

ANEXO-II

**PLAN DE MEJORA EN EL MANEJO DEL
ASMA PARA EL HOSPITAL CLÍNICO
UNIVERSITARIO**

Heidi Mora Bastida

Servicio de Neumología.

Hospital Clínico Universitario de Valencia

INDICE

1.- Consulta monográfica de asma

1.1.- Introducción

1.2.- Objetivos

1.3.- Ubicación, horario

1.4.- Características generales

1.5.- Organización de la consulta. Oportunidades de mejora

2.- Futuro: Plan de manejo del asma en el departamento

3.- Consulta de enfermería en asma. Proyecto.

3.1.- Introducción

3.2.- Resumen del proyecto

3.3.- Objetivos

3.4.- Contenidos

3.5.- Personal

3.6.- Ubicación y horario

3.7.- Otros aspectos prácticos

Bibliografía

1.- CONSULTA MONOGRÁFICA DE ASMA

1.1.- Introducción

El asma es una enfermedad frecuente en la población general con una prevalencia estimada del 5.7% en España. En general se considera una prevalencia de asma en aumento, y aunque en mortalidad se han observado datos decrecientes se resalta un interés cada vez mayor en las formas graves del asma como generadora de unos mayores riesgos y mayor gasto sanitario.

La clasificación del asma en las guías de práctica clínica se establece según control y según gravedad. Para la clasificación según gravedad se utiliza el grado de control y el escalón de tratamiento necesario para mantener el control. En diferentes estudios se ha encontrado que un importante porcentaje de pacientes asmáticos entrarían en el grado de asma mal controlado.

Existen diferentes circunstancias que conducen al mal control del asma y aunque se considera que el control de la enfermedad es alcanzable en la mayoría de los pacientes el asma grave persistente no controlada se ha descrito en el 3.9% de la población asmática.

Constituye pues un importante problema de salud. Valorando los costes generados por el asma según grados de gravedad se puede ver como los mayores gastos son generados por los pacientes mayores de 65 años y por los pacientes con asma grave (estudio ASMACOST). Se cree que el pequeño porcentaje de pacientes con asma grave ocasiona más del 50% del gasto.

La definición de asma grave ha sido consensuada en documento ERS/ATS y para que el paciente pueda ser correctamente clasificado como asma grave no controlada se precisa un diagnóstico correcto de asma, valoración de cumplimiento y técnicas de inhalación correctas, y el estudio de comorbilidades adecuadamente controladas.

Resaltar también la importancia de aspectos terapéuticos educativos, y la posibilidad de tratamientos cada vez más dirigidos, incluyendo fármacos biológicos.

1.2.- Objetivos

- Como objetivo general se busca optimizar la atención de los pacientes con asma bronquial mejorando su estado de salud y abaratando los costes que la enfermedad genera.
- Coordinar los esfuerzos para el diagnóstico, educación y tratamiento de los pacientes asmáticos con enfermería, en el Laboratorio de Exploración Funcional Respiratoria y en el Hospital de día Multidisciplinar. De forma particular en los pacientes con asma grave.

- Continuidad en la atención al paciente asmático con otras especialidades implicadas, Pediatría, Alergia y ORL, y especialmente con los Médicos de Atención Primaria.

1.3.- Ubicación y horario

La consulta de asma se encuentra en el 3er piso del bloque D del hospital, en la consulta nº 3, los martes a partir de las 9h15'.

Está dedicada a la asistencia de pacientes afectados o con sospecha de asma bronquial y tos crónica recibidos desde diferentes ámbitos. Su ubicación junto al Laboratorio de Exploración Funcional Respiratoria permite el diagnóstico y control de los pacientes con realización de pruebas de función respiratoria con la mayor coordinación: posibilidad de espirometría y determinación de FeNO el mismo día de la visita sin demora, y de realización de prueba de broncoprovocación inespecífica previa cita con demora variable.

En esa misma planta y bloque está el Hospital de Día Multidisciplinar para la administración de fármacos biológicos.

1.4.- Características generales

El asma es una entidad de primera importancia en el ámbito de la salud por su magnitud epidemiológica en cuanto a frecuencia de la enfermedad y a los gastos generados. La correcta identificación y tratamiento de los pacientes es fundamental, sobre todo en los pacientes con asma grave que son los que generan un mayor gasto sanitario tanto en costes directos como indirectos. Los pacientes con asma grave presentan dificultades en su estudio y tratamiento, y en ocasiones la indicación de fármacos biológicos, de administración parenteral en ámbito sanitario, y son, pues, subsidiarios de una atención lo más especializada posible.

En el *curriculum vitae* adjunto en ANEXO II se detallan los méritos respecto a la formación continuada en asma actualmente completados y que aportan un aval en la tarea de asistencia en la consulta monográfica de asma, esta consulta a su vez permite la continuación de la línea de trabajo de investigación en asma, ejercida en el proyecto de investigación arriba citado y que es realizado en colaboración con el laboratorio del Servicio de Bioquímica Clínica y Patología Molecular del propio Centro y con gestión económica realizada por el INCLIVA.

Permite una continuidad en la asistencia al paciente asmático con otras especialidades como Pediatría, desde donde son remitidos al alcanzar la edad oportuna, o con Alergia con el inicio de revisión de casos en sesión conjunta recientemente.

1.5.- Organización de la consulta. Oportunidades de mejora.

La gestión por procesos es una herramienta aplicable para una gestión de calidad y la búsqueda de oportunidades de mejora en la calidad asistencial relacionada con el asma en nuestra área.

En la consulta monográfica los pacientes son atendidos por sospecha o diagnóstico de asma tras ser remitidos desde servicio de urgencias, atención primaria, especialidades como Pediatría, Alergia, ORL u otros servicios del hospital, o desde neumología tras alta hospitalaria o su remisión desde la consulta general de neumología del centro de especialidades u otra consulta del servicio.

Tras la valoración inicial del paciente, y con el apoyo de las exploraciones complementarias de función respiratoria realizadas en el mismo día, se permitirá, si es el caso, el diagnóstico de asma y la correspondiente indicación de tratamiento adecuado a su grado de gravedad y control. Si no se objetiva el diagnóstico y el paciente mantiene alta probabilidad de asma se realizará test de broncoprovocación inespecífica, en este caso con demora variable. Como consecuencia final del proceso el paciente es diagnosticado de asma y se establece el grado de gravedad y control, valorando cumplimiento y técnicas de inhalación y el estudio de comorbilidades o bien se presenta con un diagnóstico alternativo. La identificación de pacientes con asma grave no controlada se realizará con un enfoque de la práctica clínica centrada en el paciente con la identificación de factores de riesgo y comorbilidades, incluyendo aspectos educativos y para tratamientos dirigidos de la forma más personalizada incluyendo, cuando estén indicados, tratamientos biológicos.

En la Figura 1 se muestra el organigrama de la consulta. Se han detallado puntos destacables para el uso de indicadores que permitan hacer medidas en términos comprensibles y con posibilidad de comparación.

A continuación se detallan indicadores a utilizar, con los criterios que los sustentan:

INDICADOR 1:

Criterio: A todo paciente con sospecha de asma se le debe confirmar el diagnóstico de forma objetiva. Para ello la espirometría con prueba broncodilatadora es fundamental, que es además de ayuda en la clasificación de gravedad del asma (especialmente en los pacientes sin tratamiento previo) por lo que debe realizarse en la valoración inicial del paciente, todo ello en la menor brevedad posible. Es deseable así minimizar el tiempo de espera hasta la visita en consulta, especialmente en los pacientes que son remitidos desde atención primaria, servicios de urgencias, ORL u otros servicios hospitalarios.

Fórmula: tiempo de espera medido en días desde su remisión hasta la primera vista para pacientes con sospecha de asma atendidos en la consulta (media).
Excepción: los pacientes remitidos desde Pediatría u otras consultas de Neumología.

INDICADOR 2:

Criterio: A todo paciente en seguimiento por asma se le debe valorar el nivel de control de la enfermedad acorde a las pautas de guías de manejo de asma, y establecer una clasificación por gravedad-control.

Fórmula: n° pacientes en seguimiento por asma que son clasificados arreglo a gravedad-control/ n° pacientes en seguimiento por asma.

INDICADOR 3:

Criterio: En todo paciente asmático con hábito tabáquico se debe realizar consejo antitabaco.

Fórmula: nº de pacientes fumadores con recomendación documentada para dejar de fumar/nº de asmáticos fumadores.

INDICADOR 4:

Criterio: A todo paciente con asma mal controlada se le incluirá en un programa de educación programada, acción requerida de forma fundamental en los pacientes con asma grave. La educación en asma es algo que debe ser universal en todo paciente asmático.

Fórmula: nº pacientes en seguimiento por asma grave incluidos en programa de educación/nº pacientes en seguimiento por asma grave.

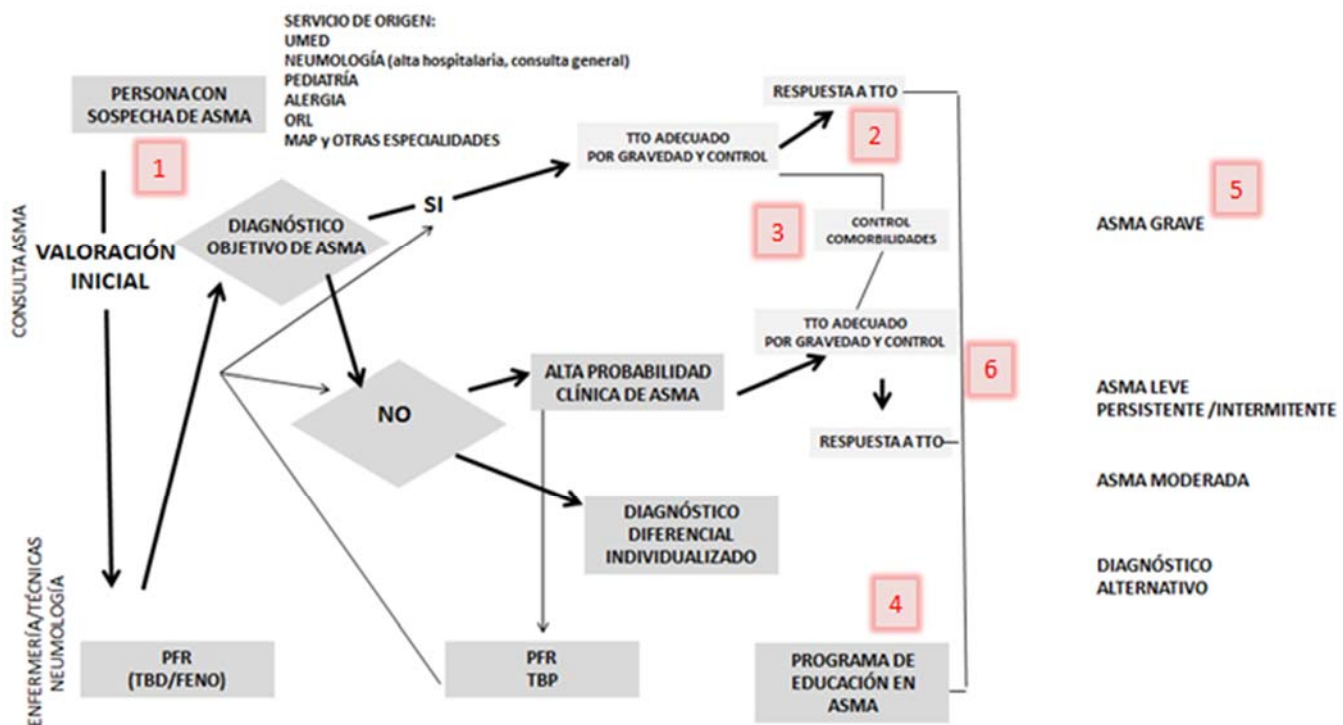


Fig.1 UMED urgencias médicas, ORL otorrinolaringología, MAP atención primaria, PFR pruebas de función respiratoria, TBD prueba broncodilatadora, TBP prueba broncoprovocadora, TTO tratamiento INDICADOR 1: tiempo de espera para la primera visita tras remisión desde UMED, MAP u otro especialista. INDICADOR 2: nº pacientes en seguimiento por asma que son clasificados según gravedad-control/nº pacientes en seguimiento por asma. INDICADOR 3: nº de pacientes fumadores con recomendación documentada para dejar de fumar/nº de asmáticos fumadores. INDICADOR 4: nº pacientes en seguimiento por asma grave incluidos en programa de educación/nº pacientes en seguimiento por asma grave. INDICADOR 5: nº de pacientes con asma grave no controlada a los que se les confirma el diagnóstico de manera objetiva y secuencial/nº pacientes en seguimiento por asma grave. INDICADOR 6: nº de pacientes con asma a los que se les entrega informe escrito con diagnóstico, indicación de tratamiento y plan de actuación/ nº pacientes con asma

INDICADOR 5:

Criterio: El diagnóstico de asma grave debe realizarse de forma objetiva y secuencial con arreglo a las recomendaciones y consensos de expertos.

Fórmula: nº de pacientes con asma grave no controlada a los que se les confirma el diagnóstico de manera objetiva y secuencial/ nº pacientes en seguimiento por asma grave

INDICADOR 6:

Criterio: A todo paciente con asma se le debe entregar en mano un informe con diagnóstico, exploraciones realizadas, indicaciones de tratamiento y plan escrito de actuación para el propio paciente y su médico de atención primaria. Las instrucciones verbales en todo caso insuficientes.

Fórmula: nº de pacientes con asma a los que se les entrega informe escrito con diagnóstico, indicación de tratamiento y plan de actuación/ nº pacientes con asma

Los INDICADORES 2-6 son indicadores de proceso, en dimensión de efectividad a tomar con periodicidad anual y cuyo estándar estaría en al menos 80%. Su fuente de información es la documentación clínica. El INDICADOR 1 es un indicador de proceso, en dimensión de efectividad a tomar con una periodicidad menor y cuyo estándar estaría en un máximo de 2-3 semanas para los pacientes remitidos desde Urgencias o MAP.

2.- Futuro: Plan de manejo del asma en el departamento

Aún sin el desarrollo de un plan estructurado para el manejo del asma en el departamento pero siguiendo los objetivos del Plan de Salud 2016-2020 de una respuesta multidisciplinar y promoción de la continuidad asistencial y la comunicación entre profesionales, se busca la mejora en la transmisión de la información entre los diferentes especialistas implicados en el cuidado del paciente asmático, incluyendo atención primaria y con la implicación de los propios pacientes.

La coordinación entre los diferentes niveles asistenciales puede ordenar y priorizar las actividades y estructuras de soporte para un uso racional tanto de las técnicas diagnósticas incluyendo las pruebas de función respiratoria como de los productos farmacéuticos de la Agencia Valenciana de Salud

La generación de informes con planes escritos entregados en mano y la posibilidad de generación de notas y solicitudes del paciente al facultativo de la consulta monográfica, o las visitas no programadas permiten agilizar el intercambio de información, y quizás en un futuro la posibilidad de una historia en común que incluya atención primaria permita la creación de una Red Asistencial de Asma como red departamental

3.- CONSULTA DE ENFERMERÍA EN ASMA. PROYECTO.

3.1.- Introducción

Hay pruebas suficientes para afirmar que la educación del paciente asmático reduce el riesgo de padecer una exacerbación, aumenta su calidad de vida y disminuye los costes sanitarios, por lo que forma parte indispensable del tratamiento integral de la enfermedad. La educación tiene como principal objetivo proporcionar al paciente los conocimientos y habilidades necesarias para mejorar su autocuidado y el cumplimiento terapéutico. El personal de enfermería en su actuación, tras formación previa, proporciona resultados similares a los del personal médico en las tareas educativas. Esto es recogido y resumido en las principales guías de práctica clínica sobre asma (GEMA 4.1 y GINA 2014).

Intervenciones educacionales cortas con refuerzo posterior se han mostrado beneficiosas. Concretamente sobre la técnica inhalatoria se han mostrado efectivos a corto plazo.

Por otro lado la sobrecarga de pacientes en el Hospital de Día Multidisciplinar para la administración de tratamientos hace deseable la búsqueda de cambios organizativos para una mejor gestión de los recursos.

3.2.- Resumen del proyecto

Consulta enfermería para educación en asma y para administración de tratamientos biológicos más allá de las primeras dosis (el Hospital de Día multidisciplinar se mantiene para el inicio de tratamientos biológicos).

En los pacientes en los que vayan a realizar tareas de educación se realizará una visita inicial y una de refuerzo.

3.3.- Objetivos

-Brindar información y educación básica al paciente sobre su patología, sobre el tratamiento y a lo prescrito por el neumólogo, de forma individualizada con especial énfasis en la adherencia y manejo de inhaladores.

-Administración de fármacos biológicos para asma y de esa manera contribuir a una mejor dinámica y fluidez del Hospital de Día Multidisciplinar.

-Complementar las tareas de educación realizadas regularmente en la consulta de asma.

3.4.- Contenidos

1.-Tareas educativas con componente de comunicación, información e instrucción:

- Valoración de adherencia al tratamiento
- Revisión de técnica inhalatoria
- Recuerdo de aspectos educativos más importantes
- Refuerzo de estilos de vida saludables en especial lo referente a actividad física y consejo antitabaco

2.-Administración de tratamientos biológicos (en fase de continuación no de inicio).

3.5.- Personal

Un Enfermero/a adiestrado/a en el uso y administración de diferentes inhaladores disponibles en la actualidad, en medición de PEF, en administración de fármacos biológicos, y en reconocimiento de signos de gravedad en el asma.

3.6.- Ubicación y horario

En 2 días a la semana 2 horas, de 8.30 a 10.30 en el 3er piso del pabellón D (consultas externas).

Los pacientes serán citados con anterioridad o en el día si hubiera disponibilidad de horario, con 30 minutos para las tareas de educación y 10 minutos para la administración de fármacos biológicos (administración subcutánea).

3.7.- Otros aspectos prácticos

.-La administración de fármacos biológicos se realizará con aportación de medicación por el paciente tras haberle sido dispensada por el Servicio de Farmacia en el mismo día.

.-Para las tareas de educación el paciente acudirá con Plan Escrito indicado por el neumólogo y con sus dispositivos actuales de inhalación.

Se procederá a la medición de flujo inspiratorio, y a tareas de educación que incluirán la instrucción y comprobación física de la técnica de inhalación del paciente, con realización de check-list que permita la evaluación y comparación con control/es posterior/es.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- IV Plan de Salud 2016-2020 Comunitat Valenciana. Disponible en:
http://www.san.gva.es/documents/157385/6431837/IV_PLAN+DE+SALUD_CV_2016_Castellano_web.pdf
- 2.-Guía Española para el Manejo del Asma GEMA 4.2 [Internet] Citado el 22 de julio de 2017. Disponible en <http://www.gemasma.com/>
- 3.- GINA Report: Global Strategy for Asthma Management and Prevention - Global Initiative for Asthma - GINA [Internet]. Citado 22 de julio de 2017. Disponible en: <http://ginasthma.org/2017-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/>
- 4.- Chung KF, Wenzel SE, Brozek JL, Bush A, Castro M, Sterk PJ, et al. International ERS/ATS guidelines on definition, evaluation and treatment of severe asthma. Eur Respir J 2014; 43: 343–373
- 5.- Martínez-Moragón E, Serra-Batlles J, De Diego A, Palop M, Casan P, Rubio-Terrés C, et al. Coste económico del paciente asmático en España (estudio AsmaCost). Arch Bronconeumol. 2009 Oct;45(10):481-6.
- 6.- ASMA: procesos asistencial integrado. García Polo C et al. ~Sevilla: Consejería de Salud 2012. [internet] . Citado 22 de Julio de 2017. Disponible en:http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/asma/asma.pdf
- 7.- Quality Indicators of Asthma Care Derived From the Spanish Guidelines for Asthma Management (GEMA 4.0): A Multidisciplinary Team Report. Quirce S, Delgado J, Entrenas LM, et al. (ASMAFORUM II Group). J Investig Allergol Clin Immunol 2017; 27: 69-73
- 8.- Guevara JP, Wolf FM, Grum CM, Clark NM. Effects of educational interventions for self management of asthma in children and adolescents: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2003; 326:1308-9