prednisona 50 mg	No hay	No hay
Salbutamol en tabletas y jarabe	Si hay	Si hay
Medicamentos de soporte básico vital	Si hay	No hay

Fuente: Cuadro básico e inventario en comparación con Estándares mínimos equipamiento(Instrumento de inspección sanitaria)

Cuadro 2
Recursos Humanos
Clínicas Periféricas de Emergencia
Septiembre 2004

Recursos Humanos	Estándares	Hato	Sitio
Director Medico	1	1	1
Enfermera Profesional jefe	1	1	1
Administrador	1	1	1
Jefe de Personal	1	1	-
Secretaría	1	1	1
Médicos asistenciales	10	14	11
Enfermera Profesional	6	3	2
Enfermera Auxiliar	13	12	9
Técnico del laboratorio	5	4	3
Auxiliar de Estadística y Fondos	4	6	5
Auxiliar de Farmacia	4	6	5
Motorista	5	7	5
Ayudante de Enfermería	-	3	3
Encargado de Mantenimiento	1	1	Solo 2 veces por semana
Auxiliar de Laboratorio	1	No existe	No existe
Encargado de Bodega	1	No existe	No existe
Conserje	1	-	1
Personal de Vigilancia (privada)	No especifica	2	2
Personal de Limpieza (privada)	No especifica	3	3

Fuente: Planilla de recursos humanos en comparación con el instrumento de Inspección Sanitaria para Establecimientos de Salud.

Cuadro 3
Infraestructura
Clínicas Periféricas de Emergencia
Septiembre 2004

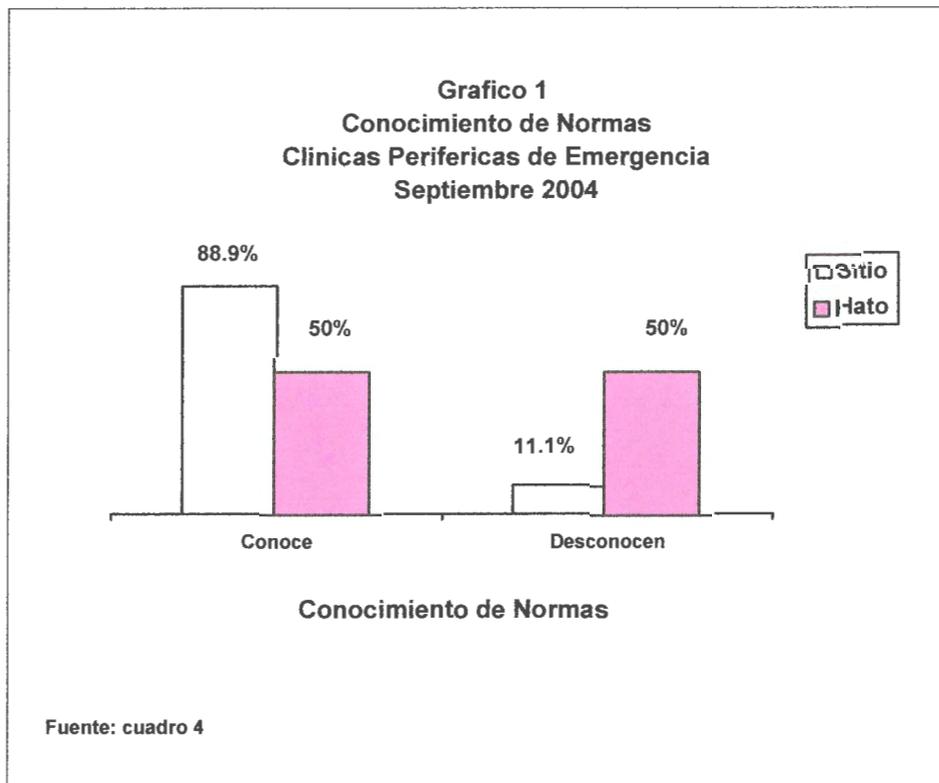
Área de Servicios Asistenciales	Estándares	Hato	Sitio
Sala de espera	Área mínima 27 m²	Si cumple	Si cumple
Ambiente para preclínica	Área mínima de 10 m²	No existe	No existe
Ambiente para consultorio	Área mínima 12 m²	Si cumple	Si cumple
Sala de Nebulizaciones	Área mínima 12m²	No existe	No existe
Sala de Observación	Área mínima 30 m²	No cumple	No cumple
Habilitación del área de puerperio para sala de observación Pediátrica		No cumple	Si cumple

Fuente: Medición y observación y comparación con estándares mínimos

Cuadro 4
Conocimiento de las normas de atención del asma,
de la Secretaria de Salud Clínicas Periféricas de Emergencias,
Septiembre 2004

Conocimiento de normas de atención	Sitio	Porcentaje	Hato	Porcentaje
Conoce	8	88.9%	5	50.0%
Desconoce	1	11.1%	5	50.0%
Total	9	100.0%	10	100.0%

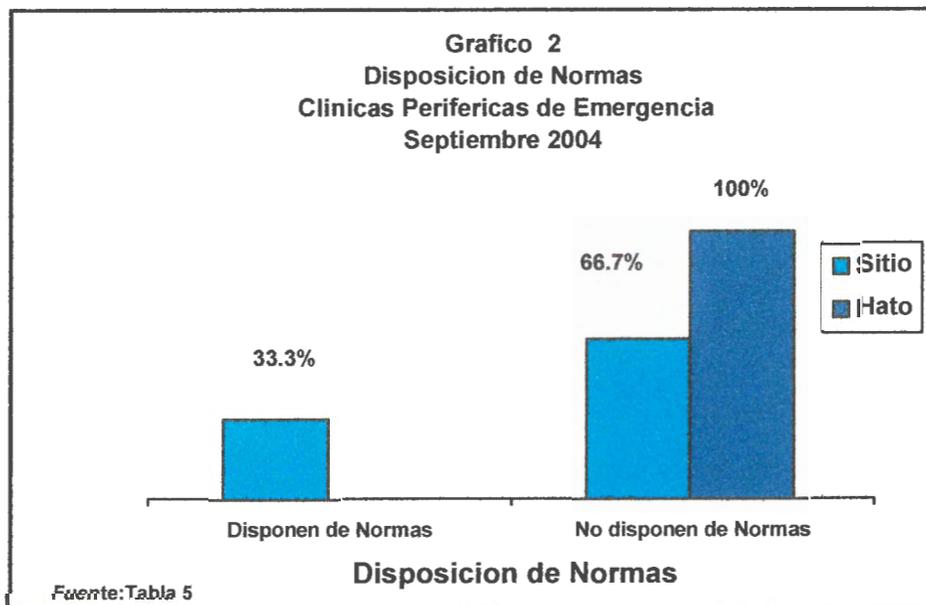
Fuente: entrevista dirigida a médicos de emergencia.



CUADRO 5
Disposición de las normas de atención del asma,
de la secretaria de salud
Clínicas Periféricas de Emergencias,
Septiembre 2004

Disposición de normas de atención	Sitio	Porcentaje	Hato	Porcentaje
Disposición de normas	3	33.3%	0	0
Sin disposición de normas	6	66.7%	10	100.0%
Total	9	100.0%	10	100.0%

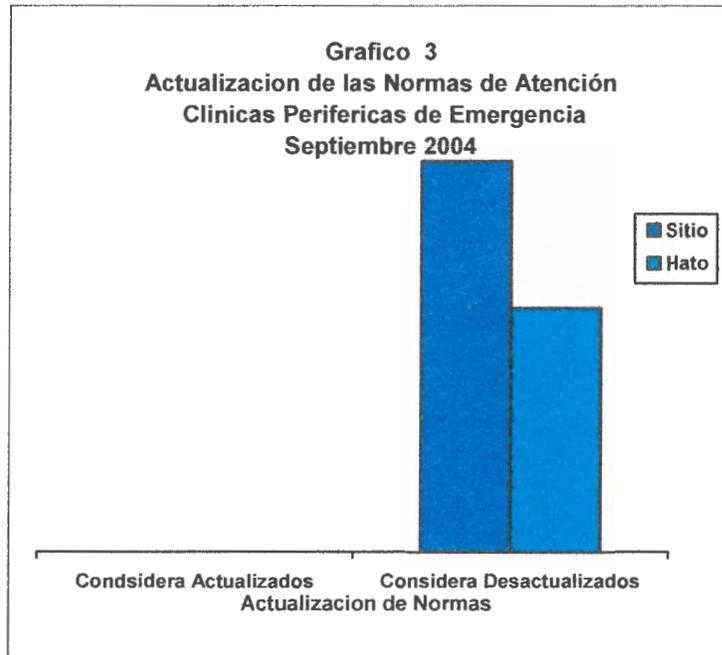
Fuente: entrevista dirigida a médicos de emergencia.



CUADRO 6
Actualización de las normas de atención,
Clínicas Periféricas de Emergencias,
Septiembre 2004

Opinión acerca de la actualización de las normas	Sitio	Porcentaje	Hato	Porcentaje
Considera actualizadas	0	0	0	0
Considera Desactualizadas	8	100%	5	100%
Total	8	100%	5	100%

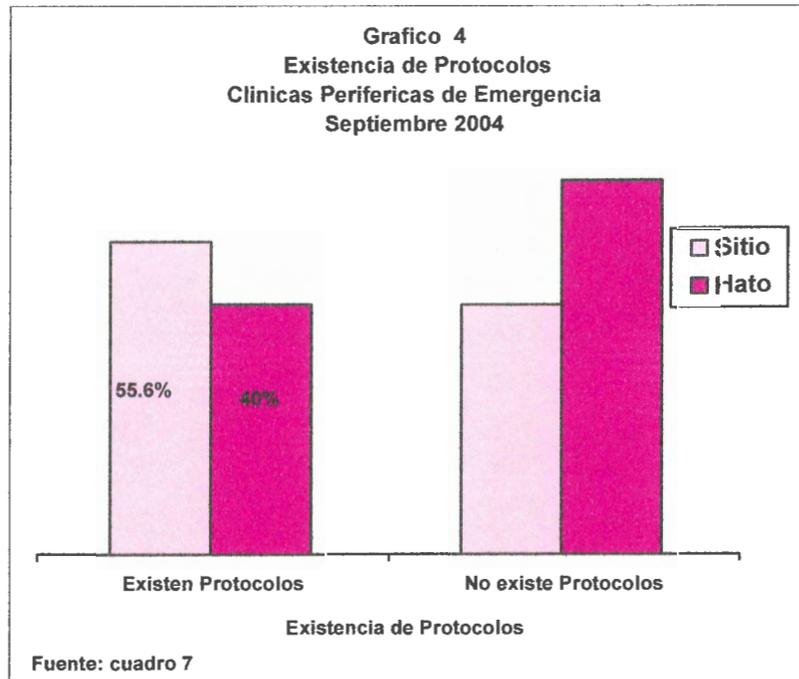
Fuente: entrevista dirigida a médicos de emergencia.



CUADRO 7
Existencia de protocolos de atención
Clínicas Periféricas de Emergencia,
Septiembre 2004

Existencia de protocolos	Sitio	Porcentaje	Hato	Porcentaje
Existen protocolos	5	55.6%	4	40.0%
No existen protocolos	4	44.4%	6	60.0%
Total	9	100.0%	10	100.0%

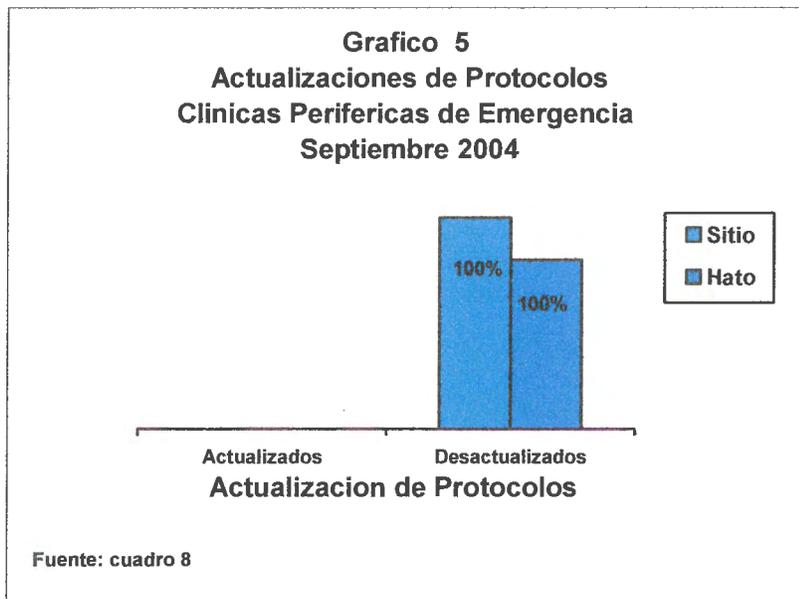
Fuente: entrevista dirigida a médicos de emergencia.



CUADRO 8
Actualización de Protocolos de Atención
Clínicas Periféricas de Emergencia,
Septiembre 2004

Actualización de protocolos de atención	Sitio	Porcentaje	Hato	Porcentaje
Actualizados	0	0	0	0
Desactualizados	5	100.0%	4	100.0%
Total	5	100.0%	4	100.0%

Fuente: entrevista dirigida a médicos de emergencia.

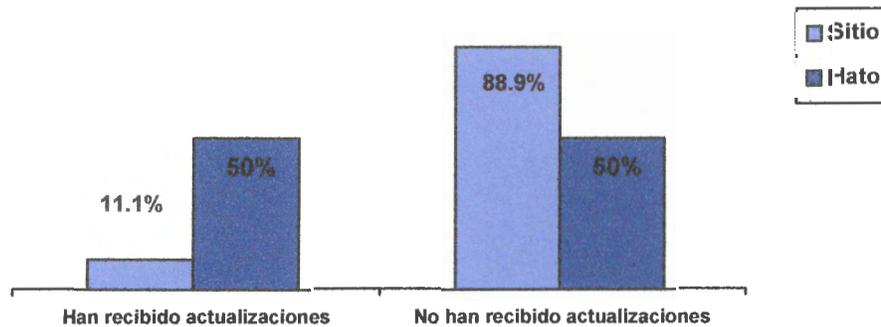


CUADRO 9
Actualizaciones Medicas
Clínicas Periféricas de emergencia
Septiembre 2004

Actualizaciones Medicas	Sitio	Porcentaje	Hato	Porcentaje
Han recibido actualizaciones	1	11.1%	5	50.0%
No han recibido actualizaciones	8	88.9%	5	50.0%
Total	9	100.0%	10	100.0%

Fuente: entrevista dirigida a médicos de emergencia.

Grafico 6
Actualizaciones Medicas
Clínicas Perifericas de Emergencia
Septiembre 2004



Actualizaciones Medicas

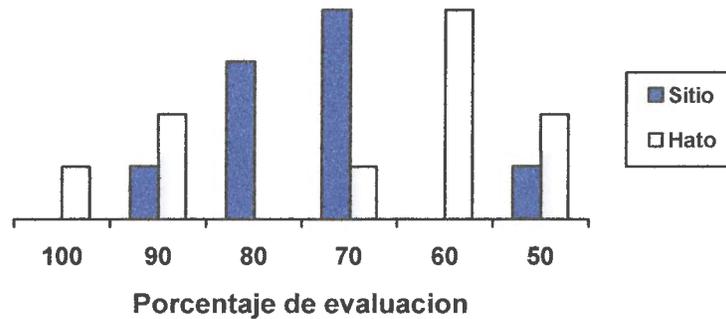
Fuente: cuadro 9

CUADRO 10
Competencias Técnicas de los Medicos
Clínicas Periféricas de Emergencia
Septiembre 2004

Porcentaje de Evaluación	Sitio	Hato
100	0	1
90	1	2
80	3	0
70	4	1
60	0	4
50	1	2
total	9	10

Fuente: entrevista dirigida a médicos de emergencia.

Grafico 7
Competencias Técnicas
Clinicas Periféricas de Emergencia
Septiembre 2004

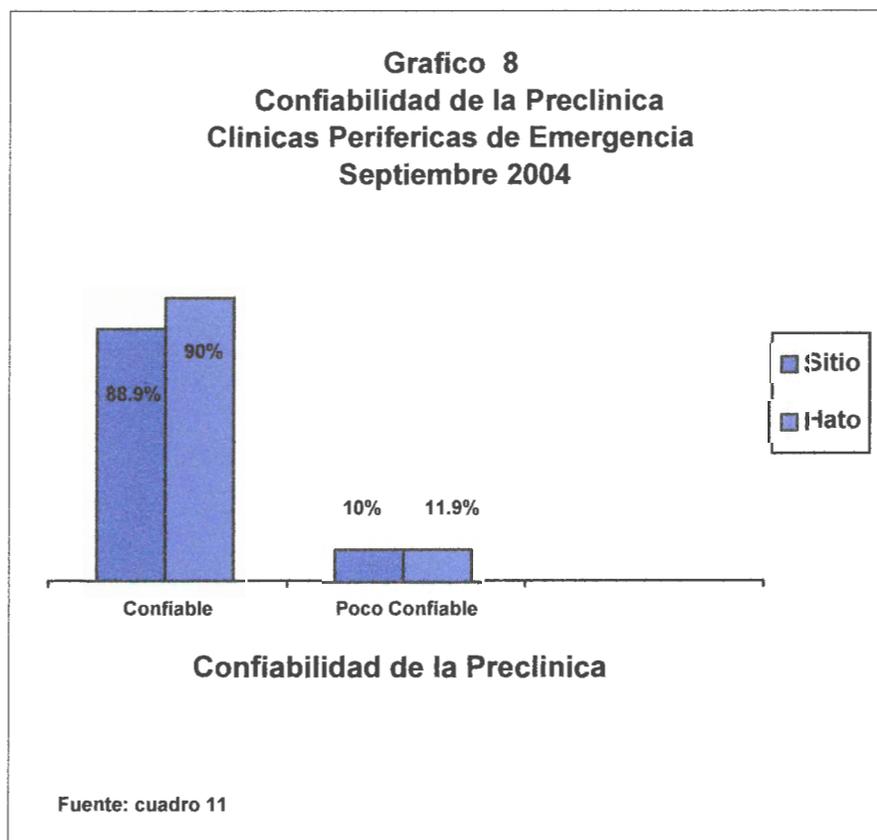


Fuente: cuadro 10

CUADRO 11
Confiabilidad de la Preclínica
Clinicas Periféricas de Emergencia
Septiembre 2004

Como considera la preclínica que se realiza en la clínica	Sitio	Porcentaje	Hato	Porcentaje
confiable	8	88.9%	9	90.0%
poco confiable	1	11.1%	1	10.0%
total	9	100.0%	10	100.0%

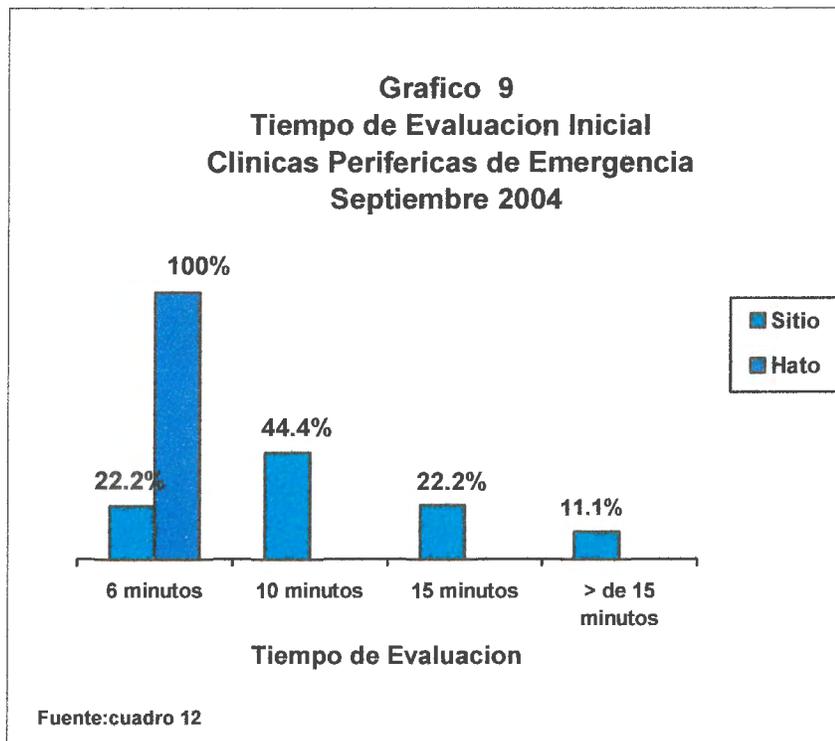
Fuente: entrevista dirigida a médicos de emergencia.



CUADRO 12
Tiempo utilizado en la Evaluación del paciente
Clínicas Periféricas de Emergencia
Septiembre 2004

Tiempo utilizado en la evaluación de el paciente con asma	Sitio	Porcentaje	Hato	Porcentaje
6 minutos	2	22.2%	10	100.0%
10 minutos	4	44.4%		
15 minutos	2	22.2%		
mas de 15	1	11.1%		
Total	9	100.0%	10	100.0%

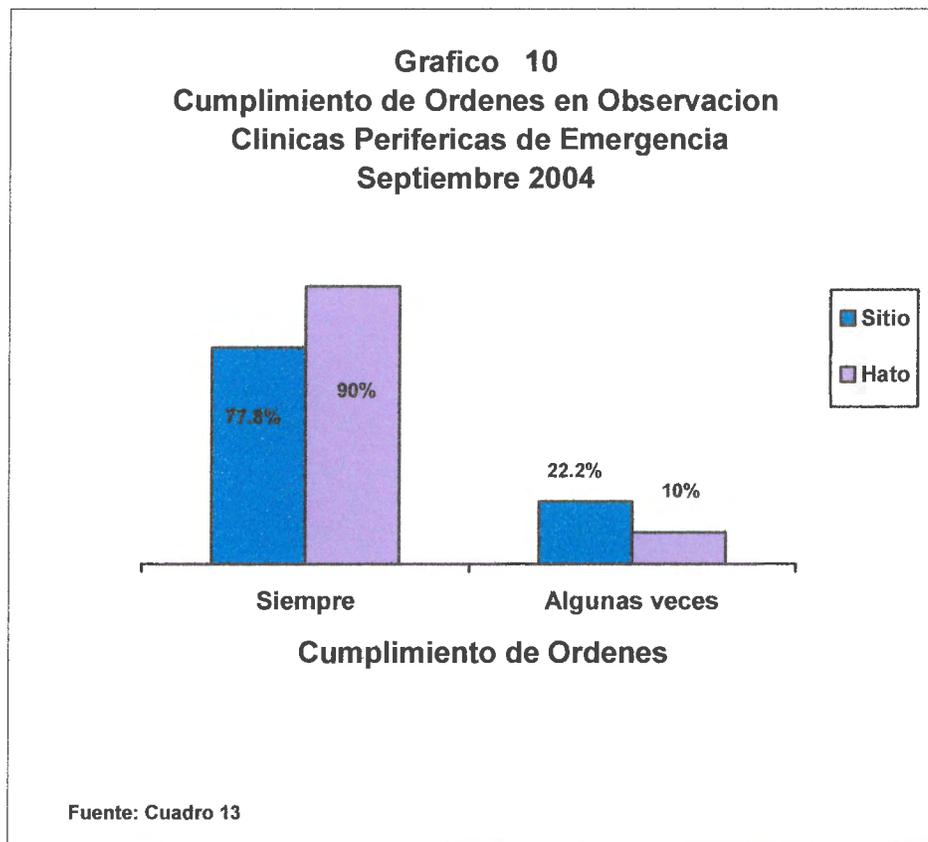
Fuente: entrevista dirigida a médicos de emergencia.



CUADRO 13
Cumplimiento de Ordenes en Observación
Clínicas Periféricas de Emergencia
Septiembre 2004

Cumplimiento de ordenes en observación	Sitio	Porcentaje	Hato	Porcentaje
siempre	7	77.8%	9	90.0%
algunas veces	2	22.2%	1	10.0%
Total	9	100.0%	10	100.0%

Fuente: entrevista dirigida a médicos de emergencia.

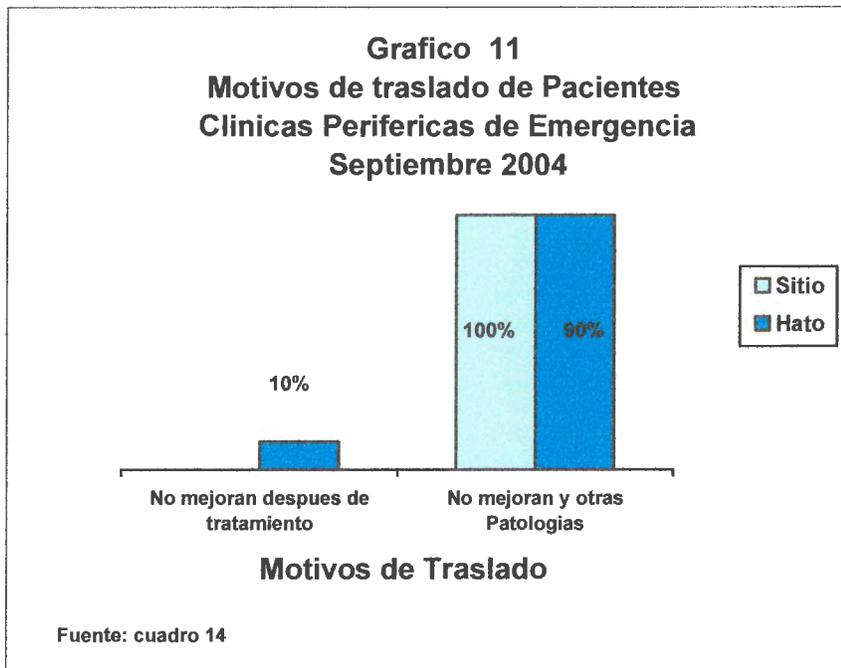


CUADRO 14

CUADRO 14
Motivo de Traslado de Pacientes
Clínicas Periféricas de Emergencias
Septiembre 2004

Motivo de traslados de pacientes	Sitio	Porcentaje	Hato	Porcentaje
No mejoran después de tratamiento	0	0	1	10.0%
No mejoran y otras patologías	9	100.0%	9	90.0%
Total	9	100.0%	10	100.0%

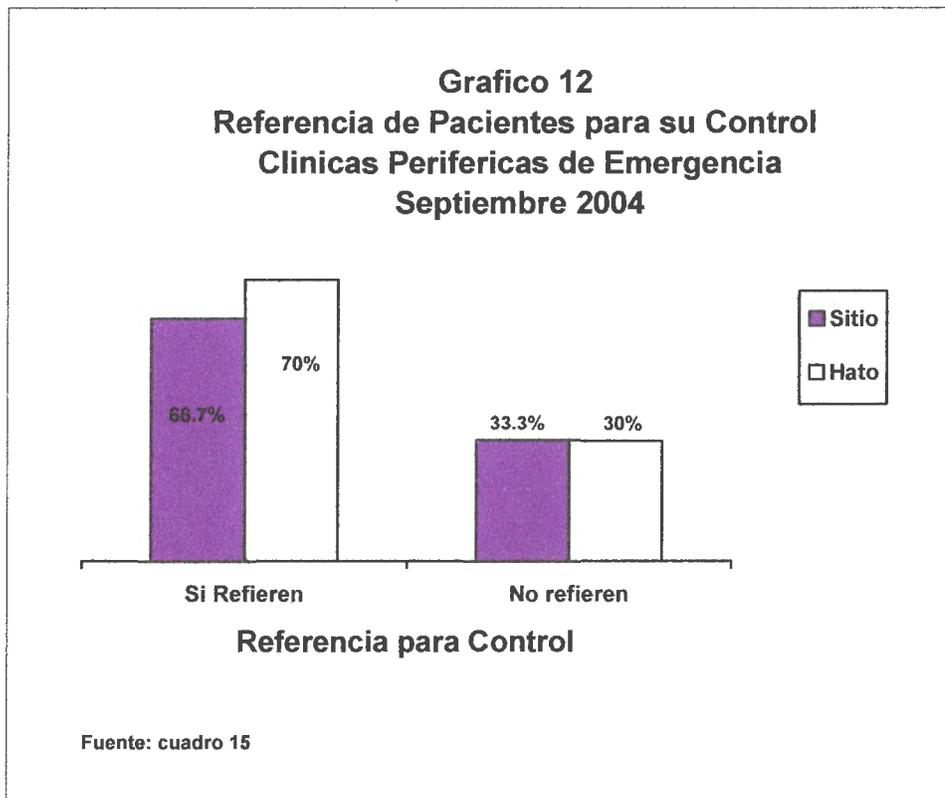
Fuente: entrevista dirigida a médicos de emergencia.



CUADRO 15
Referencia de Pacientes para su control
Clínicas Periféricas de Emergencia
Septiembre 2004

Referencia de pacientes para su control	Sitio	Porcentaje	Hato	Porcentaje
Si refieren	6	66.7%	7	70.0%
No refieren	3	33.3%	3	30.0%
Total	9	100.0%	10	100.0%

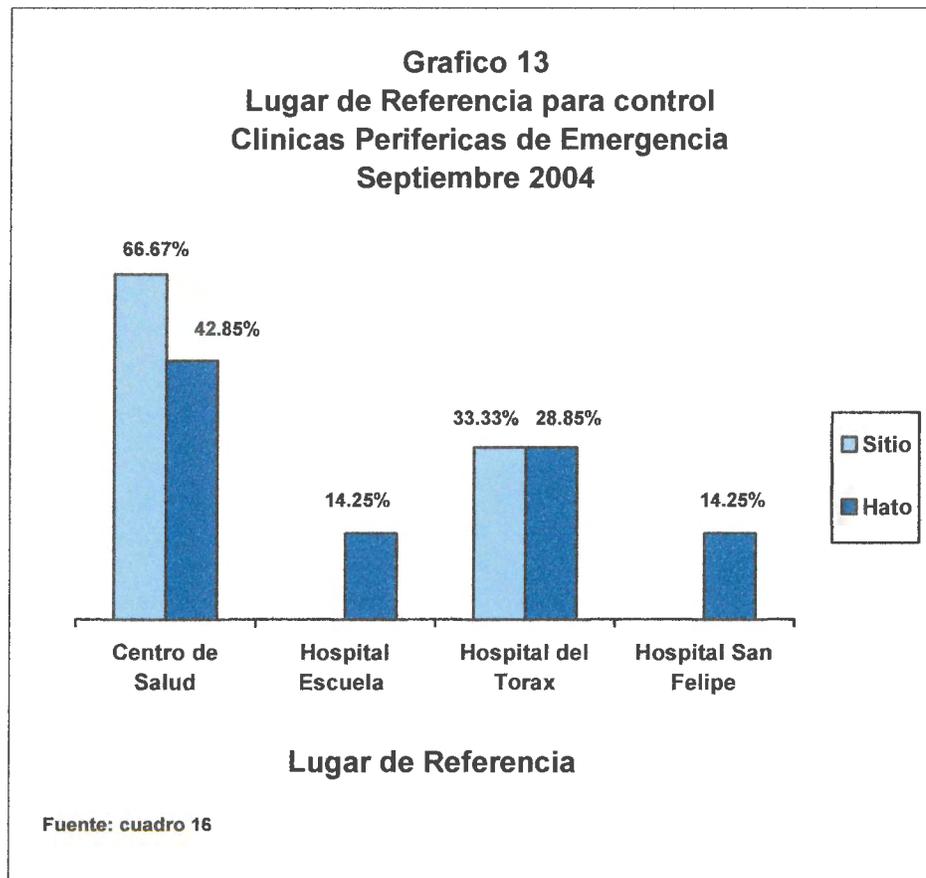
Fuente: entrevista dirigida a médicos de emergencia.



CUADRO 16
Referencia de pacientes para su Control
Clínicas Periféricas de Emergencia
Septiembre 2004

Lugar donde los envía regularmente	Sitio	Porcentaje	Hato	Porcentaje
Centro de salud	4	66.67%	3	42.85%
Hospital Escuela	0	0	1	14.25%
Hospital del Tórax	2	33.33%	2	28.85%
Hospital San Felipe	0	0	1	14.25%
Total	6	100.0%	7	100.0%

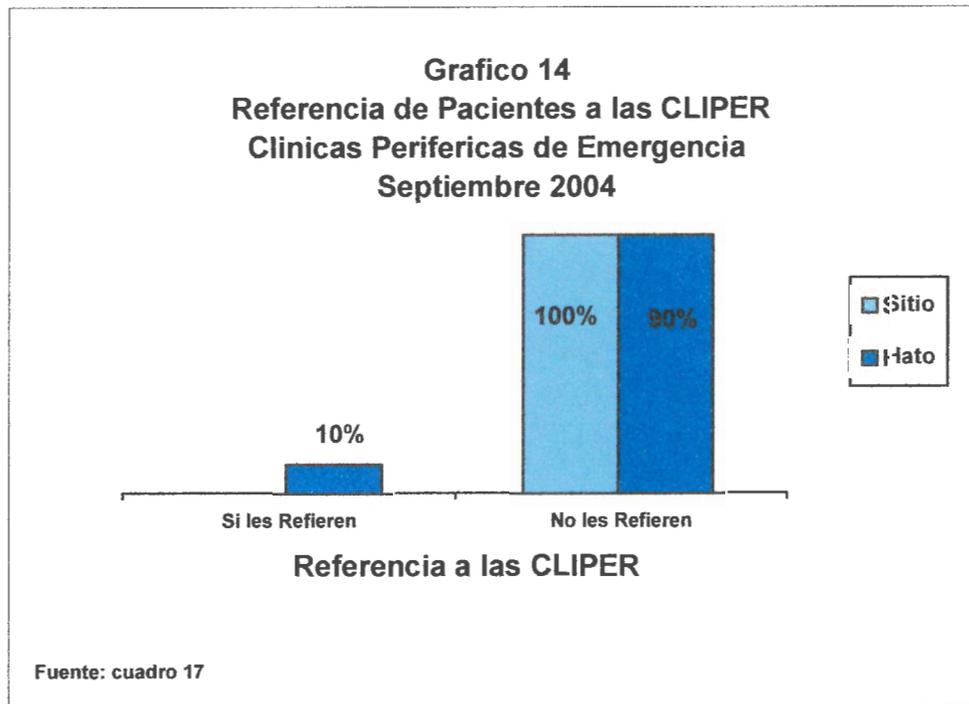
Fuente: entrevista dirigida a médicos de emergencia.



CUADRO 17
Referencia de Pacientes a las clínicas
Clínicas Periféricas de Emergencia
Septiembre 2004

Referencia de pacientes con crisis asmática	Sitio	Frecuencia	Hato	Porcentaje
SI los refieren	0	0	1	10.0%
No los refieren	9	100.0%	9	90.0%
Total	9	100.0%	10	100.0%

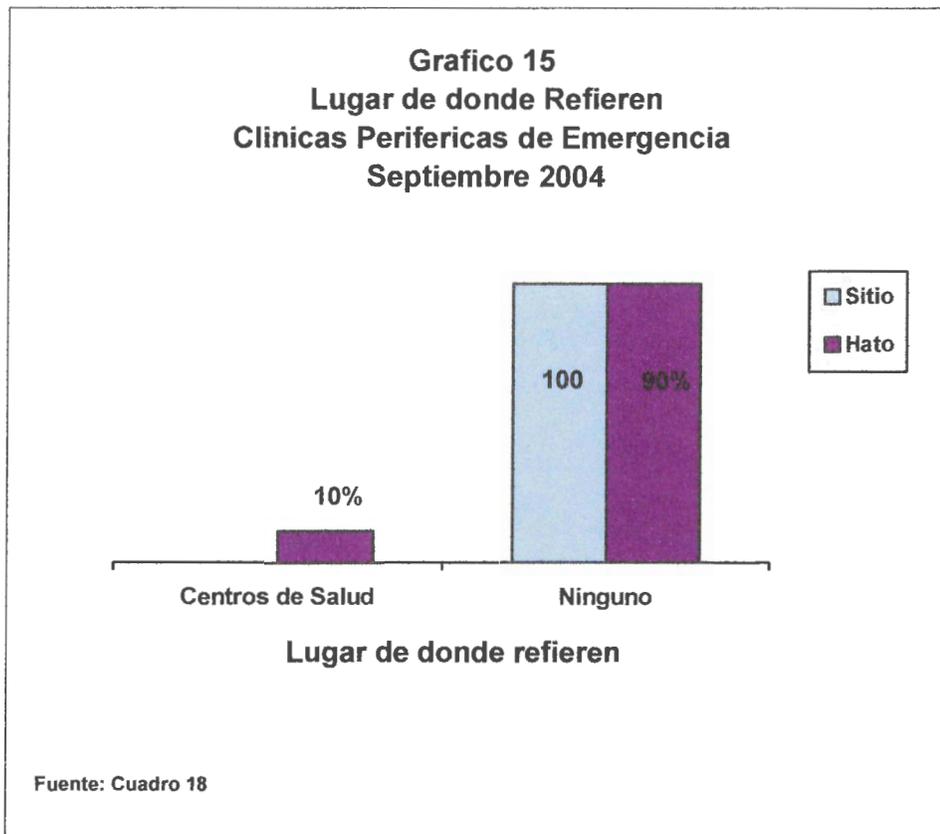
Fuente: entrevista dirigida a médicos de emergencia.



CUADRO 18
Lugar de donde Refieren
Clínicas Periféricas de Emergencia
Septiembre 2004

Lugar de donde refieren	Sitio	Porcentaje	Hato	Porcentaje
Centros de salud	0	0	1	10.0%
ninguno	9	100.0%	9	90.0%
Total	9	100.0%	10	100.0%

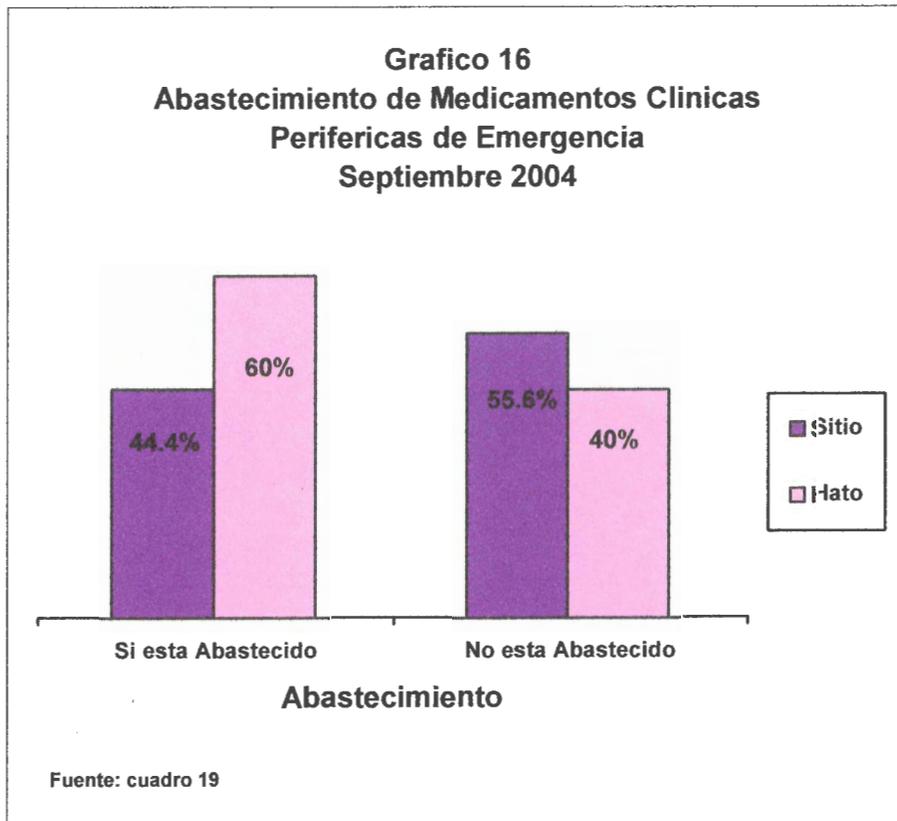
Fuente: entrevista dirigida a médicos de emergencia.



CUADRO 19
Abastecimiento de Medicamentos
Clinicas Periféricas de Emergencia
Septiembre 2004

Abastecimiento de Medicamentos	Sitio	Porcentaje	Hato	Porcentaje
Si esta abastecido	4	44.4%	6	60.0%
No esta abastecido	5	55.6%	4	40.0%
Total	9	100.0%	10	100.0%

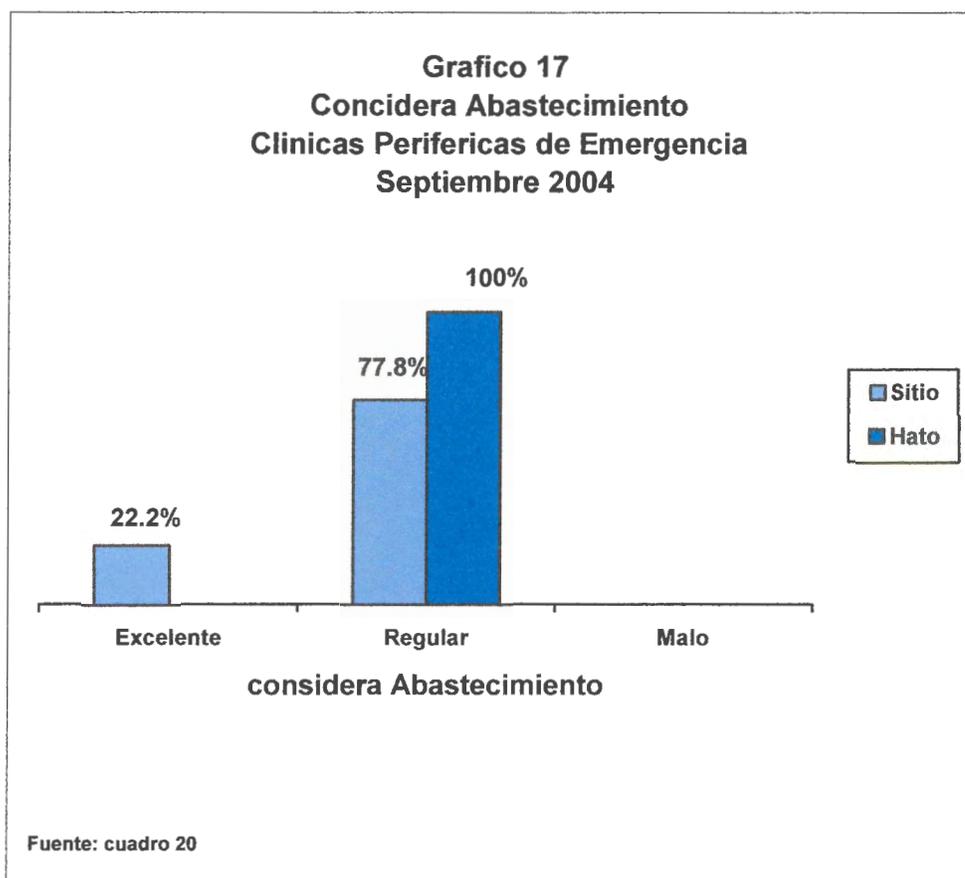
Fuente: entrevista dirigida a médicos de emergencia.



CUADRO 20
Consideración del Abastecimiento de Medicamentos
Clínicas Periféricas de Emergencias
Septiembre 2004

Consideración del abastecimiento de medicamentos para el asma	Sitio	Porcentaje	Hato	Porcentaje
Excelente	2	22.2%	0	0
Regular	7	77.8%	10	100.0%
Total	9	100.0%	10	100.0%

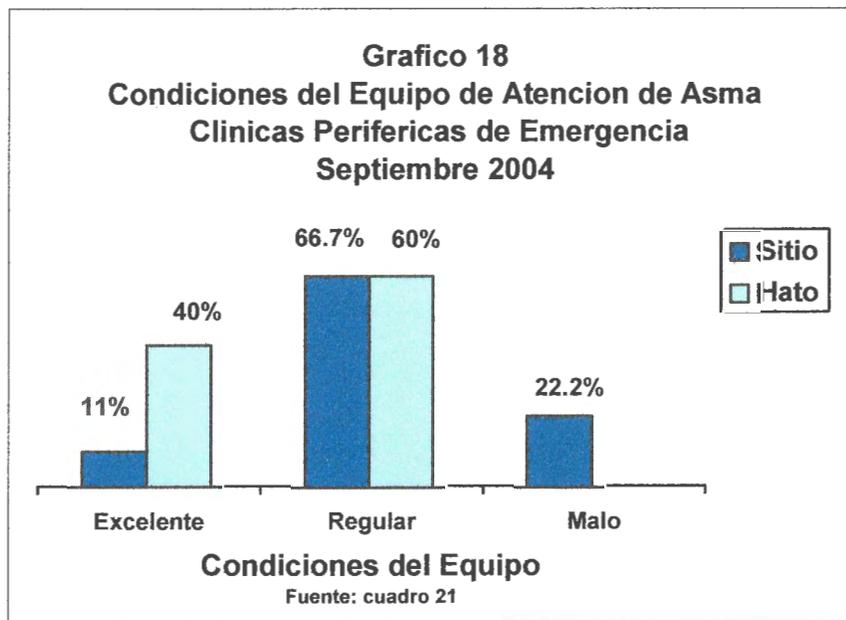
Fuente: entrevista dirigida a médicos de emergencia.



CUADRO 21
Condiciones del Equipo Utilizado en atención de Asma
Clínicas Periféricas de Emergencia
Septiembre 2004

Condiciones del equipo	Sitio	Porcentaje	Hato	Porcentaje
Excelente	1	11.11%	4	40.0%
Regular	6	66.67%	6	60.0%
Malo	2	22.22%	0	0
Total	9	100.0%	10	100.0%

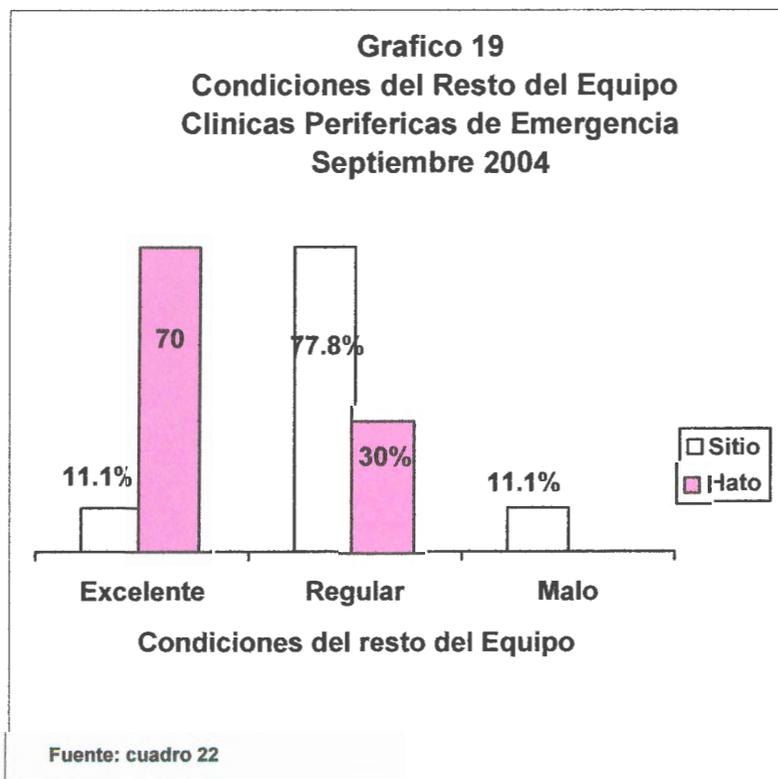
Fuente: entrevista dirigida a médicos de emergencia.



CUADRO 22
Condiciones del resto del Equipo Utilizado en la Emergencia
Clínica Periférica de Emergencia
Septiembre 2004

Condiciones del resto del equipo	Sitio	Porcentaje	Hato	Porcentaje
Excelente	1	11.1%	7	70.0%
Regular	7	77.8%	3	30.0%
Malo	1	11.1%	0	0
Total	9	100.0%	10	100.0%

Fuente: entrevista dirigida a médicos de emergencia.

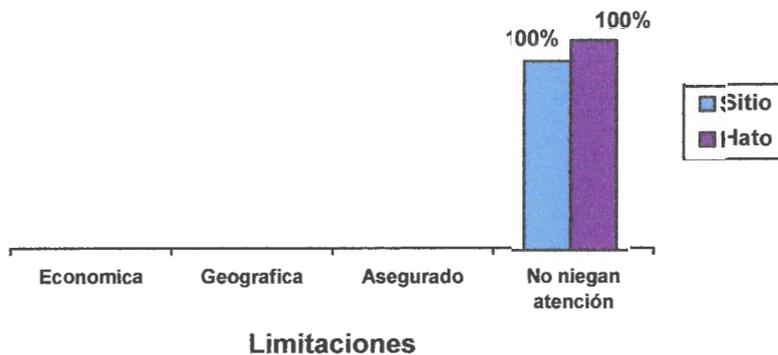


CUADRO 23
Acceso a lo Servicios de Salud
Clínica Periférica de Emergencia
Septiembre 2004

Limitaciones	Sitio	Hato
económica	0	0
Geográfica	0	0
Afiliado al seguro social	0	0
No se le niega	9	10
Total	9	10

Fuente: entrevista dirigida a médicos de emergencia.

Grafica 20
Limitacion a los servicios de salud
Clinicas Perifericas de Emergencia
Septiembre 2004



Fuente: cuadro 23

CUADRO 24
Casos Encontrados
Clínicas Periférica de Emergencia
Septiembre 2004

Casos de asma	Sitio	Hato
Casos Reportados	240	288
Casos Encontrados	79	115
Porcentaje	33%	40%

Fuente: Revisión de expedientes.

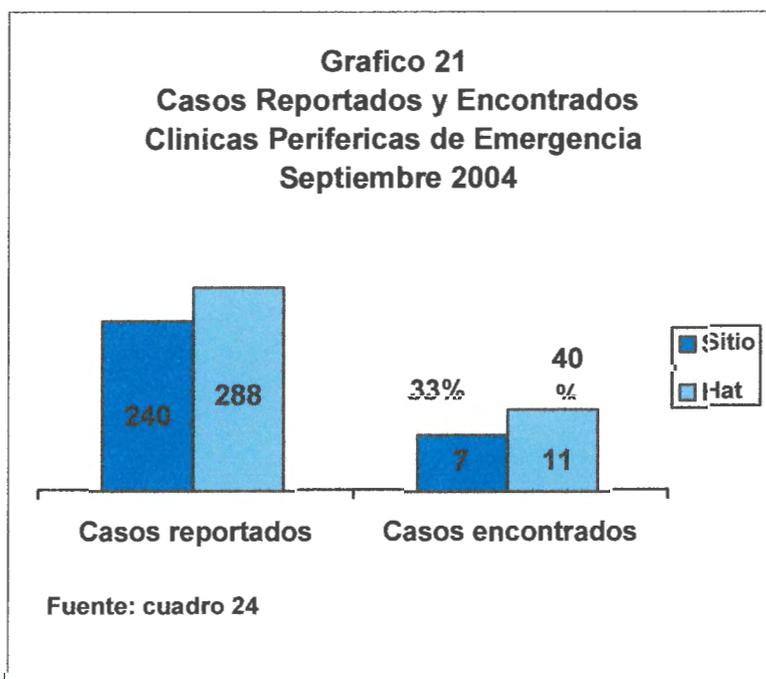


Tabla 25
Distribución por sexo
Clínicas Periféricas de Emergencia
Septiembre 2004

sexo	Hato	Porcentaje	Sitio	Porcentaje
Femenino	51	44.3%	51	44.3%
Masculino	64	55.7%	64	55.7%
Total	115	100.0%	115	100.0%

Fuente: Guía de revisión de expedientes

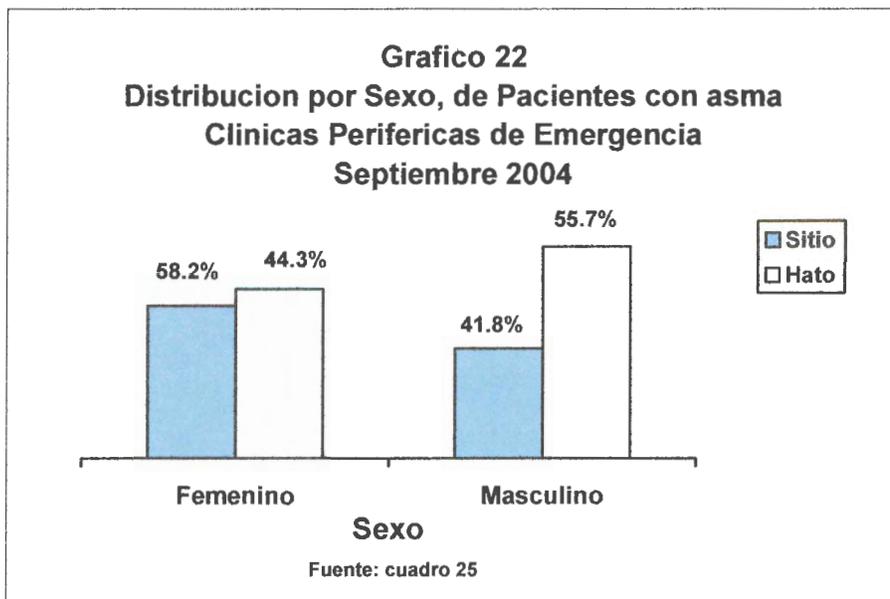
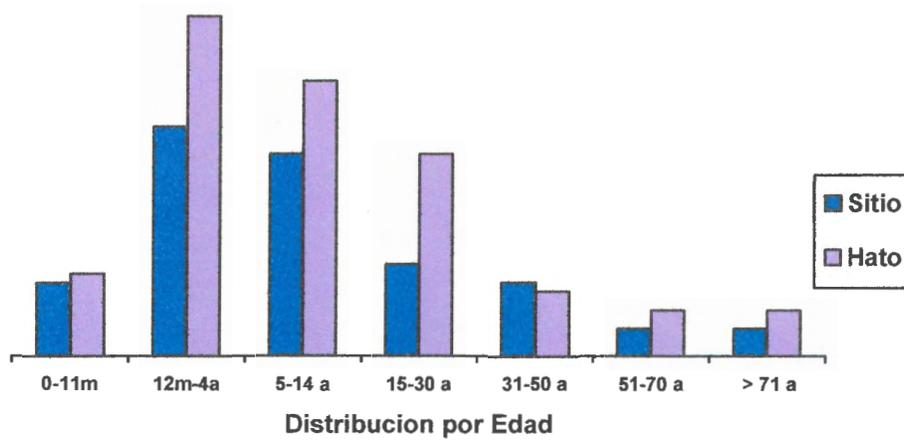


Tabla 26
Distribución por Edad
Clínicas Periféricas de Emergencia
Septiembre 2004

3 Edad	Sitio	Porcentaje	Hato	Porcentaje
0 –11 meses	8	10.1%	9	7.8%
12meses-4años	25	31.6%	37	32.2%
5 – 14 años	22	27.8%	30	26.1%
15 – 30 años	10	12.7%	22	19.1%
31 – 50 años	8	10.1%	7	6.1%
51 –70 años	3	3.8%	5	4.3%
71 y mas	3	3.8%	5	4.3%
Total	79	100.0%	115	100.0%

Fuente: Guía de revisión de expedientes

Grafico 23
Distribucion por Edad de Pacientes con asma
Clinicas Perifericas de Emergencia
Septiembre 2004



Fuente: Cuadro 26

Tabla 27
Hallazgos del Examen físico
Clínicas Periféricas de Emergencia
Septiembre 2004

Examen físico	Sitio	Porcentaje	Hato	Porcentaje
Completo	50	63.3%	22	19.1%
Incompleto	29	36.7%	93	80.9%
Total	79	100.0%	115	100.0%

Fuente: Guía de revisión de expedientes

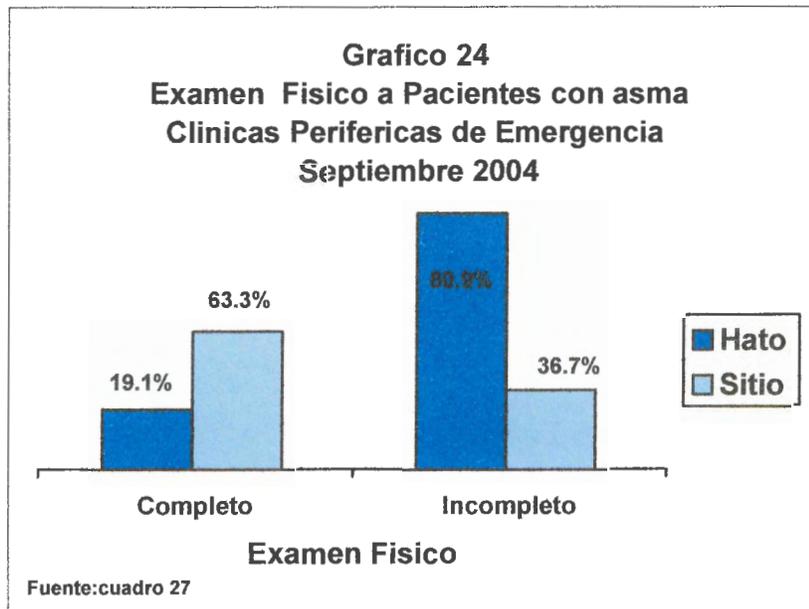


Tabla 28
Utilización del Protocolo de Atención
Clinicas Periféricas de Emergencia
Septiembre 2004

Protocolo	Sitio	Porcentaje	Hato	Porcentaje
Adecuado	41	51.9%	44	38.3%
Inadecuado	38	48.1%	71	61.7%
Total	79	100.0%	115	100.0%

Fuente: Guía de revisión de expedientes

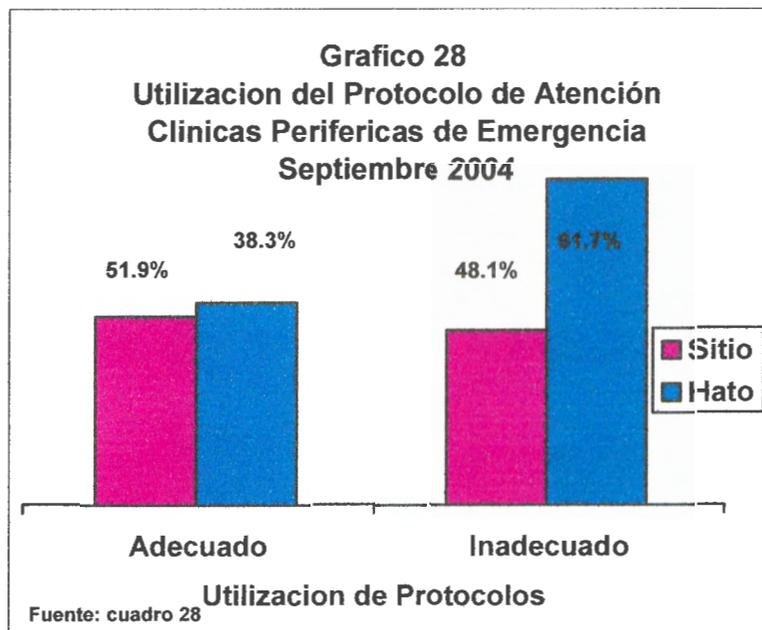


Tabla 29
Continuidad de la Atención
Clinica Periférica de Emergencia
Septiembre 2004

Continuidad	Sitio	Porcentaje	Hato	Porcentaje
Referido	9	11.4%	12	10.4%
No referido	70	88.6%	103	89.6%
Total	79	100.0%	115	100.0%

Fuente: Guía de revisión de expedientes

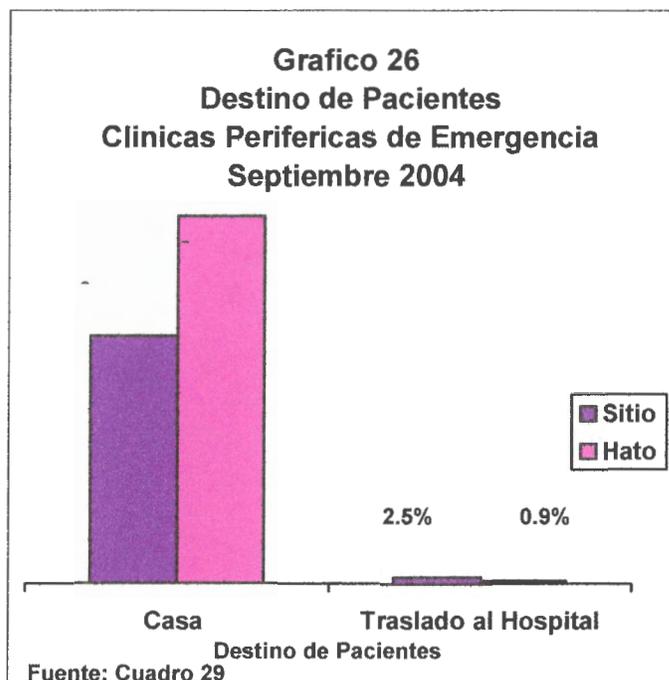


Tabla 30
Lugar de Egreso
Clinicas Periféricas de Emergencia
Septiembre 2004

Egresado a	Sitio	Porcentaje	Hato	Porcentaje
Casa	77	97.5%	114	99.1%
Traslado al hospital	2	2.5%	1	0.9%
Total	79	100.0%	115	100.0%

Fuente: Guía de revisión de expedientes

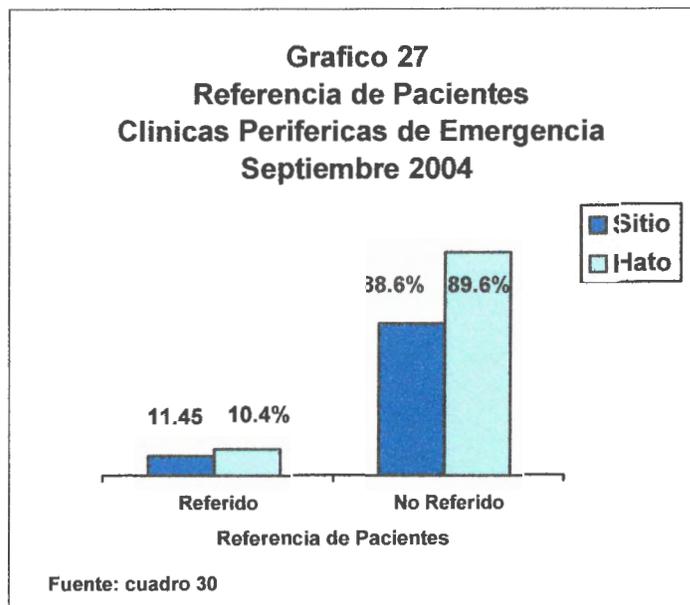


Tabla 31
Utilización de la Norma
Clínicas Periféricas de Emergencia
Septiembre 2004

utilización de la norma	Sitio	Porcentaje	Hato	Porcentaje
No	79	100.0%	115	100.0%
Total	79	100.0%	115	100.0%

Fuente: Guía de revisión de expedientes

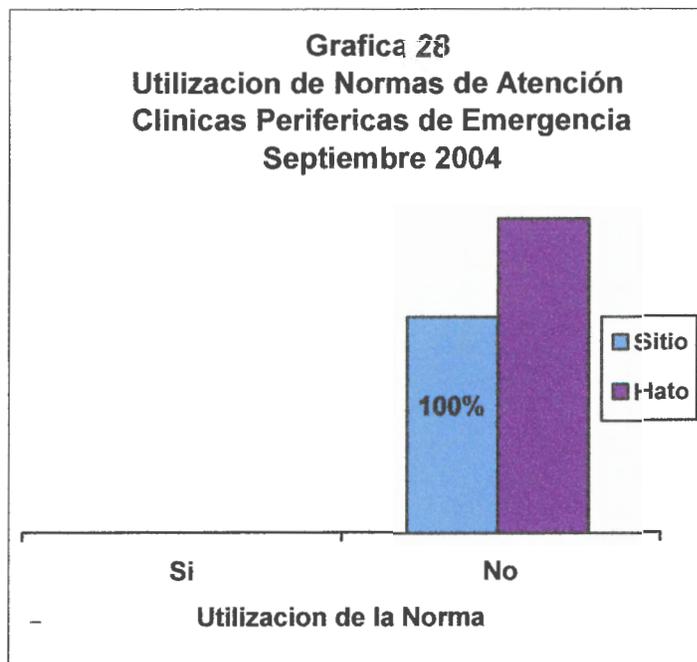
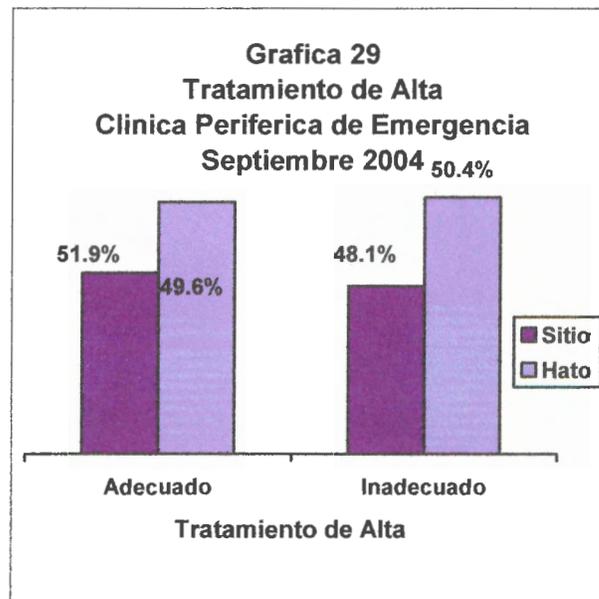


Tabla 32
Tratamiento de Alta
Clínicas Periféricas de Emergencia
Septiembre 2004

Tratamiento de egresado	Sitio	Porcentaje	Hato	Porcentaje
Adecuado	41	51.9%	57	49.6%
No adecuado	38	48.1%	58	50.4%
Total	79	100.0%	115	100.0%

Fuente: Guía de revisión de expedientes



Cuestionario de Evaluación de Calidad de Atención del Asma, en Las
Clínicas de Emergencia del Hato y El Sitio Tegucigalpa, M.D.C.
Honduras, Septiembre 2004.

Instrucciones: El siguiente cuestionario deberá llenarse encerrando con un círculo un respuesta única, en algunos casos cuando la respuesta sea negativa deberá pasar a la siguiente interrogante, esta información es confidencial y no requiere de identificación.

Cliper:

Fecha :

Personal entrevistado: Medico

1. ¿Conoce las normas de atención del asma del ministerio? Si No
2. ¿Tiene a su disposición las normas de atención del asma del ministerio de salud? Si No
3. ¿Considera que las normas del Ministerio están actualizadas? Si No
4. Existen protocolos de atención de emergencias? Si No
5. Están actualizados los protocolos de atención de emergencias? Si No
6. ¿Ha recibido actualizaciones en la Clínica acerca de asma u otras patologías?
Si No
7. ¿Cuales son los mecanismos recomendados para establecer el diagnostico de Asma?
 - a. Historia clínica detallada .
 - b. Examen físico focalizado en tracto respiratorio superior ,tórax y piel. Espironometria que demuestra reversibilidad.
 - c. A y b son correctas.
 - d. Todas son correctas.
8. ¿De los mecanismos anteriores cuales son los utilizados en su centro de trabajo?
 - a. Historia clínica detallada.
 - b. Examen físico detallado del tracto respiratorio superior, tórax y piel.
 - c. Espironometria.
 - d. a y b son correctas.
 - e. Todas son correctas.
9. ¿ Cuales son sus criterios para diagnosticar asma?
 - a. Tos.
 - b. Disnea.
 - c. Sibilancias.
 - d. Todas las anteriores.

10. ¿ Son signos que se consideran de gravedad en el asma?
- Frecuencia respiratoria :1-Pulso paradójico.
2-Tiraje.
3-Retracción esterno-cleidomastoidea.
4-Sibilancias.
5-Disnea.
6-Cianosis.
 - Medición del Peak-Flow(Mayor de 120 litros por minuto en ,adultos.
 - a y b son correctas
11. ¿son síntomas de asma severo persistente?
- Síntomas continuos.
 - Actividad física limitada.
 - Exacerbaciones frecuentes.
 - Síntomas nocturnos frecuentes.
 - todas son correctas.
 - Ninguna es correcta.
12. ¿Son síntomas de asma moderada persistente?.
- Síntomas diariamente.
 - Uso diario de Agonista B-adrenergicos de corta duración.
 - Las exacerbaciones afectan la actividad.
 - Exacerbaciones > 2 veces por semana.
 - Síntomas nocturnos > de 1 vez por semana.
 - Todas son correctas.
 - Ninguna es correcta.
13. ¿ Son síntomas de asma leve persistente?.
- Síntomas > de 2 veces por semana, pero < de 1 vez al día.
 - Las exacerbaciones pueden afectar la actividad.
 - Síntomas nocturnos > de 2 veces en un mes.
 - Todas son correctas.
 - Ninguna es correcta
14. ¿ Son signos de bajo riesgo con los que se puede dar de alta al paciente con asma.
- Desaparición de Sibilancias y disnea.
 - Normalización de signos vitales.
 - Peak-Flow menor de 120 litros por minuto.
 - A y B son correctas.
 - Todas son correctas.
15. ¿Cuál considera usted es la base del tratamiento urgente del paciente con crisis asmática?
- adrenalina solución acuosa 1:1000.
 - Salbutamol solución para nebulizar.
 - Salbutamol aerosol 50 mcg .un puff cada 15 minutos.(#3 dosis).
 - Hidrocortisona I.V.
 - Bromuro de Ipratropio.

- f) Teofilinas.
- g) Corticoides inhalados.
- h) Inhibidores de Leucotrienos.
- i) c y d son correctas.
- j) b ,c y d son correctas.

16. ¿Tratamiento que utiliza regularmente al dar de alta al paciente?
- a) Beta-adrenergicos selectivos.(Salbutamol,terbuterol).
 - b) Beta-adrenergicos selectivos de larga duración.(salmeterol, foradil, serevent.
 - c) Anticoliergicos.(bromuro de ipratropio)
 - d) Esteroides I .V.
 - e) Esteroides Inhalados.
 - f) Esteroides orales
 - g) Teofilinas.
 - h) Todas son correctas.
 - i) a y e son correctas
 - j) a, e y f son correctos
17. ¿Como precaución en los tratamientos de Hipertensión arterial y ocular, se debe evitar los siguientes medicamentos que pueden empeorar el asma?
- a) Beta-bloqueantes.
 - b) Inhibidores de ECA.
 - c) Inhibidores de los canales de calcio
 - d) Antagonistas angiotensina II.
 - e) Todas son correctas.
 - f) a y b son correctas.
- 18 ¿Cómo considera la preclínica que se realiza en la clínica
- a) confiable
 - b) poco confiable
- 19 ¿Cuánto tiempo utiliza regularmente en la evaluación del paciente con crisis de asma
- a) 6 minutos
 - b) 10 minutos
 - c) 15 minutos
 - d) mas de 15 minutos
- 20 ¿En pacientes ingresados en observación considera usted se cumplen a cabalidad sus ordenes
- a) siempre
 - b) algunas veces
 - c) nunca
- 21 ¿ En que casos envía pacientes asmáticos al Hospital Escuela?
- a) Pacientes que no mejoran después de esteroides I.V. y 6 nebulizaciones.
 - b) Pacientes acompañados de una cardiopatía
 - c) Pacientes acompañado de otra patología pulmonar
 - d) Cuando no existe medicamentos o equipo.

e) a, b y c son correctas

22) ¿ Refiere a todos los pacientes con asma a un centro para su control subsiguiente? Si No

23) ¿ Dónde los envía regularmente?

- a) Hospital del tórax
- b) Centro de salud.
- c) Hospital san Felipe
- d) A ningún lugar..

24) ¿ Los pacientes con crisis asmática que usted atiende son referidos de otros centros de salud.

Si No

25) ¿ Si su respuesta es si de que centros lo refieren con mayor frecuencia?

- a) Hospital del tórax
- b) Centro de salud.
- c) Hospital san Felipe
- d) A ningún lugar..

26) ¿ Considera que tiene todos los medicamentos necesarios para la atención de pacientes con diagnostico de asma tanto para tratamiento de emergencia con de mantenimiento.

Si No

27) ¿ Cómo considera el abastecimiento de medicamentos para el asma

- a) a) excelente(nunca fallan)
- b) b) Regular(Algunas veces fallan)
- c) c) mala(nunca hay)

28) ¿ Como considera las condiciones del equipo para la atención del asma
Nebulizadores tanques de oxigeno, mascarillas etc

- a) excelentes
- b) regulares
- c) malas

29) Como considera las condiciones para el resto del equipo para el manejo de otras emergencias

- a) excelentes
- b) regulares
- c) malas

30) Se le niega atención a pacientes por alguna de las siguientes razones.?

- a) Limitaciones económicas
- b) Por el lugar de donde proceden
- c) Limitaciones culturales
- d) Por ser afiliado al seguro social
- e) No se le niega la atención.

Operacionalización de Variable

Componente	Variable	concepto	Indicador	Fuente	Instrumento	Escala
Estructura	Recursos materiales	Material medico-quirúrgico utilizado en la atención del paciente con asma.	No de instrumentos básicos e insumos en buenas condiciones necesarios para la atención del paciente con asma.	Enfermera profesional jefe. Administradora.	Inventario de equipo. Cuadro básico de medicamentos y material medico quirúrgico.	Comparación con los estándares mínimos
	Recursos humanos	Personal medico y de apoyo necesario para el funcionamiento de la clínica.	No de personal medico y de apoyo necesario para el funcionamiento de la clínica.	Director medico.	Planilla básica.	Comparación con el Instrumento de inspección sanitaria para servicios de salud
	Infraestructura.	Sala de espera Área de preclínica Consultorio Sala de observación.	Dimensiones de la estructura física e instalaciones de la clínica.	Personal técnico de mantenimiento	Medición directa por personal técnico.	Comparación con el instrumento de inspección sanitaria

Operacionalización de Variable

Componente	Variable	Concepto	Indicadores	Fuente	Instrumento	Escala
Proceso	Normas y Protocolos	Especificaciones sobre como se deben cumplir los procedimientos o tratamientos clínicos.	Existencia de normas y protocolos de atención para las emergencias. Están actualizados los protocolos y normas de atención de emergencias Corresponde los cuidados dados al paciente con las normas profesionales	Director médico. Médicos asistenciales.	Cuestionario Médico.	Si-----NO Si-----NO Adecuado Inadecuado
	Competencias técnicas.	Capacidad y desempeño de las funciones de los grupos de salud.	Conocimientos técnicos acerca de asma	Médicos	Cuestionario medico	Signos de gravedad de un paciente con asma. Signos con los que puede dar alta a un paciente. Las bases de tratamiento del asma.

Operacionalización de Variables

Componente	Variable	Concepto	Indicadores	Fuente	Instrumento	Escala
Resultados	Condición de egresado		No. De pacientes egresados a su casa.	Expedientes	Guía de Revisión de expedientes.	Casa. Traslado a hospital.
			No. De pacientes trasladados a hospital de III nivel	Expedientes	Guía de revisión de expedientes.	
	Referencia		Documento otorgado al paciente de un centro de salud al hospital y es llevado por el personal de salud o asiste solo	No. Referencias recibidas.	Personal médico. Expedientes.	Cuestionario Médico. Guía de revisión de expedientes.
	Contrarreferencia.	Documento entregado por el personal de salud al paciente para el seguimiento en el centro de salud.	No. de contrarreferencia dadas al usuario atendido.	Personal médico. Expedientes	Cuestionario médico. Guía de revisión de expedientes.	SI-----NO



MVC-002F.JPG



MVC-003F.JPG



MVC-006F.JPG



MVC-007F.JPG



MVC-004F.JPG



MVC-005F.JPG