



Boletín Médico del Hospital Infantil de México

www.elsevier.es/bmhim



EDITORIAL

Indicadores de calidad en atención primaria de salud desde la perspectiva de la salud respiratoria: desafíos actuales y más allá



Quality care indicators in primary health care from the perspective of respiratory health: current and future changes

Ha sido muy gratificante la lectura y la oportunidad de un comentario editorial del trabajo “Calidad de la atención en niños con infecciones respiratorias superiores en las clínicas mexicanas de medicina familiar”, de Doubova y colaboradores, publicado en el presente número del *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*¹.

En América Latina la atención primaria de salud (APS) desempeña un rol fundamental en la red de atención pública como puerta de entrada de cerca del 75% de la población. Al igual que en México, en Chile las estadísticas señalan que el 60% de las atenciones pediátricas de morbilidad en APS corresponden a causas respiratorias; de estas, la mitad corresponde a infecciones respiratorias agudas (IRA) y exacerbaciones de cuadros respiratorios crónicos, como el asma y episodios de sibilancias recurrentes en lactantes y preescolares². Esto ha llevado, en Chile, a la creación de programas especializados en seguimiento y detección de estas enfermedades articulados con la red secundaria (Programa IRA)². Los esfuerzos y desafíos que la APS debe superar para lograr resultados sanitarios, vinculados con una atención segura, eficaz y eficiente, adquiere un particular matiz en América Latina en relación con defectos estructurales y procesos en continuo cambio. Es por esto que las aportaciones del estudio de la calidad de la atención en las morbilidades más frecuentes que desafían a la APS permiten generar importantes oportunidades de mejora que pueden impactar la calidad de vida relacionada con la salud de la población, así como desde la perspectiva de los pagadores y el ahorro de los sistemas sanitarios públicos y privados.

En el estudio de Doubova y colaboradores se logra precisar la importancia de que los registros electrónicos o fichas clínicas se constituyan en fuentes primarias de información fiable y reproducible para levantar indicadores de calidad sencillos, susceptibles de ser medidos y, por lo tanto, seguidos en el tiempo luego de políticas de intervención¹. Para este trabajo parecen muy apropiados los indicadores y

métodos seleccionados³ —extraídos de recomendaciones clave de la actual medicina basada en evidencias—, apropiadamente modelados para los escenarios particulares que deben tomar las decisiones de la administración de la salud.

En este sentido, la lectura de indicadores positivos (como la educación en signos de alerta de dificultad respiratoria o la apropiada medicación) y de indicadores negativos (fundamentalmente el uso no justificado de antibioticoterapia) construye una matriz apropiada para el análisis global de la adherencia a buenas prácticas clínicas.

Muy probablemente el seguimiento sea conducente a disminuir el error médico, disminuir el riesgo ecológico del uso indiscriminado de antibióticos y evitar complicaciones supurativas e inmuno-reumatológicas de infecciones estreptocócicas no tratadas. Para la realidad latinoamericana, con paradigmas en la cultura médica sobre los cuales aún se requiere trabajar fuertemente, la existencia de un cumplimiento de indicadores de calidad en la atención de infecciones respiratorias altas de casi el 50% es esperable. Expresa la importancia y la oportunidad de trabajar con protocolos sustentados en la educación continua de los proveedores de salud —no solamente con los profesionales médicos sino también educando a la población—, disminuyendo la automedicación y reforzando la confianza y adherencia a las indicaciones médicas. De esta manera, haciendo perfectible el conocimiento y cumplimiento de las mejores prácticas clínicas disponibles en la APS, se engloba el proyecto que marcó el objetivo específico de los autores.

Como se menciona en este artículo, existen diferentes documentos referidos a cómo enfrentar la alta prevalencia de IRA en adultos y niños. Como sustentan Doubova y colaboradores, estos documentos deben ser modulados para la construcción de indicadores de calidad más certeros, identificando su dimensión o aspecto relevante de la asistencia que se valora, como la efectividad, eficiencia, riesgo y accesibilidad, entre otros.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.bmhimx.2015.08.002>

1665-1146/© 2015 Hospital Infantil de México Federico Gómez. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

En este sentido, dos observaciones parecen pertinentes de comentarse. La primera es la realización de pruebas de laboratorio como apoyo para el diagnóstico de infecciones por *Streptococcus pyogenes* por medio del test de antígeno rápido de inmunoensayo o cultivo, recomendado en guías clínicas de reciente publicación⁴, que no parece ser necesario en el grupo etario objetivo si existen protocolos clínicos que permitan proteger razonablemente del riesgo de un tratamiento antibiótico no justificado para etiologías fundamentalmente virales. Sin duda, aún cuando los métodos de diagnóstico rápido por inmunofluorescencia o inmunocromatografía, y recientemente por biología molecular, permiten identificar los virus involucrados, el costo asociado no modifica la indicación de tratamientos sintomáticos en la primera atención del evento clínico que involucra a la APS.

Como segunda observación, el sesgo de la indicación de tratamiento con acetaminofeno para aquellos pacientes sin riesgo de asma no es necesariamente una práctica extendida, y su justificación técnica requiere prudencia⁵. Es posible suponer que su inclusión como un indicador de calidad requiera del análisis y la explicación del impacto que se quiera buscar. Es así como diseños que demuestran un aumento del riesgo de asma agudo en niños medicados con acetaminofeno por infecciones virales son sugerentes pero de causalidad difícil de asignar⁵, y donde fenómenos vinculados a la respuesta inmune adaptativa e innata, particularmente al riesgo de difusión en el epitelio respiratorio de virus (como el rinovirus) y su modulación por deficiencia de vitamina D⁶, son temas que posiblemente sean abordados en un futuro.

Para finalizar, es posible que desde la APS una vez que se logre superar la alta tasa de consultas por morbilidad respiratoria aguda y se dé la importancia que merece a la educación e investigación, seamos capaces de explorar otras entidades clínicas que permitan ir por nuevos indicadores de calidad en salud respiratoria. Ejemplificando, en cada consulta pediátrica se debería consultar por los hábitos de los niños, rendimiento escolar, y llegar incluso a sospechar otras enfermedades respiratorias, tales como trastornos respiratorios del sueño (TRS)⁷ y su asociación con hipertrofia adenoamigdalina.

Se puede especular que la consulta por ronquido habitual por una IRA en el momento de la APS abra la oportunidad y accesibilidad para la búsqueda activa de la sintomatología de TRS en los niños menores de 5 años, dada su alta frecuencia (cerca del 10% de la población pediátrica) y un espectro variable de severidad, y por la alta gama de repercusiones multisistémicas que se pueden disparar⁸, incluyendo consecuencias en la neurocognición y comportamiento⁹⁻¹².

En un estudio en curso de la APS en Santiago de Chile, en preescolares, existe un alto porcentaje (cerca del 50%) de ronquido, que es similar en el grupo de niños con alteraciones del desarrollo psicomotor y sin él, ambos grupos con altos porcentajes de obesidad (30%). Si bien no se ha logrado demostrar una asociación fuerte con alteraciones del desarrollo psicomotor, la alta prevalencia de TRS obliga a su búsqueda en cada control de salud. Más aún cuando existe un alto riesgo en aquellos preescolares con hipertrofia amigdalina, condición fácilmente diagnosticada durante el examen físico realizado en APS, que además se asocia con una mayor frecuencia de IRA altas.

En conclusión, la APS aporta la enorme oportunidad de realizar una evaluación completa a los pacientes y educar a sus familias. Es deseable registrar todo lo que se hace en las fichas clínicas y construir indicadores de calidad de atención en morbilidad respiratoria porque, de forma directa e indirecta, impactan en los gastos sanitarios y afectan la calidad de vida relacionada con la salud en el escenario de enfermedades frecuentes y otras menos evidentes.

Referencias

1. Doubova SV, Pérez-Cuevas R, Balandrán-Duarte D, Rendón-Macías M. Quality of care for children with upper respiratory infections at Mexican family medicine clinics. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2015;72:235-41.
2. Astudillo P, Mancilla P, Olmos C, Reyes A. Epidemiología de las consultas pediátricas respiratorias en Santiago de Chile desde 1993 a 2009. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;32:56-61.
3. Shekelle PG, MacLean CH, Morton SC, Wenger NS. Assessing care of vulnerable elders: methods for developing quality indicators. *Ann Intern Med*. 2001;135 8 Pt 2:647-52.
4. Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, Gerber MA, Kaplan EL, Lee G, et al. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2012;55:1279-82.
5. Martínez-Gimeno A, García-Marcos L. The association between acetaminophen and asthma: should its pediatric use be banned. *Expert Rev Respir Med*. 2013;7:113-22.
6. Prado F, Jorquera A, Castillo-Durán C. Hay una asociación entre deficiencia de vitamina D y riesgo de bronquiolitis y asma bronquial en la infancia? Una revisión crítica. *Arch Pediatr Urug*. 2015;86:39-44.
7. Sinha D, Guillemainault C. Sleep disordered breathing in children. *Indian J Med Res*. 2010;131:311-20.
8. Luo R, Schaughency E, Gill A, Dawes PJ, Galland BC. Natural history of snoring and other sleep-disordered breathing (SDB) symptoms in 7-year-old New Zealand children: a follow-up from age 3. *Sleep Breath*. 2015;14:1113-7.
9. Briggs SN, Vlahandonis A, Anderson V, Bourke R, Nixon GM, Davey MJ, et al. Long-term changes in neurocognition and behavior following treatment of sleep disordered breathing in school-aged children. *Sleep*. 2014;37:77-84.
10. Gozal D. Sleep-disordered breathing and school performance in children. *Pediatrics*. 1998;102 3 Pt 1:616-20.
11. Sedky K, Bennett DS, Carvalho KS. Attention deficit hyperactivity disorder and sleep disordered breathing in pediatric populations: a meta-analysis. *Sleep Med Rev*. 2014;18:349-56.
12. Brockmann PE, Bertrand P, Pardo T, Cerda J, Reyes B, Holmgren NL. Prevalence of habitual snoring and associated neurocognitive consequences among Chilean school aged children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2012;76:1327-31.

Francisco Prado^{a,b,*}, Carlos Valdebenito^{a,b}
y Pamela Carolina Salinas Flores^a

^a Servicio de Pediatría, Clínica Las Lilas, Providencia, Santiago de Chile, Chile

^b Departamento de Pediatría, Campus Centro, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: panchoprado2004@gmail.com
(F. Prado).