

Estudio de la situación actual en el tratamiento del asma pediátrico en Atención Primaria de Mallorca

Á. Boqué Genovard^a, MJ. Andreu Zamora^b, B. Puigserver Sacares^c

^aPediatra. CS Son Pisà.

^bPediatra. CS Camp Redó.

^cPediatra. CS Emili Darder.
Palma de Mallorca, Mallorca.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2007;9:375-84

M.º Jesús Andreu Zamora, chusandreu@wanadoo.es

Resumen

Introducción: el asma es la enfermedad crónica más frecuente en la edad pediátrica. El conocimiento de la situación real de los profesionales de pediatría de los centros de Atención Primaria podría ayudar a mejorar la calidad del manejo de los niños con asma.

Objetivos: obtener información de la situación real del seguimiento de los niños asmáticos por los profesionales de pediatría de Atención Primaria de Mallorca.

Material y métodos: se diseñó y envió un cuestionario a todos los médicos de las consultas de pediatría de los centros de salud de Mallorca. Se enviaron 91 cuestionarios en noviembre de 2003. Las repuestas se recogieron hasta diciembre de 2004. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS®.

Resultados: se recibió el 63,63% de los cuestionarios enviados. Entre los resultados destaca que el 26% tenía espirómetro en su centro de salud; el 28,1%, material para prick test; y el 63,2%, peak flow. El 71,9% tenía cámaras de inhalación y el 77,2%, placebos para la demostración de inhaladores. Un 12,3% remitía siempre a los pacientes asmáticos al neumólogo. Un 66,7% refería falta de recursos materiales; el 33%, falta de conocimientos en asma; y un 86%, manifestaba la necesidad de un programa específico para el seguimiento del asma en pediatría.

Conclusiones: según los resultados de este estudio, se necesita un gran esfuerzo entre todos los profesionales implicados en el cuidado del niño asmático. Las autoridades sanitarias deberían priorizar un programa específico basado en la importante función de los profesionales de pediatría de Atención Primaria en el seguimiento de los niños con asma.

Palabras clave: Pediatría, Atención Primaria, Asma.

Abstract

Introduction: asthma is the most frequent long-term disease in children. The knowledge of the real situation of professionals in different primary health centres could help to encourage a future program to increase the quality of management of asthmatic children.

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

Objectives: to obtain information on the real situation of asthma management among medical professionals in pediatric Primary Care in Mallorca.

Subjects and methods: a survey based on a questionnaire was designed to obtain information among all pediatricians and physicians in pediatric primary care settings of Mallorca. Ninety-one postal questionnaires were sent in November 2003 and returned until December 2004. Data were analysed using the SPSS statistic program.

Results: there were 91 pediatric Primary Care consultations. 62.63% of the questionnaires were returned. 26.3% had spirometer available. 28.1% had prick test available. 63.2% had peak flow meters. 71.9% had spacers and 77.2% inhaler placebos for demonstration. 98.2% had salbutamol for nebulization available but only 66.7 salbutamol inhalers for acute asthma treatment. 12.3% always referred asthmatics to a pneumologist. 66.7% lacked material resources, 33% lacked knowledge in asthma. 86% expressed the need of a specific regional pediatric asthma program.

Conclusions: according to the results of this survey a great effort is needed. Local health authorities should give priority to a future project in pediatric asthma management on the basis of the important role of primary care professionals and settings. This project would likely improve the process and outcome of care in asthmatic children.

Key words: Pediatrics, Primary Care, Asthma.

Introducción

El asma constituye la enfermedad crónica más frecuente en la infancia y adolescencia¹⁻⁶. Es motivo de consulta frecuente tanto a demanda como concertada en las consultas de pediatría de los centros de salud (CS) y en los servicios de urgencias hospitalarios, y afecta a la calidad de vida de un elevado número de niños y sus familias. Origina un elevado consumo de recursos sanitarios, gasto farmacéutico e impacto social, debido al absentismo laboral de los padres y escolar de los pacientes asmáticos.

Para ofrecer una atención de calidad al niño y adolescente con asma es necesario disponer de profesionales motivados y bien formados, de una estructura y de recursos suficientes para desarrollar

el trabajo de una forma eficaz y dirigidos a garantizar una continuidad del proceso, con participación de los diferentes niveles asistenciales⁷⁻¹¹.

El pediatra de Atención Primaria (AP), por sus características de accesibilidad, atención continuada, visión integral de la salud infantil e implicación en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, debe desempeñar una función central en el manejo del niño y adolescente con asma, coordinando la asistencia con los servicios de atención continuada, hospital, enfermería y con otros profesionales como educadores, pedagogos, profesores... Debe conocer los recursos y medios necesarios y disponibles para hacer un diagnóstico y seguimiento adecuados, y plantear programas

regionales, –con la participación de la AP, de la Atención Especializada (AE) y de las autoridades sanitarias–, que garanticen la mejora continua de la atención global al niño asmático.

El objetivo de este trabajo es conocer la situación actual de los medios diagnósticos, terapéuticos y de organización de la atención al niño asmático en los CS de Mallorca con el fin de reflexionar sobre la optimización de recursos y mejorar así su asistencia.

Material y métodos

Con el objeto de conocer la situación en nuestra comunidad, se diseña un estudio descriptivo transversal mediante el envío de cuestionarios a la totalidad de médicos que atienden a la población infantil de Mallorca en AP ($n = 91$); cuestionarios anónimos y autocumplimentados sobre la disponibilidad de recursos, tanto humanos como materiales, y sobre la organización sanitaria existente en el nivel primario de salud, durante el período que abarca desde noviembre de 2003 a diciembre de 2004.

El total de población infantil de 0-14 años de la isla con tarjeta sanitaria infantil (TSI) durante el tiempo en el que se realiza la encuesta fue de 91.244 niños (47.154 pertenecen al medio rural y 44.067 al urbano).

Se recibieron 57 cuestionarios (62,6%), de los que el 63,2% pertenecía a consultas del área urbana y el 36,8% al área rural.

Se realiza un análisis descriptivo de las respuestas recibidas y se explotan los datos con el programa SPSS®.

Resultados

En cuanto a los profesionales de nuestra serie que atienden a la población infantil en Mallorca, un 73,3% son pediatras titulados, de los cuales más de la mitad, un 52,6%, son interinos.

Disponibilidad y uso de los medios diagnósticos y terapéuticos

En los últimos años ha ido aumentando progresivamente el número de CS dotados de espirómetro (aportados por la industria farmacéutica). En nuestra serie, quince pediatras (26,3%) disponían de él; de éstos, doce (80%) solicitaban espirometrías a sus pacientes. De estos doce, un 80% las solicitaba para el diagnóstico y un 73,3% para el seguimiento.

Un 63,2% de los profesionales disponía de *peak flow* en sus consultas; la mayoría de ellos lo utilizaba, sobre todo, para el seguimiento (45,6%) y, en segundo lugar, en las crisis (35,1%). Disponían de material para realizar *Prick*

test en el CS un 28,1% de los encuestados (figura 1). Un 71,9% afirmaba que disponía de cámaras de inhalación en sus consultas, y un 77,2% poseía placebos para la demostración y el adiestramiento de los distintos sistemas de inhalación.

Si nos referimos al material educativo (folletos, juegos, dibujos, pasatiempos, discos compactos...), un 64,9% de los profesionales refería disponer de ellos en la consulta.

En lo que respecta a la medicación disponible para tratar una crisis en el CS, un 98,2% disponía de salbutamol para nebulización; un 66,7%, de salbu-

tamol inhalado; un 22,8%, de terbutalina inhalada; un 49,1%, de corticoides inhalados; un 91,2%, de corticoides orales; y un 94,7%, de corticoides parenterales (figura 2).

En el momento de la realización de la encuesta, un 67,3% de los profesionales disponía de pulsioxímetro en su centro de trabajo.

Características de la atención prestada

Un 17,6% de los profesionales refería poseer un registro de sus pacientes asmáticos o lo tenía en fase de elaboración. El 3,5% de los pediatras realiza la

Figura 1. Medios diagnósticos en el centro de salud.

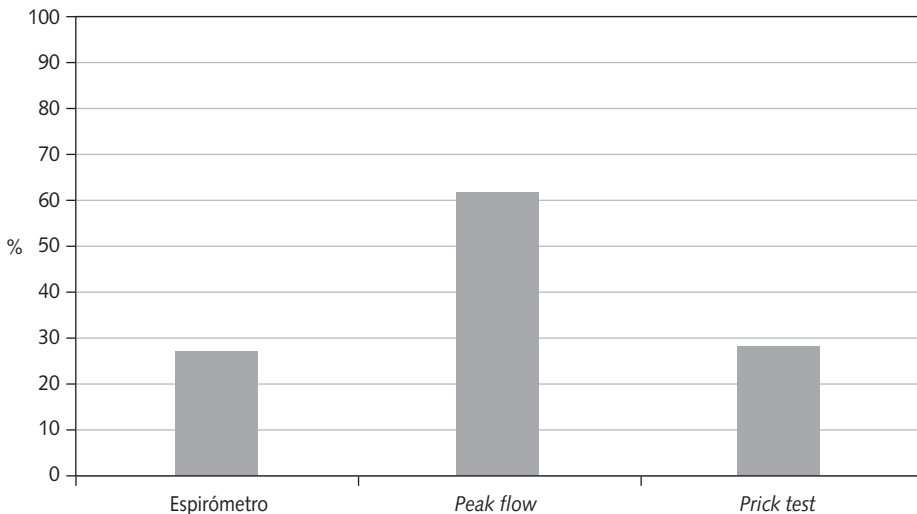
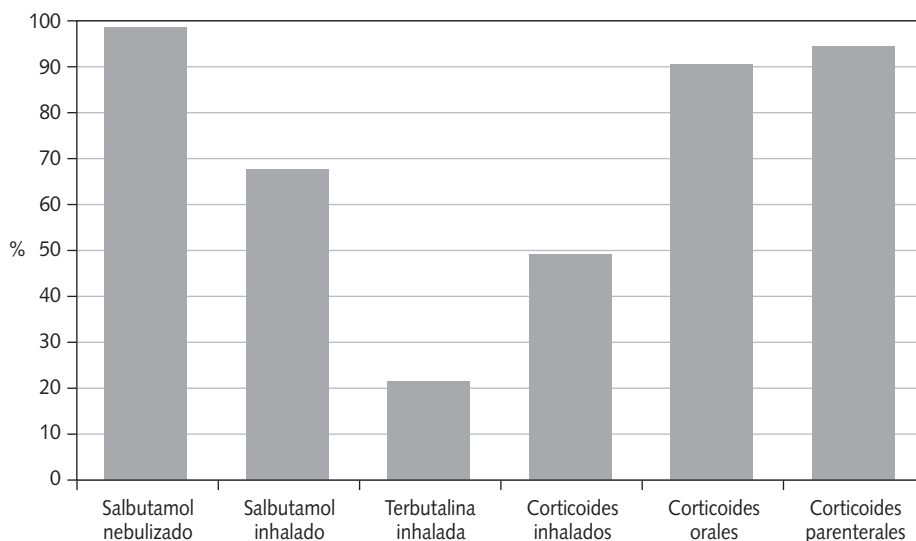


Figura 2. Medicación disponible en el centro de salud.



asistencia de los niños asmáticos en la consulta programada y un 47,4% en la consulta a demanda.

En cuanto al grado de participación de la enfermería pediátrica en el manejo de los niños asmáticos, de forma habitual se compartía en un 8,8%, mientras que un 31,6% no participaba.

Un 12,3% de los encuestados derivaba siempre a sus pacientes asmáticos al hospital, mientras que un 82,5% lo hacía "ocasionalmente".

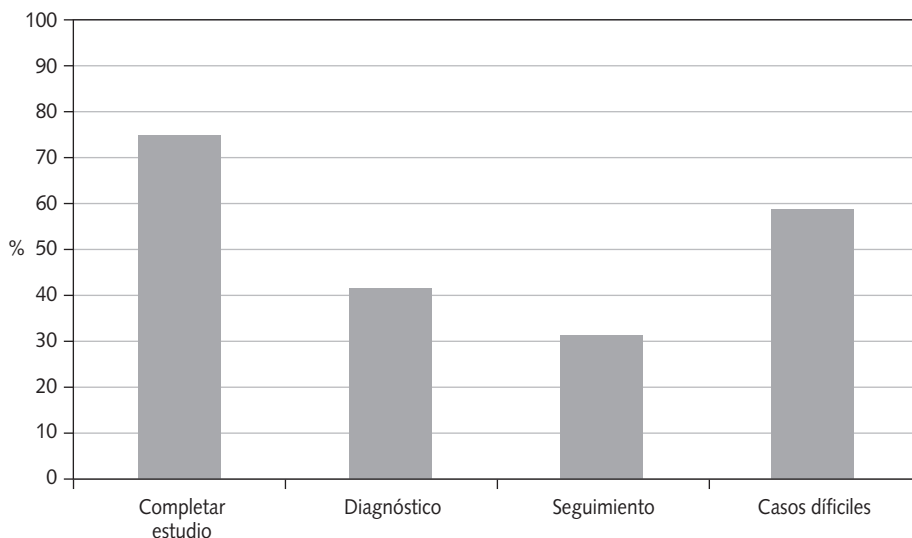
Al examinar los motivos de derivación, un 75,4% lo hacía para completar el estudio, un 42,1% para confirmar el diagnóstico, un 33,3% para un segui-

miento especializado y un 57,9% en casos de difícil control (figura 3). Todos creían que el seguimiento de los niños asmáticos puede ser abordado desde AP.

En lo que se refiere a la valoración de la calidad de la atención del niño asmático en AP (puntuada entre uno y diez), en un 89% la puntuación ha sido superior a cinco; de éstos, un 21,1% de ocho puntos o más.

Entre las causas que dificultaban la atención al niño asmático en AP, un 73,7% refería la falta de tiempo; un 66,7%, la falta de recursos materiales; un 42,1%, la falta de recursos huma-

Figura 3. Motivos de derivación al especialista.



nos; un 33,3%, la falta de formación; y un 21,1%, la falta de motivación.

Por último, un 94,7% creía estar capacitado para el diagnóstico y el seguimiento del niño asmático, y un 86% creía necesario disponer de un programa específico en AP.

Entre las medidas que ayudarían a mejorar la atención a los niños asmáticos, según los encuestados encontraríamos las siguientes: aumentar los conocimientos en espirometrías (66,7%), incrementar los conocimientos en asma (56,1%), aumentar los recursos diagnósticos (59,6%), incrementar los recursos terapéuticos (29,8%), facilitar el contacto con los especialistas

(63,2%) y mejorar los conocimientos de la población sobre el asma (57,9%).

Discusión

Este estudio muestra la situación actual del tratamiento del asma pediátrico en AP en Mallorca. Cabe destacar el porcentaje de respuestas recibidas (62,6%), mayor que el obtenido en otros estudios similares. Con este tanto por ciento de participación y con los resultados antes expuestos creemos que es posible extraer algunos datos que nos pueden ayudar a mejorar la atención a los niños y adolescentes con asma en nuestra comunidad^{12,13}.

El diagnóstico de sospecha de asma en el niño es fundamentalmente clínico, pero una correcta valoración precisa de medios diagnósticos que son de fácil implantación y utilidad en AP. Uno de estos medios diagnósticos es la exploración funcional respiratoria mediante la realización de la espirometría, prueba también de gran utilidad en el seguimiento del paciente con asma^{14,15}.

En nuestra encuesta, un 26,3% de los pediatras disponía de espirómetro en su CS, y de éstos, cuatro de cada cinco solicitaban la espirometría para el estudio y el seguimiento en el propio centro. Por otro lado, la realización de pruebas cutáneas mediante *Prick test* permite confirmar la sospecha de alergia obtenida mediante la historia clínica; es una prueba de gran sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de alergia por sensibilización a neuroalérgenos, coste-efectiva, segura y fácil de realizar, y se considera una técnica útil y de fácil implantación en AP^{15,16}. En nuestra serie, el 28% de los profesionales encuestados dispone de material para poder realizar esta técnica.

La crisis aguda y los síntomas de asma son motivo frecuente de consulta en los CS. Los recursos necesarios para el manejo de una crisis de asma son escasos y de bajo coste. En nuestra serie, el 98,2% de los encuestados tenía a su

disposición salbutamol en solución para nebulizar, pero sólo un 66,7% salbutamol para inhalación en cartucho presurizado¹⁷.

Un 67,3% de los encuestados disponía de pulsioxímetro para valorar la gravedad de la crisis; afortunadamente, en los últimos meses este instrumento se ha generalizado en los CS.

La mejora en los recursos que precisan los profesionales para el tratamiento de las crisis permite resolverlas de una forma más eficaz evitando evoluciones menos favorables así como remisiones injustificadas a los servicios de urgencias hospitalarios.

La instauración de protocolos de actuación comunes en estas circunstancias para todos los miembros del equipo, unificando criterios y reforzando las pautas de tratamiento, sería también imprescindible para mejorar los resultados en las crisis¹⁸.

La educación del paciente asmático y su familia en el control de la enfermedad es de vital importancia. En todas las guías nacionales e internacionales se considera imprescindible. Debe ser el motor para conseguir un control adecuado de la enfermedad y mejorar la calidad de vida. Es un punto clave para cualquier plan de intervención desde AP. Sin embargo, los recursos educativos de los que disponen

los pediatras son escasos; en nuestra serie, un 23,1% de los profesionales no dispone de cámaras de inhalación en su consulta y un 35,1% no dispone de material educativo, a pesar de lo accesible de dicho material.

El papel de la enfermería es clave en el manejo del niño y adolescente con asma en AP, sobre todo en la realización de las pruebas diagnósticas y en complementar y seguir el proceso educativo tanto del niño como de su familia. A este respecto, en nuestra serie en un 8,8% de las encuestas participaba siempre y en un 31,6% no participaba nunca.

Un 98,2% de los profesionales encuestados cree que el seguimiento del niño asmático puede ser abordado desde AP, aunque expresa también carecer del tiempo y los medios suficientes para llevarlo a cabo. Sólo un 17,6% de los encuestados tiene censados o está elaborando un registro de sus pacientes con asma. Únicamente un 3,5% de los pediatras encuestados refiere visitar al niño asmático en una consulta programada. Excepto en las crisis, deriva a los pacientes asmáticos siempre al hospital un 12,3% de los encuestados y la mayoría de las derivaciones son en los casos de difícil control o cuando no es posible completar el estudio por falta de medios.

En Mallorca, en estos momentos, no existe un plan de atención integral al niño y adolescente con asma como ya tienen otras comunidades autónomas (Principado de Asturias, Andalucía, Castilla y León, y Aragón), aunque dicho plan está elaborándose y su instauración es inminente¹⁹⁻²³. Un 86% de los encuestados considera necesario que el seguimiento del niño con asma debe formar parte de un programa específico dentro de la asistencia en AP.

Conclusiones

Sería prioritario dotar a los CS de los recursos humanos y materiales para poder llevar a cabo el manejo y el seguimiento del niño y adolescente con asma; son precisos, igualmente, programas de formación específicos entre los profesionales de AP.

Convendría motivar a los profesionales de AP para la elaboración de protocolos o guías de actuación comunes para la resolución de los problemas agudos en los CS.

Por último, sería importante promover y apoyar la implantación de un plan integral que garantice la continuidad asistencial del proceso a través de los distintos niveles asistenciales (AP, urgencias, atención hospitalaria), buscando la participación multidisciplinar de

todos los profesionales que trabajan en el cuidado del niño con asma, con el

único objetivo de mejorar la calidad de vida del niño y de su familia.

Bibliografía

1. Aguinaga OI, Arnedo PA, Bellido J, Guillén GF, Suárez Varela MM. Prevalencia de síntomas relacionados con el asma en niños de 13-14 años de nueve poblaciones españolas. Grupo Español del Estudio ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood). *Med Clin (Barc)*. 1999; 112:171-5.

2. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood. Steering Committee. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. *Lancet*. 1998;351:1225-32.

3. Carvajal Uruña I, García Marcos L, Busquets Monge R, Morales Suárez-Varela M, García de Andoin N, Batlles Garrido J, et al. Variaciones geográficas en la prevalencia de síntomas de asma en los niños y adolescentes españoles. *International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) fase III España. Arch Bronconeumol*. 2005;41: 659-66.

4. García-Marcos L, Quirós AB, Hernández GG, Guillén-Grima F, Díaz CG, Urena IC, et al. Stabilization of asthma prevalence among adolescents and increase among schoolchildren (ISAAC phases I and III) in Spain. *Allergy*. 2004;59:1301-7.

5. Grupo Regional de Trabajo sobre el Asma Infantil en Atención Primaria de Asturias. Prevalencia de asma diagnosticada en la población infantil en Asturias. *An Esp Pediatr*. 1999;51:479-83.

6. Taussig LM, Wright AL, Holberg CJ, Halonen M, Morgan W, Martínez FD. Tucson Children's Respiratory Study: 1980 to present. *J Allergy Clin Immunol*. 2003;111:661-75.

7. National Institutes of Health. National Heart, Lung, and Blood Institute. Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention [actualizado el 10/2004] [consultado el 01/10/2005]. Disponible en www.ginasthma.com

8. National Institutes of Health. National Heart, Lung and Blood Institute. National Asthma Education and Prevention Program. Expert Panel Report. Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma. NIH Publication. 1997;97 (4051) [consultado el 01/10/2005]. Disponible en www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/index.htm

9. National Institutes of Health. National Heart, Lung and Blood Institute. National Asthma Education and Prevention Program. Expert Panel Report. Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma. National Institutes of Health. National Heart, Lung and Blood Institute. NIH Publication 2003;02(5074) [consultado el 01/10/2005]. Disponible en www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/index.htm

10. The British Thoracic Society and the Scottish Intercollegiate Guidelines Network. British Guideline on the Management of Asthma. National Clinical Guideline, 2005 [consultado el 01/10/2005]. Disponible en www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/63/index.html

11. Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA). Grupo Respiratorio de Atención Primaria, Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista, Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, Sociedad Española de Neumología Pediátrica y Associació Asmatològica Catalana [con-

sultado el 01/10/2005]. Disponible en www.genasma.com

12. Morell Bernabé JJ, Álvarez Gómez J, Mola Caballero de Rodas P. Situación actual de los pediatras de Atención Primaria en Extremadura y Asturias: resultados y conclusiones de una encuesta. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2000;2:15-24.

13. Lora Espinosa A, Grupo de Vías Respiratorias de la AEPap. Asistencia al niño y adolescente con asma en Atención Primaria. Situación actual y propuestas de mejora. *An Pediatr (Barc)*. 2003;58:449-55.

14. Pardos C, Fuertes J, Nerín I, González Pérez-Yarza E. Cuándo se considera positivo el test de broncodilatación. *An Esp Pediatr*. 2002;57:5-11.

15. Cano Garcinuño A, Díaz Vázquez CA, Montón Álvarez JL. Asma en el niño y adolescente. 2 ed. Madrid: Ergon; 2004.

16. Host A, Andrae S, Charkin S, Díaz-Vázquez C, Dreborg S, Eigenmann PA, et al. Allergy testing in children: why, who, when and how? *Allergy*. 2003;58:559-69.

17. Cates CJ, Bara A, Crilly JA, Rowe BH. Cámaras espaciadoras versus nebulizadores para el tratamiento del asma aguda con betaagonistas (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus, 3: 2005. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

18. Busquets Monge RM, Escribano Montaner A, Fernández Benítez M, García Marcos L, Garde Garde J, Ibero Iborra M, et al. Consenso sobre tratamiento del asma en pediatría. *An Pediatr (Barc)*. 2006;64:365-78.

19. Plan Regional de Atención al Niño y Adolescente con asma (PRANA). Asturias: Dirección Regional de Salud Pública. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias; 2002 [consultado el 01/10/2005]. Disponible en www.respirar.org

20. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2003. Asma en la edad pediátrica. Proceso asistencial integrado [consultado el 01/10/2005]. Disponible en www.respirar.org

21. Asma infantil. Guía para la atención de los niños y adolescentes con asma. Sacyl, Junta de Castilla y León, 2004 [consultado el 01/10/2005]. Disponible en www.respirar.org

22. Programa de Atención al Niño Asmático. Servicio Aragonés de Salud, 2004 [consultado el 01/10/2005]. Disponible en www.respirar.org

23. Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Guía de la práctica clínica sobre asma, 2005. Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Guía de la práctica clínica sobre asma, 2005 [consultado el 01/10/2005]. Disponible en www.respirar.org

