

Grupo de coordinación en Asma

Leticia Alcántara Canabal

Pediatra. CS Paulino Prieto

Agustina Alonso Alvarez

Pediatra. AGC Pediatría HUCA

Francisco J. Fernández López

Pediatra .CS Nava

Lidia González Guerra

Enfermera. CS Otero

José Ramón Gutiérrez Martínez

Pediatra. AGC Pediatría HUCA

Isabel Mora Gandarillas

Pediatra. CS Infiesto

M^a Antonia Vázquez Piñera

Enfermera. AGC Pediatría HUCA

V Taller de Educación en el Asma

29 de mayo de 2018

**Isabel Mora Gandarillas
Pediatra CS Ventanielles
Area IV**

**Declaro no tener conflicto de intereses en
relación a la preparación de este taller**

Contenidos del taller

Primera parte

- Introducción
- Porqué, a quien y como educar en el asma
- La adherencia terapéutica
- Escenarios clínicos
- Trabajo en grupos. Exposición

Segunda parte

- Dispositivos de inhalación
- Práctica en grupos

Evaluación



experiencia

creencias

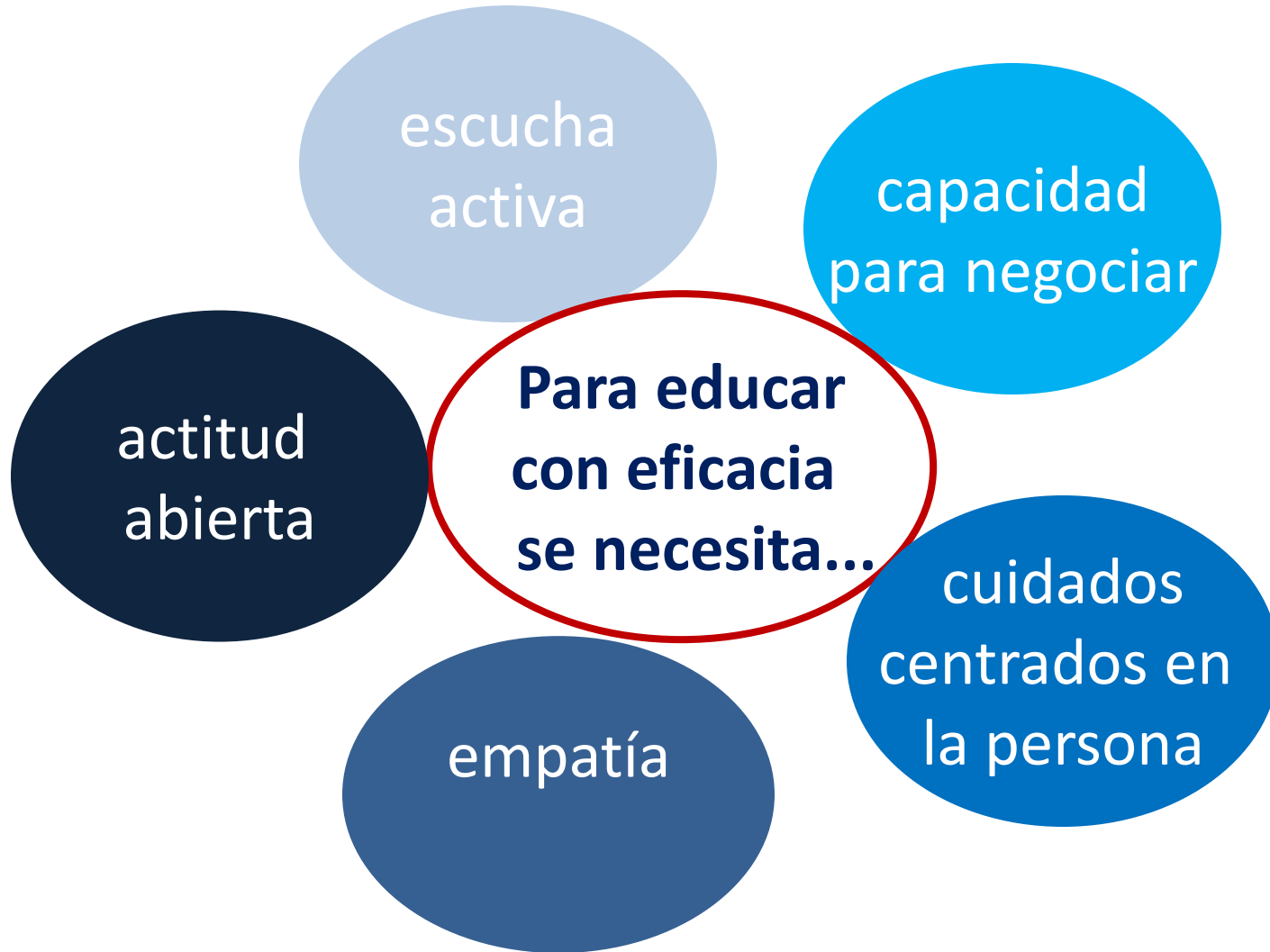
valores

**Factores que
influyen en el
afrontamiento de
la enfermedad**

miedos

expectativas

conocimiento



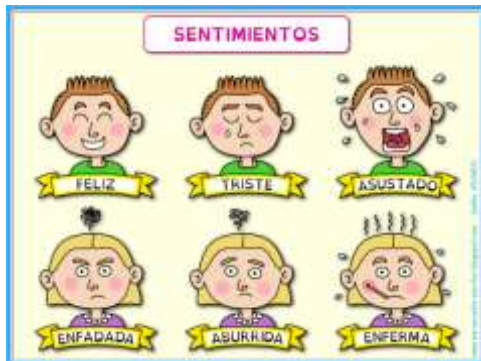
¿Que sabe?



¿Que cree?



¿Que siente?



**Para educar
hay que
conocer..**

¿Que espera?



Para educar con eficacia se necesita...

1. Establecer una **relación** adecuada pediatra/enfermera-niño-familia/cuidadores
2. Basada en la **empatía-participación**
3. **Adaptada** al estilo de vida del niño y la familia

Porqué, a quien y como educar en el asma

Es una enfermedad compleja
para la que no existe tratamiento curativo
en la que es posible alcanzar el **CONTROL**



Hay que educar en el asma PORQUE:

1. La educación es eficaz para mejorar el **control** del asma
2. Se reducen morbilidad, ingresos y urgencias por asma
3. Ayuda a mejorar la **calidad de vida** del niño y la familia

Hay que educar en el asma PARA:



Alcanzar la
calidad de vida
diana =
VIDA NORMAL
CON ASMA



La educación persigue:

1. Que **comprendan y acepten** la enfermedad
2. Enseñar **habilidades** y técnicas
3. Favorecer la **adherencia** terapéutica
4. Evitar efectos secundarios

Para atender al niño con asma se necesita....

- ✓ Tiempo para la entrevista clínica
- ✓ Gestión de la consulta
- ✓ Habilidades de comunicación
- ✓ Formar equipo con enfermería
- ✓ Disponer de recursos materiales
- ✓ Formación continuada
- ✓ Programa asma/Protocolo



Contenidos de la educación en el asma

1. Conocimiento de la enfermedad

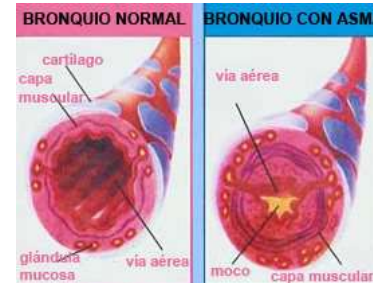


- El asma es una enfermedad **CRONICA**, inflamatoria
- Diferenciar **inflamación** y **broncoconstricción**
- Reconocer los **síntomas**



Contenidos de la educación en el asma

1. Conocimiento de la enfermedad

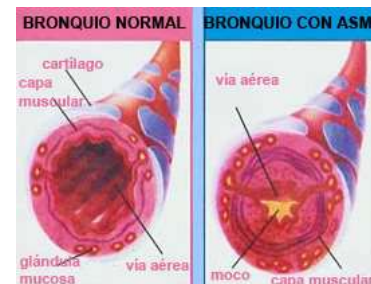


2. **Fármacos:** para que sirven, terapia **inhalada**



Contenidos de la educación en el asma

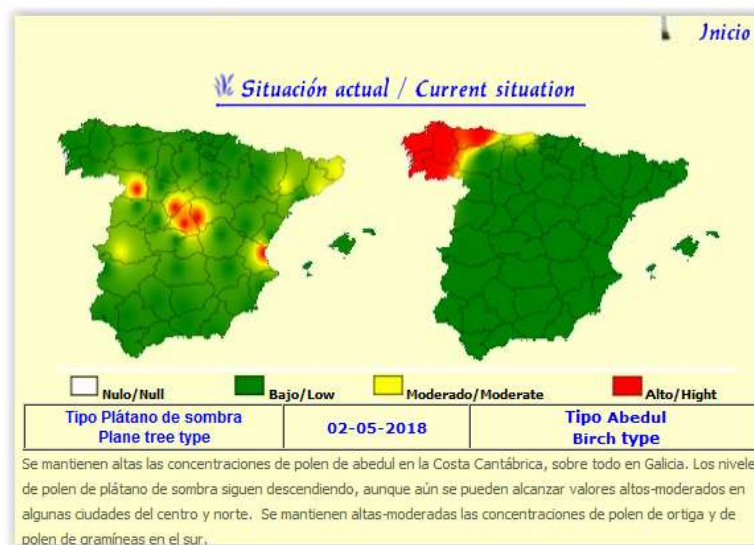
1. Conocimiento de la enfermedad



2. Fármacos: para que sirven, terapia **inhalada**



3. Evitación de **desencadenantes**



Qué enseñar

- Identificar y evitar desencadenantes
- Control ambiental
- Prevenir tabaquismo

Como hacerlo

- Conocer el entorno
- Alianzas y programas antitabaco

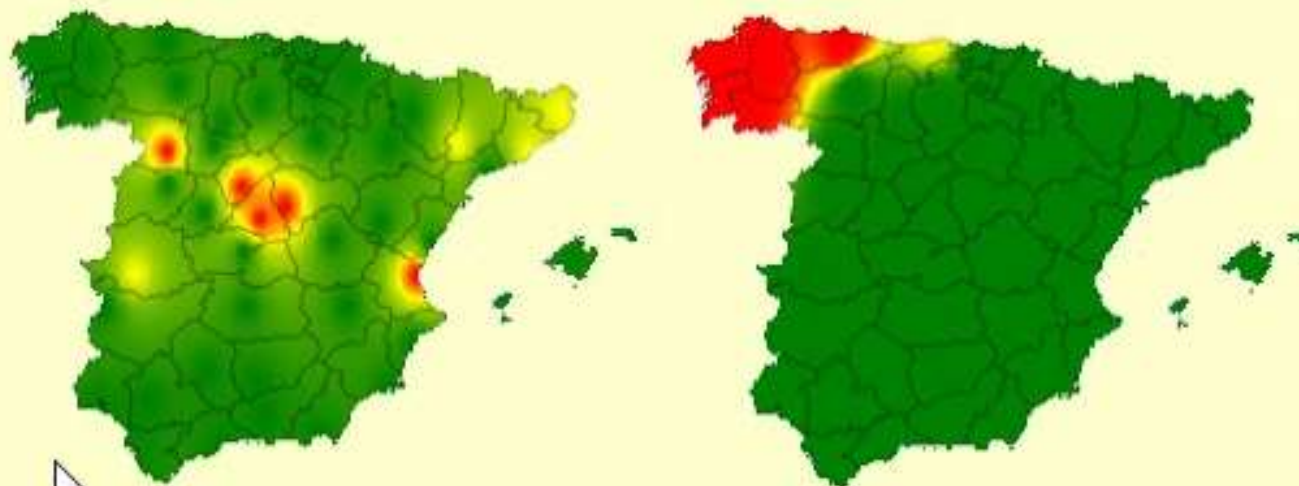


Efectividad de las medidas antiácaros

	Evidencia del beneficio clínico
Fundas antiácaros	Alguna
Lavado ropa 55-60º	No
Reducir número de objetos	No
Aspirador con filtro HEPA	No
Retirar o lavar juguetes en agua caliente o congelar	No
Acaricidas	No

La evidencia del beneficio clínico en niños sensibilizados con múltiples medidas de evitación es limitada

Situación actual / Current situation



Tipo Plátano de sombra
Plane tree type

02-05-2018

Tipo Abedul
Birch type

Se mantienen altas las concentraciones de polen de abedul en la Costa Cantábrica, sobre todo en Galicia. Los niveles de polen de plátano de sombra siguen descendiendo, aunque aún se pueden alcanzar valores altos-moderados en algunas ciudades del centro y norte. Se mantienen altas-moderadas las concentraciones de polen de ortiga y de polen de oramíneas en el sur.

http://www.uco.es/rea/pol_abierto.html

Contenidos de la educación en el asma

1. **Conocimiento** de la enfermedad
2. Fármacos: para que sirven, terapia **inhalada**
3. Evitación de **desencadenantes**
4. **Plan de acción escrito**
 - ✓ Reconocer y tratar los síntomas
 - ✓ Tratamiento controlador
 - ✓ Monitorización y revisiones



Contenido del Plan de acción

- Reconocer inicio de crisis
- Iniciar tratamiento y dosis
 - ✓ Salbutamol
 - ✓ Corticoides orales
- Cuando solicitar ayuda

**La eficacia es la misma
cuando la medicación la
ajusta el paciente o el médico**

PLAN DE AUTOCONTROL DEL ASMA

Nombre y apellidos:

Fecha:

Paso 1: Reconocer la crisis (aparición o empeoramiento de los síntomas de asma)

Fatiga al respirar, pitos en el pecho o tos seca repetitiva que van en aumento, jadeo (respiración acelerada), al respirar se hunden los espacios entre las costillas, el esternón o las clavículas.

Paso 2: Empezar el tratamiento broncodilatador (lo antes posible)

> Medicamento y dosis: **Salbutamol 2-4 inhalaciones**

Hacer las inhalaciones siempre de 1 en 1 y con la cámara espaciadora si dispone de ella. Si es necesario, se puede repetir cada 20 minutos (hasta 3 veces en una hora).

Paso 3: Valorar la respuesta al medicamento broncodilatador (cuando pase una hora)

A) está mejor: CRISIS LEVE ==> puede permanecer en su domicilio

La fatiga y los pitos han desaparecido (o casi) y no hay señales de dificultad para respirar:

> Medicamento y dosis: **Salbutamol 2-4 inhalaciones**

inhalaciones cuando tenga síntomas (a demanda)

Continuar con su tratamiento diario (si su pediatra se lo había recomendado)

Póngase en contacto con su pediatra (solicite consulta o hable con él por teléfono)

Si empeora de nuevo pase al siguiente apartado

B) está igual o mejoró poco: CRISIS MODERADA ==> Ir al médico pronto

La fatiga y los pitos persisten o sigue con jadeo o dificultad para respirar

> Medicamento y dosis: **Salbutamol + corticoide oral**

inhalaciones cada 4 horas hasta ver al médico

Acuda pronto a su pediatra (ese mismo día o a más tardar a la mañana siguiente)

Si empeora de nuevo pase al siguiente apartado

C) está peor: CRISIS GRAVE ==> acudir al servicio de urgencias más próximo

La fatiga y los pitos son muy intensos y/o la dificultad para respirar es muy marcada

> Medicamento y dosis:

inhalaciones mientras se traslada al servicio de urgencias

Acuda de inmediato al servicio de urgencias del centro de salud o del hospital más próximo, si no es posible su transporte rápido llame al teléfono de urgencias sanitarias (112).

Contenido del Plan de acción

- Tratamiento controlador
- Prevenir asma por ejercicio
- Conocer los síntomas de pérdida de control y aumentar tratamiento controlador
- Revisiones

PLAN DE TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO DEL ASMA

Nombre y apellidos:

Fecha:

1- Tu tratamiento antiinflamatorio a partir de hoy es: **Budesonida 50 mcg: 2 por la mañana y 2 por la noche con cámara espaciadora**

Debes utilizarlo sin interrupciones, cada día, aunque estés sin síntomas.

2- Si tienes tos, fatiga, pitos, falta de aire o dolor en el pecho cuando haces ejercicio, debes hacer 15 ó 20 minutos antes de iniciarlo: inhalación/es de **Salbutamol 2-4 inhalaciones, con cámara espaciadora**

3- Realizar las medidas de evitación de: **ácaros**
y evitar el humo de tabaco.

4- El asma no estará bien controlado si:

- tienes síntomas como tos, fatiga o pitido más de 2 veces a la semana
- necesitas usar tu broncodilatador más de 2 veces a la semana
- te despiertas durante la noche por el asma
- tu capacidad para hacer deporte está limitada por el asma

En ese caso, puede ser necesario hacer cambios en el tratamiento o acudir a revisión antes de la fecha prevista.

5- Próxima revisión: **1 mes**

Firma del médico/a

Registro de síntomas o FEM

Especialmente útil en:

- Malos perceptores
- Asma no controlado y grave
- Dudas diagnósticas
- Después de una crisis
- Disminuir/retirar el tratamiento controlador


REGISTRO DE SÍNTOMAS, FEM Y TRATAMIENTO

Nombre y apellidos:

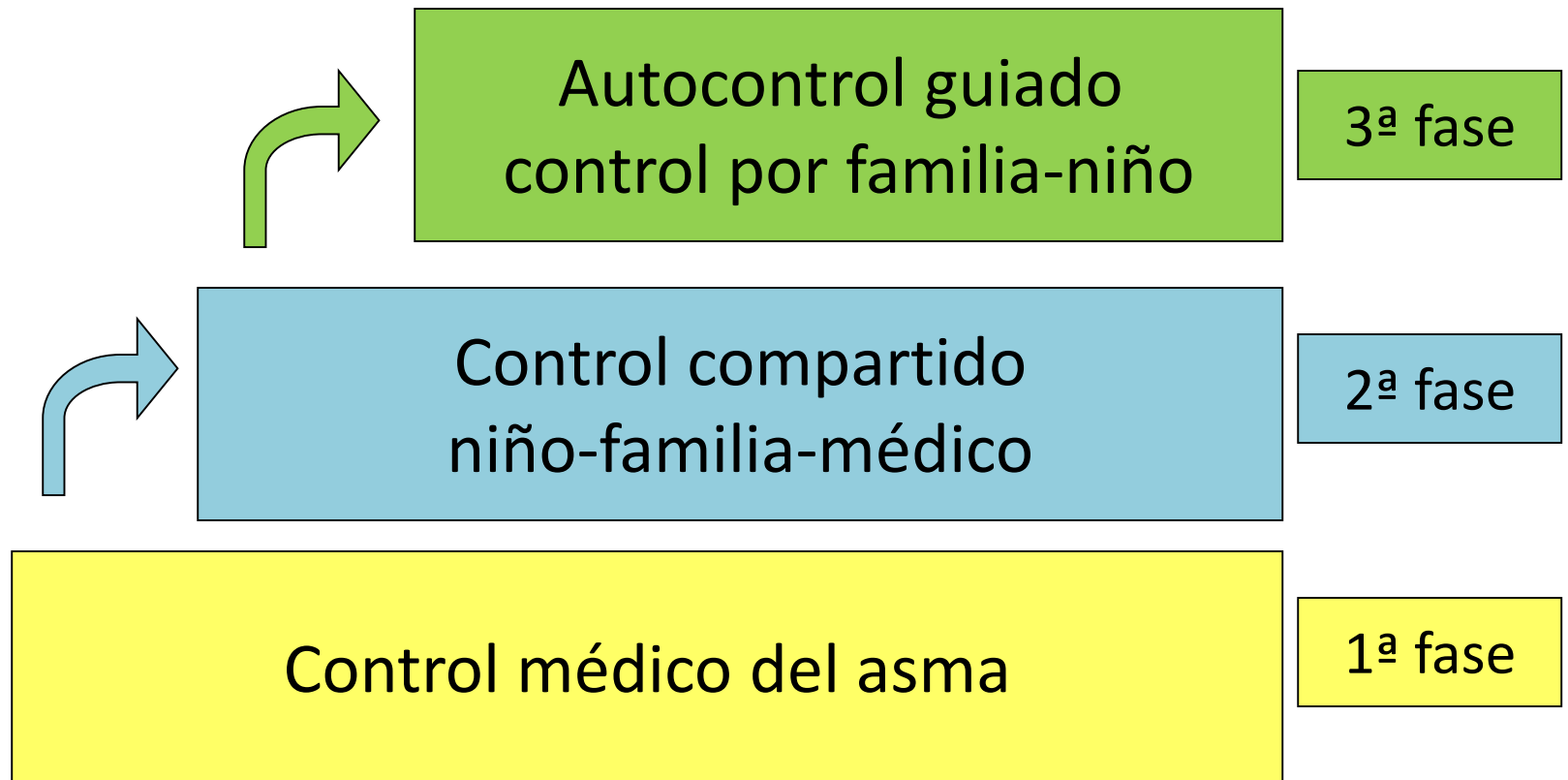
Fecha Inicial:

Día	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Síntomas por el asma (1)																				
Ataques de tos	X																			
Pitido/silbido		X																		
Fatiga al respirar			X																	
Despertar por la noche																				
Problemas al hacer ejercicio		X										X								
Faltar a clase																				
Tratamiento (1)																				
Utilicé mi broncodilatador		X	X									X								
Preventivo diario por la mañana	_____																			
Preventivo diario por la noche	_____																			
Otros																				
Flujo Espiratorio Máximo (FEM): anotar el mejor valor de 3 intentos (2)																				
Mañana																				
Noche																				
<p>(1) Puede servir que anotes SÍ - NO, o que cuando sea "sí" marques la casilla con un aspa (X). (2) Anotar la cifra en la casilla. Si un día no lo puedes medir, pon una raya (-).</p>																				

Autocontrol según FEM

% del mejor valor personal	Acción		
> 80%	<ul style="list-style-type: none">▪ Seguir tratamiento indicado		
60-80%	<ul style="list-style-type: none">▪ Iniciar broncodilatador▪ Si se precisa mas de 2 días doblar dosis de tratamiento controlador▪ Acudir al médico		
< 60%	<ul style="list-style-type: none">▪ Iniciar broncodilatador▪ Iniciar corticoide oral▪ Acudir a urgencias		

Fases de la educación en autocontrol



Diagnóstico educativo en cada visita

Nivel de Conocimiento y habilidad	Si	Parcial	No
Comprende y acepta el diagnóstico			
Realiza las medidas de evitación			
Uso correcto del inhalador			
Hace diariamente el tratamiento			
Entiende y aplica bien el plan de acción en crisis			
Toma decisiones autónomas correctas			

La adherencia terapéutica

Escenarios clínicos. Trabajo en grupos
Exposición

Marta , 3 años

Desde los 18 meses ha presentado 3 episodios de sibilancias de 5-7 días de duración, tras el inicio del colegio, que mejoraron con salbutamol. Entre episodios está asintomática

En el cuarto episodio fue atendida en urgencias del hospital, siendo diagnosticada de crisis de asma moderada y tratada con salbutamol y corticoide oral

Marta , 3 años

AP: dermatitis atópica de lactante

AF: padre alergia al polen

EF: normal

Prueba de alergia: prick test positivo para **ácaros**

Su pediatra diagnostica **ASMA**

Preguntas caso clínico 1

1. Recordar los aspectos mas importantes de la entrevista clínica si se sospecha asma
2. Informar de la sospecha diagnóstica del asma
3. Primeros pasos: la 1ª sesión educativa
 - Reparto de tareas enfermería/pediatría
 - Elegir el sistema de inhalación para una niña de 3 años
 - La evitación de desencadenantes
 - Preparar el plan de acción

Tomas, 5 años

Diagnosticado **de asma episódica frecuente** hace un año. Tiene **alergia** a los ácaros y epitelio de gato. El tratamiento recomendado en la última visita es budesonida con cámara espaciadora 100 mcg cada 12 horas, en octubre. Desde entonces ha tenido una **crisis de asma leve** en diciembre.

Acude urgente a la consulta de pediatría en marzo con su padre, se diagnostica una nueva **crisis de asma leve**, que mejora tras la 1ª tanda de 4 pulsaciones de salbutamol.

Resumen breve de datos de la historia:

- ha tenido 2 crisis en 3 meses
- convive con 2 adultos fumadores
- la madre no ha recibido educación en asma y el padre solo en una ocasión
- a la última visita programada de asma no acudió
- mala adherencia al tratamiento de fondo

Preguntas caso clínico 2

1. Aspectos educativos en el tratamiento de la crisis de asma

- Elegir sistema de inhalación
- Investigar desencadenantes
- Valorar la adherencia

2. Planifica los pasos para mejorar la educación

- Visita programada: reparto de tareas y contenidos
- Plan de acción

Angel, 13 años

Asma conocido desde los 7, alérgico a **pólenes** de árboles y gramíneas. En los últimos años se le ha recomendado tratamiento con budesonida durante el periodo de polinización, con un **buen control del asma en el año previo**.

En los años anteriores había presentado **crisis frecuentes en primavera** por la mala adherencia al tratamiento de fondo

Juega al **fútbol** en un equipo

Acude a una cita **programada** en febrero, previo al inicio de la polinización. Dice estar cansado de tener que utilizar inhaladores y se muestra decidido a no empezar la medicación recomendada este año.

Se comprueba que desde hace 3 semanas tiene **síntomas** de asma frecuentes al hacer deporte.

Tiene **riesgo de nuevas crisis** en primavera.

Se hace una espirometría: prueba basal normal, la prueba de **broncodilatación es positiva (+ 13%)**

La madre dice que ella no consigue que cumpla el tratamiento

Preguntas caso clínico 3

1. Conocer las características del asma del adolescente
2. Estrategias para aumentar la adherencia al tratamiento
3. Como utilizar planes de acción basado en registro de síntomas y/o FEM
4. Sesiones educativas sucesivas
 - Elegir sistema de inhalación
 - Reparto de tareas pediatría/enfermería
 - Organización y Periodicidad

Dispositivos de inhalación: teoría

Vía Inhalatoria

1. De **elección** para administrar fármacos en el asma
2. Requiere enseñanza de la técnica y refuerzos
3. Prescribir solo después de comprobar **técnica correcta**
4. Menos dosis = menos efectos adversos

Inhaladores sin educación = FRACASO del control del asma

Sistemas de inhalación útiles en el asma

- **MDI con cámara espaciadora: sistema mas coste-efectivo**
 - Con mascarilla
 - Sin mascarilla



- **Dispositivos de polvo seco (DPI)**
 - Multidosis



Influyen en el depósito pulmonar...

- 1. El tamaño de las partículas**
 - **1-5 μ** : óptimo para depósito en vías bajas y alveolos
- 2. Velocidad de emisión**
 - > velocidad > impacto orofaríngeo > efectos adversos
- 3. Volumen de aire inhalado**
 - Mejor si inspiración profunda y homogénea
 - Llanto reduce mucho el depósito
- 4. Calibre y anatomía de la vía aérea**
 - Lactantes con respiración nasal: filtro



Influyen en el depósito pulmonar...

5. **Flujo** inspiratorio
 - Ideal: 30-60 L/min

6. **Apnea** postinspiratoria
 - Favorece sedimentación

7. **Técnica** de inhalación: lo mas importante

Si la técnica es correcta, **no existen diferencias** de eficacia entre los distintos sistemas de inhalación

Inhaladores de dosis medida MDI

Ventajas-características

- Flujo inspiratorio bajo
- Percepción inhalación
- Estériles
- Dosis exacta, reproducible
- Bajo coste
- Muchos fármacos disponibles



Inconvenientes

- Técnica difícil
- Requieren coordinación
- **NUNCA** directos en niños
- A veces provocan tos
- No recuento de dosis en algunos

MDI con cámara espaciadora

Ventajas- características

- Evitan coordinación
- Menos efectos adversos
- Mejor depósito pulmonar
- De **elección** en niños y crisis leves-moderadas
- En menores de 3 años con mascarilla



Inconvenientes

- Poco manejables
- No universales
- Requieren limpieza
- La carga electrostática reduce el depósito

Criterios para elegir el sistema mas adecuado

En Pediatría: 1º EDAD

0-3 años



MDI con cámara
pequeño volumen
y mascarilla

4-5 años



MDI con cámara

> 6 años



MDI con cámara*
DPI

*** Todo paciente con asma debe disponer y ser entrenado en el uso de MDI con cámara para el rescate de las crisis**

Otros criterios para elegir el sistema mas adecuado

- **Preferencias:** en niños mayores dar la posibilidad de **elegir**
- **Técnica correcta:** tras el entrenamiento
- **Características del sistema de inhalación:** preferibles
 - ✓ Cámaras con válvulas de baja resistencia y compatibilidad universal
 - ✓ DPI: broncodilatador y corticoide inhalado disponibles
- **Fármacos y presentaciones de distintas dosis:** 1 solo sistema
- **Financiación y precio**
 - ✓ Importantes diferencias entre sistemas



- Aunque tienen distintas características, **no** se han demostrado **diferencias de eficacia** en la práctica clínica

▪ Los dos aspectos fundamentales para garantizar la eficacia de los distintos sistemas son:

1. la **adherencia** terapéutica
2. la **técnica** inhalatoria correcta

Cámaras de pequeño volumen

Cámara (laboratorio)	Volumen (ml)	Mascarilla	Tipo de válvula	Financiada	Compatibilidad con MDI	
Aerochamber³ * (Palex)		145	Sí	Unidireccional de baja resistencia	No*	Universal ¹
Babyhaler * (Glaxo)		350	Sí	2 unidireccionales de baja resistencia	No*	Ver tabla 4
Optichamber (Respironics)		218	Neonatos ² Infantil ² Adultos ²	Unidireccional (válvula sonora)	No*	Universal
Prochamber (Respironics)		145	Neonatos ² Infantil ² Adultos ²	Unidireccional	Sí	Universal
Optichamber Diamond * (Respironics)		140	Sí	2 unidireccionales de baja resistencia (válvula sonora)	No	Universal
Nebulfarma³ (Nebulfarma)		250	Sí	Unidireccional	No	Universal

Fapap. Monografico 1, 2015

*financiadas con visado de inspección en menores de 4 a (Sespa)

Como enseñar una técnica

1. **Explicar** la técnica de inhalación y **realizarla**
2. La explica el **paciente** y la realiza
3. **Felicitar** por los logros y **corregir** errores
4. Repetir las fases hasta que se realiza correctamente
5. Dar un documento **escrito** con la técnica
6. Hacer la **prescripción** del sistema
7. **Comprobar** en cada visita

Técnica de inhalación con cámara y mascarilla



Sujetar al niño adecuadamente. Ambiente tranquilo
Preparar la cámara
Agitar el MDI y acoplarlo en posición vertical



Situar la mascarilla alrededor de nariz y boca
Hacer una pulsación del inhalador y mantener la cámara en posición horizontal mientras el niño respira 5 veces o 10 segundos



Observar y contar el número de inhalaciones
Retirar la cámara



Si precisa mas dosis: esperar 30-60 segundos
Repetir todos los pasos
Al final: tapar el inhalador. Enjuagar la boca y cara



Errores frecuentes de la técnica de inhalación

**MDI con cámara
y mascarilla**

Error



Mal acoplamiento de la mascarilla a la boca y nariz




Inhalación demasiado rápida

Más de 1 pulsación por inhalación

No esperar 30-60 segundos entre pulsaciones

No supervisión de adultos

Cámaras gran volumen*(> 5-6 años)

Cámara (Laboratorio)		Volumen (ml)	Mascarilla	Tipo de Válvula	Financiada
Volumatic (GSK)		750	No	Unidireccional	Si
Inhalventus (Aldo-Unión)		760	No	Unidireccional	Si
Prochamber (Respironic)		145	Si ²	Unidireccional	Si

*no se incluyen cámaras sin válvula o no recomendadas en niños. Para mas información de cámaras no financiadas consultar la bibliografía recomendada

Técnica de inhalación con cámara



**Preparar la cámara. Retirar la tapa, agitar el MDI
Acoplarlo en posición vertical**



**Situar la boquilla en la boca. Sellar con los labios
Cámara horizontal. Hacer una pulsación del MDI.
Respirar a volumen corriente 5 veces o 10 segundos**



**Retirar la cámara
Aguantar la respiración
Expulsar el aire despacio**



**Si precisa mas dosis: esperar 30-60 segundos
Repetir todos los pasos
Al final: tapar el inhalador. Enjuagar la boca**



Otra técnica de inhalación con cámara convencional



Preparar la cámara. Retirar la tapa y agitar el MDI
Acoplarlo en posición vertical
Colocarse de pie o sentado



Expulsar todo el aire
Situar la boquilla en la boca. Sellar con los labios
Cámara horizontal. Hacer una pulsación del MDI
Coger el aire lenta y profundamente



Retirar la cámara
Aguantar la respiración 8-10 segundos



Si precisa mas dosis: esperar 30-60 segundos
Repetir todos los pasos
Al final: tapar el inhalador. Enjuagar la boca

Errores frecuentes de la técnica de inhalación

**MDI con
cámara**



Error

Mal ensamblaje cámara – MDI

Retraso desde pulsación a inhalación

Inhalación demasiado rápida

Mas de 1 pulsación por inhalación

**No apnea ni tiempo de espera hasta siguiente
pulsación**

Uso de MDI sin cámara

Dispositivos de polvo seco (DPI)

Ventajas-características

- No requieren coordinación
- No propelentes
- Preferidos por pacientes
- Pequeños, discretos
- Contador de dosis



Inconvenientes

- Técnicas diferentes
- Requieren flujos altos
- Sensibles a la humedad
- Mas costosos
- Distinta resistencia según sistema: solo > 6 años

Técnica de inhalación con sistema turbuhaler®

Colocarse de pie o sentado
Retirar la tapa. Mantener en posición vertical
Girar la base hacia la derecha y después a la izquierda hasta oír un clic



Expulsar todo el aire
Situar la boquilla en la boca. Sellar con los labios
Coger el aire rápida, sostenida y profundamente durante unos segundos

Aguantar la respiración 10 segundos
Expulsar el aire lentamente

Si precisa mas dosis: esperar 30-60 segundos
Repetir todos los pasos
Al final: tapan el inhalador. Enjuagar la boca
Guardar el inhalador en un lugar seco

Errores frecuentes de la técnica de inhalación

DPI

Error

Flujo inspiratorio insuficiente

Cargar mas de una dosis

Mala posición del dispositivo (no vertical)

Exhalar al dispositivo

Conservar en ambiente húmedo (baños)



Limpieza y mantenimiento de dispositivos en domicilio

Cámaras espaciadoras

Renovar al menos 1 vez/año

1. desmontar la cámara
2. lavar con agua jabonosa c/7-10 días
3. aclarar, dejar secar al aire, no frotar
4. montar la cámara

MDI

1. extraer el cartucho
2. lavar la carcasa con agua jabonosa
3. aclarar, secar
4. acoplar el cartucho

DPI

1. limpieza con paño seco
2. guardar en lugar seco

Limpieza de dispositivos en centros sanitarios

1ª fase: limpieza

Desmontar la cámara
Sumergir en agua con detergente enzimático*
Aclarar con agua tibia

***Ejemplos:**
Instrunet EZ+T®, Prolystica



2ª fase: desinfección

Sumergir las piezas en solución desinfectante
Aclarar
Dejar secar al aire

***Ejemplos:**
Instrunet anyoxide 1000®
Resert XL, HD®, Pera Safe®
Instrunet FA concentrado®

Dispositivos de inhalación: práctica

Organización de la Atención al Asma

Coordinación AP / Hospital

Corresponde al equipo de Pediatría y Enfermería de Atención Primaria el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de TODOS los niños con asma



Si existen dudas diagnósticas, asma grave o mala evolución con el tratamiento correctamente realizado, se COMPARTIRA con el hospital

Criterios de derivación de AP a hospital

- ✓ Dificultades para confirmar el diagnóstico
- ✓ Asma no controlado, crisis frecuentes o alteración de la función pulmonar **a pesar de tratamiento con dosis moderadas de CI**, buena técnica de inhalación y adherencia
- ✓ Crisis graves, asma grave y asma de riesgo vital
- ✓ Asma y alergia a alimentos o comorbilidad

Seguimiento en Atención Primaria

- ✓ Consulta Programada
- ✓ Pediatra + Enfermera



Seguimiento en AP

Revisiones programadas

- **INTERVENCIÓN INICIAL: Primera visita**
- **Visita de seguimiento** : A los 15 días de la primera
- **Revisiones sucesivas** : Otra visita a los 30 días de la 2ª y visitas trimestrales durante un año
- Las siguientes según gravedad y autonomía del paciente
- **Seguimiento posterior a la crisis** : 24h en las moderadas – graves y en 5-7 días las leves

El único campo OBLIGATORIO en este protocolo es la Auscultación (carpeta

Exploración)

Entrevista clínica

 Información incompleta (1)

Síntomas intercrisis (últimas 4 semanas)

 Sí NoDiurnos Nocturnos Síntomas con el ejercicio:

Broncodilatador de rescate (últimas 4 semanas)

 Sí No

Frecuencia

Limitación de actividades (últimas 4 semanas)

 Sí No

Escuela (pérdida de algún día de asistencia)

 Sí No

Ejercicio físico / deporte

 Sí No

Crisis (último año)

 Sí No

Número

Urgencias (centro de salud / hospital) último año:

 Sí No

Ingresos (corta estancia / planta) último año:

 Sí No

Cuestionario de Control del Asma

CAN

CAN niños / adolescentes (2)

 Excepción (Cuestionario incompleto)

CAN cuidadores (3)

 Excepción (Cuestionario incompleto)

Tratamiento previo

Tratamiento controlador (4):

Corticoide:

Beta2 de acción larga:

Antileucotrieno:

Adherencia al tratamiento

Observaciones sobre la evolución

excelente evolucion, solo algo de tos con el ejercicio intenso, buen cumplimiento y adherencia, no crisis ni ingresos tras el inicio del tto de fondo hace 3 meses y medio

Examen físico

Peso

Talla

Auscultación cardiopulmonar

* Normal

Otros datos de la exploración:

Función pulmonar

Paciente colaborador (5)



Sí



No

Espirometría basal (FEV1 Y FVC: % del valor teórico || FEV1/CVF: Valor del

paciente en %)

FEV1 0,0 %

FVC 0,0 %

FEV1/FVC 0,0 %

Espirometría tras broncodilatación (FEV1 y CVF: % del valor teórico || FEV1/CVF:

Valor del paciente en %)

FEV1 0,0 %

FVC 0,0 %

FEV1/FVC (%) 0,0 %

Otros datos

Reversibilidad: 0,0 %

Test de ejercicio 0,0 %

Variabilidad FEM 0,0 %

Estudio alérgico (cumplimentar si no realizado previamente o hay modificaciones)

 IgE específica en sangre Test cutáneo (Prick Test) Otra prueba (Test rápido)

Fecha de realización

Sensibilización IgE demostrada



Sí



No

 Ácaros Malezas Hongos Gramíneas Gato Otros Árboles Perro

Señale:

Otros datos del estudio alérgico

Control del asma

a.- Asma bien controlado

GINA

Tratamiento farmacológico

Aunque resulte redundante, si suspende alguna medicación, elija la opción "no" y marque la casilla que aparece junto a la dosis para indicar que la misma es 0.

en el menú desplegable correspondiente a "Farmaco"
De esta forma, las ayudas en pantalla serán más claras

Controlador Sí No

Esquema terapéutico

 Corticoide inh.

Fármaco

1- Budesonida

Dosis diaria total (6)

200

 Beta2 de acción prolongada

0

 Ant. de Leucotrienos

0

Observaciones al tto de control:

Tratamiento de rescate domiciliario

 Sí No Agonista Beta2 de acción corta

Tto. mantenimiento

 Corticoide oral

Observaciones al tratamiento de rescate

Dispositivo / Cámara (7)

prochamber

Informe escuela

Educación sanitaria

 Conocimientos Plan para el manejo de las crisis

Síntomas, FEM y Tratamiento

 Desencadenantes Prevención / Tratamiento del Asma Inducido por Ejercicio Técnica de inhalación Autocontrol

Autocontrol

Observaciones

seguir mismas dosis hasta febrero y ver en cta, refuerzo adherencia y mantenimiento de tto, refuerzo educacion



Aceptar



Cancelar

Organización de la consulta programada

Duración 15 minutos enfermera y 15 minutos pediatra

Enfermera

- **Grado de control** según cuestionario,
- **Grado de cumplimiento** de tto de fondo
- **Medidas de control ambiental,**
tabaquismo pasivo
- **Uso correcto de inhaladores** y repaso
técnica niños y padres



Pediatra

- **Valoración del niño**, exploración física
- **Grado de control**
- **Refuerzo** de medidas ambientales y cumplimentación
- Valora **otras exploraciones**
- **Ajustará el tratamiento entregando y repasando el plan de acción**
- Cita para la siguiente visita

Conclusiones

- ✓ **La educación no es una opción: es imprescindible**
- ✓ **Es un proceso continuo de aprendizaje mutuo**
- ✓ **Con educación es posible alcanzar y mantener el control**
- ✓ **Compete a todos los profesionales y en cada contacto**
- ✓ **Mejora la satisfacción de pacientes y profesionales**

Para saber mas sobre educación...

Novedades científicas

Publicaciones Abril-2018

La obesidad podría ser un factor determinante de un tiempo libre de exacerbación más corto en...

Publicaciones Marzo-2018

Los bebés con bronquiolitis tratados fuera de la UCI que recibieron terapia de oxígeno de alto...



Siempre es tiempo para sanar las vías respiratorias
DÍA MUNDIAL DEL ASMA
1 MAYO, 2018 | GINASTHMA.ORG/WAD | [@GINASTHMA](https://twitter.com/GINASTHMA)

1 de mayo de 2018.
Día mundial del asma
Este año la GINA introduce un nuevo lema
"Nunca Demasiado Pronto, Nunca Demasiado Tarde"
para sensibilizarnos de que siempre es tiempo para sanar las vías respiratorias.



www.ginasthma.org



www.brit-thoracic.org.uk/.../asthma-guidelines.as



www.aepap.org/grupos/grupo-de-vias-respiratorias/



www.gemasma.com

Evaluación

Grupo de coordinación en Asma

Leticia Alcántara Canabal

Pediatra. CS Paulino Prieto

Agustina Alonso Alvarez

Pediatra. AGC Pediatría HUCA

Francisco J. Fernández López

Pediatra .CS Nava

Lidia González Guerra

Enfermera. CS Otero

José Ramón Gutiérrez Martínez

Pediatra. AGC Pediatría HUCA

Isabel Mora Gandarillas

Pediatra. CS Ventanielles

M^a Antonia Vázquez Piñera

Enfermera. AGC Pediatría HUCA

V Taller de Educación en el Asma

29 de mayo de 2018

**Isabel Mora Gandarillas
Pediatra CS Ventanielles
Area IV**