

### **Cómo citar este documento**

Bermúdez Martín, Carmen Aránzazu; González Mesa, Francisco Javier. Proyecto para la creación de una consulta de enfermería para el control del Asma y EPOC. Biblioteca Lascasas, 2010; 6(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0522.php>

## **PROYECTO PARA LA CREACIÓN DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA PARA EL CONTROL DEL ASMA Y EPOC**

Autores: Carmen Aránzazu Bermúdez Martín, Francisco Javier González Mesa

Dirección para correspondencia: [fjaviergonzalezmesa@yahoo.es](mailto:fjaviergonzalezmesa@yahoo.es)

### **Resumen:**

Asma y Epoc son dos enfermedades crónicas, de elevada prevalencia, que afectan a las vías aéreas. Aunque son patologías diferentes, las guías de consenso de ambas enfermedades reconocen que la educación sanitaria es uno de los pilares fundamentales del tratamiento.

La iniciativa de crear una consulta para el control de ambas enfermedades surge del hecho de que uno de los principales déficits que presentan las personas afectadas, el desconocimiento de todo lo relacionado con su enfermedad, es subsanable y puede ser tratado de forma autónoma por Enfermería.

El documento que sigue, es un proyecto para la creación de una consulta de Enfermería para el control del Asma y Epoc y si bien no se ha llevado hasta el momento a la práctica, contiene toda la información necesaria para que el gestor decida y pueda desarrollarse de inmediato.

Aunque el proyecto de consulta se ha desarrollado tomando como referencia al Servicio de Neumología del Hospital Regional Carlos Haya perteneciente al Servicio Andaluz de Salud, tanto la justificación de la consulta como de las actividades que se desarrollan en ella, están basadas en bibliografía actualizada por lo que podría ser extrapolable.

Información adicional: El presente trabajo ha sido el trabajo fin de curso del curso de "Experto universitario en gestión de servicios de Enfermería" y ha sido desarrollado por los autores a título personal.

## Índice:

Introducción	1
Parte I El Hospital Regional Carlos Haya y el Servicio de Neumología.	2
1. El complejo hospitalario.	4
2. El Servicio de Neumología.	6
Parte II Marco teórico.	9
Parte III Asma y Epoc: Conceptos clínicos.	11
1. Definición.	11
2. Epidemiología.	12
3. Tratamiento.	12
Parte IV Consulta de Enfermería para el control del Asma y Epoc	13
1. Justificación.	13
2. Objetivos y evaluación de la consulta.	16
3. Población diana.	19
4. Circuito de acceso.	20
5. Cartera de servicios.	21
6. Estructura y contenido.	21
7. Competencias del D.U.E. responsable	23
8. Recursos materiales.	27
9. Estructura física de la consulta.	28
10. Sistemas de información.	29
Bibliografía.	31

## Introducción

Asma y EPOC, son dos patologías crónicas que provocan una deficiente calidad de vida. La iniciativa de crear una consulta para el control de ambas enfermedades surge del hecho de que uno de los principales déficits que presentan las personas afectadas, el desconocimiento de todo lo relacionado con su enfermedad, es subsanable y puede ser tratado de forma autónoma por Enfermería. Esta última afirmación no significa en ningún modo trabajar al margen del resto del equipo de salud, sino que desarrollando nuestra actividad por iniciativa propia, podremos de forma efectiva restituir o mejorar el estado de salud que es lo que en última instancia pretende el usuario cuando acude a un centro sanitario.

Dado el carácter crónico de ambas enfermedades, van inexorablemente ligadas a períodos de exacerbaciones en las que el ciclo vital de los enfermos se ve afectado. Ello conlleva en la mayoría de los casos un incremento tanto en la carga asistencial como en el gasto que soportan los servicios de salud.

La idea central bajo la que nace la consulta, es que si desarrollamos en nuestros pacientes las habilidades necesarias para conseguir una mayor implicación en el control de su enfermedad, vamos a disminuir el número y gravedad de los episodios de reagudización, a optimizar recursos y lo que es más importante el paciente va a mejorar su calidad de vida. Por ello, los objetivos planteados marchan en ésta línea.

Bajo el epígrafe objetivos generales, encontramos aquellos relacionados con la optimización de recursos sanitarios y la mejora de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Aunque éste último objetivo es individual, hace referencia a un constructo que al ser medido tras finalizar el período de consulta nos aproxima de forma general e indirecta al grado de efectividad de las medidas planteadas.

Dentro de los objetivos específicos, se han incluido aquellas variables que

resultan determinantes para conseguir la efectividad esperada de las medidas terapéuticas propuestas.

Puesto que la iniciativa planteada no es un hecho aislado propuesto por un organismo independiente, no se comprendería un proyecto de consulta para el control de Asma y Epoc sin conocer aunque sea de forma general la organización de la que es parte integrante, el entorno en el que se ubica y los principios bajo los que se va a desarrollar la acción de cuidar. Es por lo que se ha considerado dividir el proyecto en 4 bloques bien diferenciados:

- “El Hospital Carlos Haya y el Servicio de Neumología”: Contiene una descripción general del Complejo Hospitalario, de la misión y valores de la Institución y del Servicio de Neumología así como de sus principales indicadores por área asistencial.
- “Marco teórico”: Principios bajo los que se entiende el cuidado enfermero dentro del Servicio Andaluz de Salud y por tanto dentro del Complejo Hospitalario Carlos Haya.
- “Asma y Epoc”: Aproximación a la clínica y terapéutica de ambas patologías.
- “Consulta de Enfermería para Asma y Epoc”: Proyecto de consulta propiamente dicho.

Hasta el momento, no se tiene constancia de que se estén llevando a cabo iniciativas iguales a la aquí planteada. No obstante, el hecho de que la Consulta de Enfermería para el Control del Asma y Epoc resulte novedosa, no quiere decir que los contenidos de los que se ha dotado lo sean igualmente. El proyecto, se ha elaborado tomando como base las recomendaciones contenidas en documentos normativos del Servicio Andaluz de Salud y guías nacionales e internacionales de consenso que nacieron en su día fruto del trabajo de expertos en la materia.

La consulta como toda iniciativa que nace, surge con vocación de utilidad y

pretende llenar los huecos que indefectiblemente se producen en la atención sanitaria, fruto de la compartimentalización y masificación de la sanidad pública. Dicho de otro modo, es la dinámica habitual que se vive en el Sistema Sanitarios Público la que provoca que no se preste la suficiente atención a determinados aspectos que resultan claves para lograr un adecuado control de ambas enfermedades, que constituyen el tema central y la razón de ser de la consulta planteada.

No obstante aunque estudios realizados avalan la efectividad de las medidas que se incluyen, la consulta alcanzará su verdadera dimensión cuando funcione en coordinación con el resto de estamentos sanitarios. Sólo así conseguiremos prestar una atención integral, única y continuada.

## Parte I. El Hospital Regional Carlos Haya y el Servicio de Neumología.

### 1. El Complejo Hospitalario:

El Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga, es uno de los 6 centros sanitarios de primer nivel que conforman la red de atención especializada del Servicio Andaluz de Salud.

Aunque geográficamente dispersos, está integrado por 4 hospitales (General, Materno-infantil, Civil y Ciudad Jardín) y un centro de especialidades, con un total de 1158 camas lo que le sitúa como el mayor de Málaga (45.78% de las camas de la provincia) y el segundo de Andalucía, siendo superado por el Hospital Regional Virgen del Rocío de Sevilla.

#### 1.1 Población de referencia:

Existen factores como la inmigración, el aumento de la población flotante en período estival o la libre elección de médico especialista y centro hospitalario regulado por el decreto 128/97 de 6 de Mayo, que dificultan enormemente la tarea de cuantificar la población adscrita a cualquier centro hospitalario a pesar de ello, el Complejo hospitalario presta servicios según las directrices marcadas en la ley 8/1986 del Servicio Andaluz de Salud<sup>1</sup>, actuando como:

1. Hospital general básico para el área hospitalaria a la cual se encuentra adscrito, concretamente la zona este del distrito sanitario Málaga, prestando atención a 478.656 habitantes.

## 2. Hospital general de especialidades:

- Referencia para los hospitales comarcales de La Axarquía, Antequera y Melilla en aquellos casos que por su complejidad o por los medios técnicos necesarios, no pueden ser atendidos en los citados centros. Todo ello viene a aumentar la población adscrita en 280.257 personas.
- Referencia regional: en las especialidades de Cirugía Plástica, Neurocirugía, Alergología, Nefrología Radioterapia, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Torácica, Cirugía Cardiovascular, Medicina Nuclear, Trasplantes, Litotricia y Digestivo (Cpre). De ésta forma, su área de influencia abarca la provincia de Málaga, Ceuta, Campo de Gibraltar, Almería para trasplantes y Córdoba y Puerto Real ( Cádiz) para litotricia lo que hace que la población adscrita supere el 1.500.000.

## 1.2 Misión y Valores

### 1. Misión:

Al igual que el resto de hospitales públicos de Andalucía<sup>2</sup>, queda definida por tres grandes líneas:

- Prestación de Servicios Sanitarios Especializados del máximo nivel a la población que libremente escoja el centro. Todo ello mostrando:
  - la atención centrada en el usuario y en la continua mejora de la calidad hacia la excelencia.
  - Criterios de rapidez y capacidad de resolución y en la atención y de eficiencia en la utilización de recursos.

- Mostrando amabilidad y respeto en el trato con los usuarios, mostrando un trato personalizado y en permanente adecuación a las necesidades del mismo.

- Impulsar la investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud, colaborando, promoviendo e impartiendo docencia pre y post grado.
- Avanzar en el desarrollo profesional y personal para asumir nuestro compromiso ante la sociedad.

## 2. Valores:

### Crear futuro:

- Calidad de excelencia con un modelo centrado en el proceso asistencial, entendido éste desde la perspectiva del usuario.
- Rapidez en la resolución ágil y eficaz de los problemas, dando respuestas a las necesidades de nuestros usuarios.
- Eficiencia, haciendo un uso responsable de los recursos que la sociedad nos confía.
- Amabilidad y respeto a los pacientes, sus familiares y cuidadores, poniendo especial atención a su derecho de estar informados.
- Responsabilidad de todos y cada uno de los profesionales para asumir nuestro compromiso en un entorno flexible y abierto a la comunicación y la creatividad.

## 2. El Servicio de Neumología.

Unidad médica, de carácter multidisciplinar que desempeña labores diagnósticas y terapéuticas a la población dependiente del complejo hospitalario.

### 2.1 Plantilla:

Compuesta por más de 50 profesionales distribuidos de la siguiente forma:



- 1 jefe de servicio.
- 14 facultativos especialistas de área.
- 8 médicos residentes.
- 22 diplomados en Enfermería.
- 16 Auxiliares de Enfermería.
- 1 secretaria.
- 1 celador.

## 2.2 Cartera de servicios e infraestructuras:

- Hospitalización: 41 camas distribuidas en 20 habitaciones dobles y 1 individual, (14 habitaciones dobles y una sencilla en el ala izquierda y 5 habitaciones dobles en el ala derecha) situadas en la 5ª planta del pabellón "B" del hospital general.
- consultas externas: 6 boxes ubicados en el Hospital General (2), en el Civil (1) y en el Centro de Alta Resolución de Especialidades (3).
- Consulta de deshabitación tabáquica.
- Exploración funcional respiratoria. 1 laboratorio dotado de espirómetro, ergómetro, pletismógrafo y difusor.
- Técnicas pleurales y de vías respiratorias bajas. 1 sala donde se realizan técnicas diagnósticas y terapéuticas.
- Estudio y tratamiento de trastornos respiratorios del sueño. 1 laboratorio dotado con 4 polisomnógrafos.

## 2.3 Principales Indicadores de actividad asistencial por área:

Año 2007\*

	<i>I</i>	<i>II</i>	<i>III</i>	<i>IV</i>	<i>V</i>	<i>VI</i>	<i>VII</i>	<i>VIII</i>	<i>IX</i>	<i>X</i>	<i>XI</i>	<i>XII</i>
<b>1ª consulta</b>	114	109	136	109	199	161	152	65	126	151	169	110
<b>Sucesivas</b>	173	249	318	205	242	123	154	65	86	129	118	87
<b>Camas</b>	42	42	42	42	42	42	31	31	10	10	42	42
<b>Ingresos</b>	161	119	101	116	101	83	89	72	60	85	91	146
<b>Estancias</b>	1568	1313	1168	1106	1052	880	916	699	856	822	971	1313
<b>Estancia media</b>	9,74	11,03	11,56	9,53	10,42	10,6	10,29	9,71	14,27	9,67	10,67	8,99
<b>Ocupación (%)</b>	111,6	111,6	89,7	87,8	80,8	69,8	95,3	72,7	285,3	265,2	77,1	100,8

Año 2008 (datos computados hasta el mes de Julio)

	<i>I</i>	<i>II</i>	<i>III</i>	<i>IV</i>	<i>V</i>	<i>VI</i>	<i>VII</i>
<b>1ª consulta</b>	165	160	103	158	150	189	183
<b>Sucesivas</b>	197	162	205	378	345	361	181
<b>Camas</b>	41	41	41	41	41	41	41
<b>Ingresos</b>	135	102	113	111	100	104	95
<b>Estancias</b>	1634	1083	1046	1074	1108	910	835
<b>Estancia media</b>	12,1	10,62	9,26	9,68	11,08	8,75	8,79
<b>Ocupación (%)</b>	128,6	94,3	82,3	87,3	87,2	74	65,7

\* Fuente: Informes de gestión años 2007 y 2008. Área de innovación y desarrollo. Hospital Regional de Málaga.

Llama la atención la disminución del número de camas observadas en el período comprendido entre el mes de Julio y octubre del año 2007, debido a las obras de reforma que se llevaron a cabo. De éste modo, la capacidad del área de hospitalización quedó en 31 camas los meses de Julio y Agosto y de 10 camas en los de Septiembre y Octubre. Esta es la razón que motiva el enorme porcentaje de ocupación registrada durante el período citado.

Así mismo comentar la estacionalidad observada en los ingresos con una disminución en los meses estivales. Similar tendencia se observa en años anteriores.

## Parte II Marco Teórico

Aunque la acción de cuidar, se ha venido realizando desde el principio de los tiempos, podría decirse que el origen de la Enfermería moderna, comenzó con Florence Nightingale y la apertura de la primera escuela en 1860<sup>3</sup>. Durante décadas, la función de la enfermera había sido la de ayudar a otros profesionales de la salud en la curación de la persona enferma. Aunque era un rol socialmente aceptado, la profesión quedaba sin un cuerpo de conocimiento específico, metodología propia y lo que es peor, consentido y aprobado por la mayoría de los profesionales enfermeros.

Afortunadamente, la situación actual dista mucho de la anteriormente descrita y en parte, podría explicarse por varias causas:

1. La adopción de un marco de referencia que dota de contenido propio a nuestra profesión, un modelo que guía la práctica profesional y una metodología de trabajo específica y científica.
2. Apoyo institucional, en nuestra comunidad a través de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Cada vez más patente, ha cristalizado en la posibilidad de acceso a la carrera profesional, programas de formación para la investigación (quid-INNOVA), o el acceso de personal Diplomado a altos cargos directivos. Otro aspecto clave ha sido la creación de la Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados de la cual han salido iniciativas, alguna de ellas pioneras en España como “Salud Responde” (telecontinuidad de cuidados), la implantación del informe de continuidad de cuidados, implementación de la Enfermería de enlace, o la creación de un módulo de cuidados dentro de la historia sanitaria digital (Diraya en atención primaria y Azahar en especializada).
3. La aplicación de los acuerdos de la Declaración de Bolonia, abre las puertas de niveles educativos superiores vetados hasta ahora.

El Hospital Regional Universitario Carlos Haya, como institución y parte integrante del Sistema Sanitario Público de Andalucía, no sólo no ha permanecido ajeno a los cambios que para Enfermería se están produciendo en los últimos años, sino que ha actuado como catalizador. Todo ello se ha materializado en:

- Adopción del modelo enfermero de Virginia Henderson.
- Implementación del proceso enfermero como sistemática de trabajo.
- Diseño e implantación de planes de cuidados estandarizados para cada patología, que han sido editados en formato electrónico e incluidos en la página web institucional.
- Diseño e implantación de un nuevo sistema de registros que permiten la doble funcionalidad de estandarizar cuidados e individualizar la atención prestada a cada usuario.
- Fruto de las directrices marcadas por el III Plan Andaluz de Salud<sup>4</sup> y del II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía<sup>5</sup>, se ha migrado hacia una visión de la enfermedad como un proceso integrado por lo que la continuidad de cuidados se ha convertido en prioritaria.

En definitiva, se ha pasado de ser personal técnico cualificado a las órdenes del médico a ser profesionales independientes que trabajan en un equipo multidisciplinar y en el que el concepto de suplencia y ayuda es el eje central de su actividad, lo que otorga razón de ser y da fundamento a la ampliación de las prestaciones de la división de Enfermería con la creación de nuevos servicios muy demandados como Enfermería de enlace, Consulta de Enfermería oncológica, o enfermera educadora en diabetes y en la que una consulta de Enfermería para la atención a pacientes con asma y epoc puede tener cabida.

### Parte III Asma y Epoc: conceptos clínicos.

Son dos enfermedades crónicas que afectan al aparato respiratorio. Es necesario un breve recorrido por la clínica, epidemiología y terapéutica para poder comprender la razón de ser, contenido y funcionalidad de la consulta.

#### 1. Definición.

El asma, es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas, resultado de una reacción antígeno-anticuerpo<sup>6</sup> que va a provocar episodios de hiperreactividad bronquial y obstrucción de las vías aéreas. De etiología compleja, pueden intervenir factores tanto genéticos como ambientales (exposición a alérgenos, aspectos nutricionales, contaminación ambiental etc.).

Sus síntomas principales son disnea, sibilancias, opresión torácica y tos escasamente productiva, fundamentalmente de predominio nocturno. Aunque en general, estos episodios son reversibles de forma espontánea o con tratamiento<sup>7</sup>, el curso de la enfermedad puede variar desde una forma leve e intermitente, a un trastorno intenso y debilitante en el que el paciente puede tener dificultades para respirar de forma diaria y casi continua.

Por su parte, la Epoc es definida por la guía G.o.l.d.<sup>9</sup> (Global Initiative for the Diagnosis, Management and Prevention of Obstructive Lung Disease) como una enfermedad que se caracteriza por una obstrucción crónica al flujo aéreo, por norma general progresiva y que está asociada con una respuesta anormal a la inhalación de partículas o gases tóxicos, siendo el humo del tabaco el principal factor de riesgo asociado. Se especula con que deben de existir cierto componente genético en el desarrollo de la enfermedad que explicaría el porqué tan solo el 25% de los fumadores la desarrollan<sup>10</sup>.

Entre su sintomatología destaca la tos, expectoración crónica, bronquitis de repetición, disnea de esfuerzo de larga evolución y sibilancias. No obstante es necesaria la confirmación mediante espirometría de la no reversibilidad de la obstrucción de las vías aéreas. Aunque es claro el predominio de la sintomatología respiratoria, cada vez existe mayor evidencia clínica de que se trata de una enfermedad sistémica ya que a los anteriormente citados, se unen alteraciones nutricionales con pérdida de peso, efectos cardiovasculares, efectos sobre el sistema nervioso, osteo-esqueléticos e inflamación sistémica<sup>11</sup>.

## 2. Epidemiología:

En nuestro país, el asma mantiene una prevalencia que oscila entre el 4-5% para el grupo de edad comprendido entre 40 y 69 años y desde el 6 al 15% para la población infantil y al igual que en el resto de países de nuestro entorno, se observa una tendencia al alza tanto en niños como en adultos. En el mundo se estima que afecta a más de 300 millones de personas con independencia del nivel sociocultural<sup>12</sup>.

Según el estudio IBERPOC<sup>13</sup>, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica afecta a un 9% de la población española en el intervalo de edad comprendido entre los 40 y los 69 años, con claro predominio masculino aunque las cifras de mujeres van aumentando como consecuencia del mayor índice de tabaquismo<sup>14</sup>.

## 3. Tratamiento:

Similar en ambas e incluyen el uso de broncodilatadores y antiinflamatorios, preferentemente por vía inhalada. En las guías de consenso<sup>7-9</sup>, se reconoce la necesidad de incluir medidas no farmacológicas como evitar desencadenantes y oxigenoterapia, rehabilitación y fisioterapia respiratoria para el caso de la epoc.

## Parte IV Consulta de Enfermería para el control del Asma y Epoc.

### 1. Justificación.

Hay tres aspectos que justifican la creación de una consulta de Enfermería para Asma y Epoc y que van a ser desarrollados por separado:

1. Elevado gasto sanitario que originan y que podría ser evitable.
2. Evidencia científica de las que nacen las recomendaciones de organismos especializados tanto nacionales como internacionales.
3. Profesionalismo.

#### 1. Gasto sanitario.

Si por lo general, cualquier patología crónica, lleva asociada un elevado consumo de recursos, el gasto sanitario se dispara cuando a la cronicidad sumamos una elevada prevalencia. En el caso del asma, se estima que el coste medio de una crisis asciende a 1555.7 euros<sup>15</sup>, si a ello le añadimos una prevalencia que oscila entre el 4 y el 15%, el coste total supera con creces al de la tuberculosis y sida juntos<sup>16</sup>. Para la Epoc, el coste medio se calcula en 1876 euros/año. El gasto global imputable a su tratamiento, alcanza los 3000 millones de euros, y representó un 2% del presupuesto de la sanidad pública española del año 1998 y un 0.25% del producto interior bruto de ese mismo año. Un 84% del gasto causado por la enfermedad corresponden a ingresos hospitalarios<sup>17</sup>.

En el Servicio Andaluz de Salud se codifican 4 GDR diferentes para asma y epoc:

- GDR 088 Epoc
- GDR 097 Bronquitis y Asma sin complicaciones en pacientes mayores de 18 años.
- GDR 096 Bronquitis y Asma con complicaciones en sujetos mayores de 18 años.
- GDR 542 Bronquitis y asma con complicaciones mayores.

La situación para los citados GDR en nuestro servicio para el año 2006, queda recogida en la siguiente tabla:

<i>Puesto/25</i>	<i>GDR</i>	<i>N</i>	<i>Estancias</i>	<i>Est. media</i>
3	088	86	788	9.2
9	097	27	198	7.3
13	096	19	174	9.2
14	542	15	130	8.7

Si aplicamos los pesos medios del ministerio de sanidad por GDR del año 2005, el gasto debido a ambas enfermedades quedaría de la siguiente forma\*:

<i>GDR</i>	<i>N</i>	<i>Peso</i>	<i>Coste GDR</i>	<i>Total</i>
088	86	0.785111	2746.67	236213.6
096	19	0.936691	3276.96	62262.2
097	27	0.562843	1969.08	53165.1
<b>542</b>	15	0.876258	3065.54	45983.1

\*Fuente: Indicadores por Servicio/Unidad y Hospital. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Existe evidencia de que el 70% de los costos totales generados por asma son evitables y ocasionados por un mal control de los síntomas<sup>18</sup>. Aunque no existen estudios que cuantifiquen el porcentaje de gasto evitable para la Epoc, si tenemos en cuenta que ambas enfermedades comparten aspectos como la exposición a sustancias desencadenantes o agravantes, bajo conocimiento de la enfermedad por parte de los usuarios, tratamiento complejo con más de un fármaco y que el primer escalón terapéutico lo representa la utilización de inhaladores con la dificultad de uso que conlleva, es fácil extrapolar conclusiones parecidas para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Dicho de otro modo, un porcentaje significativo del total del gasto generado en nuestro servicio por ambas enfermedades (397.623,92 euros en el año 2006) podría ser evitable persiguiendo un mayor grado de educación sanitaria y fomentando la continuidad de cuidados. Ambas son metas perseguidas por la consulta de Enfermería.



## 2) Evidencia científica.

Las Guía Española para el Manejo del Asma (G.E.M.A.)<sup>7</sup>, la Global Initiative for Asthma (G.I.N.A.)<sup>8</sup> y la Global initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (G.O.L.D.)<sup>9</sup> en tanto que guías de consenso creadas por personal experto en el manejo de ambas enfermedades, hacen mención expresa a la necesidad de un abordaje multidisciplinar que debe contemplar dentro de su terapéutica tanto medidas farmacológicas, como no farmacológicas entre las que se incluyen medidas de educación sanitaria y que serían las que dotarían de contenido a la consulta.

Por otro lado estudios realizados<sup>20-21</sup> demuestran la efectividad de iniciativas similares a la aquí planteada para ambas enfermedades.

## 3) Profesionalismo.

Asma y Epoc, son dos enfermedades crónicas que pueden llegar a afectar de manera significativa la autonomía de la persona. Si por cuidar, entendemos *“ayudar a la persona enferma o sana en la ejecución de aquellas actividades...”* *“...que él mismo realizaría si tuviese la fuerza los conocimientos o la voluntad necesaria”* para nosotros, lo realmente importante es conseguir que el paciente consiga el máximo nivel de autonomía posible.

Las intervenciones planteadas en la consulta pretenden conseguirlo.

## 2. Objetivos y evaluación de la efectividad de la consulta.

### 2.1 Objetivos:

#### a) Generales:

- Calidad de vida:

Los pacientes con Asma y Epoc que acudan a la consulta de Enfermería, experimentarán una mejora en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

Criterio de cumplimiento: aumento de la CVRS en el 50% de los pacientes.

Para la medición de la CVRS, se utilizarán el “Asthma Quality of Life

Questionnaire” y el “St George's Respiratory Questionnaire”. El utilizar cuestionarios específicos para cada enfermedad se debe al hecho de que pueden ser mejor tolerados al tratar sólo dimensiones relevantes para la patología<sup>19</sup>.

- Episodios de hospitalización.

Se observará una disminución del número de episodios de hospitalización causados por asma y Epec.

Criterio de cumplimiento: disminución del 10% de los episodios de encame. Evaluación anual.

Para ello, a través del Servicio de Información y Control de la Gestión del hospital se obtendrá el número de encames para cada uno de los GDR 088, 096, 097 y 542.

- Gasto sanitario.

Se objetivará una disminución del gasto sanitario causado por los episodios de hospitalización causados por ambas enfermedades.

Criterio de cumplimiento: disminución del 10% del total para cada uno de los GDR. Evaluación anual.

El cálculo del gasto se realizará multiplicando para cada GDR, el peso correspondiente (fijado por el ministerio de Sanidad y Consumo) por el número de encames en el mismo año.

- Visitas a Urgencias.

Se observará una disminución del número de visitas a urgencias por crisis/reagudización asmática y reagudización epec como motivo principal de consulta

Criterio de cumplimiento: disminución del 10% de las visitas a urgencias

cuyo motivo principal de consulta sea crisis/reagudización asmática y reagudización epoc. Evaluación anual.

La información para evaluar el cumplimiento de éste objetivo se obtendrá igualmente a partir del Servicio de Información y Control de la Gestión del hospital.

b) Específicos.

- Conocimiento de la enfermedad.

El paciente será capaz de describir su enfermedad, los factores provocadores o agravantes así como de reconocer los síntomas iniciales de una crisis o agravamiento.

Criterio de cumplimiento: 50% de pacientes que acudan a consulta.

Se considera que un paciente conoce su enfermedad cuando contesta correctamente a todos los ítems de una check-list contenida en las guías GEMA y GOLD.

- Conocimiento régimen terapéutico.

El paciente, será capaz de enumerar los fármacos que está tomando, efecto y posología.

Criterio de cumplimiento: 50% de pacientes que acudan a consulta.

Se considera que un paciente conoce su régimen terapéutico cuando es capaz de contestar correctamente todos los ítems de una lista de comprobación que figuran en las guías GEMA y GOLD.

- Técnica inhalatoria.

El paciente será capaz de utilizar correctamente el /los dispositivo/s inhalador/es pautado/s.

Criterio de cumplimiento: 50% de los pacientes.

Se considera que un paciente conoce la técnica inhalatoria cuando es capaz de realizar en el mismo orden todos los pasos que marca la

Sociedad Española de Patología Respiratoria para cada dispositivo utilizado.

## 2.2 Evaluación de la consulta:

Para la evaluación de la efectividad de la consulta, se tendrá en cuenta:

- Los criterios de cumplimiento establecidos.
- Se realizará de forma anual procediendo posteriormente, si es el caso, a fijar nuevos criterios para años sucesivos.
- Para la evolución de los objetivos gasto sanitario, visitas a urgencias y episodios de hospitalización será necesario la colaboración del Servicio de Información y Control de la Gestión de nuestro hospital.
- La evaluación del resto de los objetivos, se hará mediante auditoría interna de la documentación generada en la propia consulta y almacenada en soporte informático.

## 3. Población diana. Criterios de inclusión y exclusión.

Población diana:

Pacientes mayores de 14 años, con Asma o EPOC y atendidos en el servicio de neumología de nuestro hospital.

Criterios de Inclusión:

Pacientes que presenten:

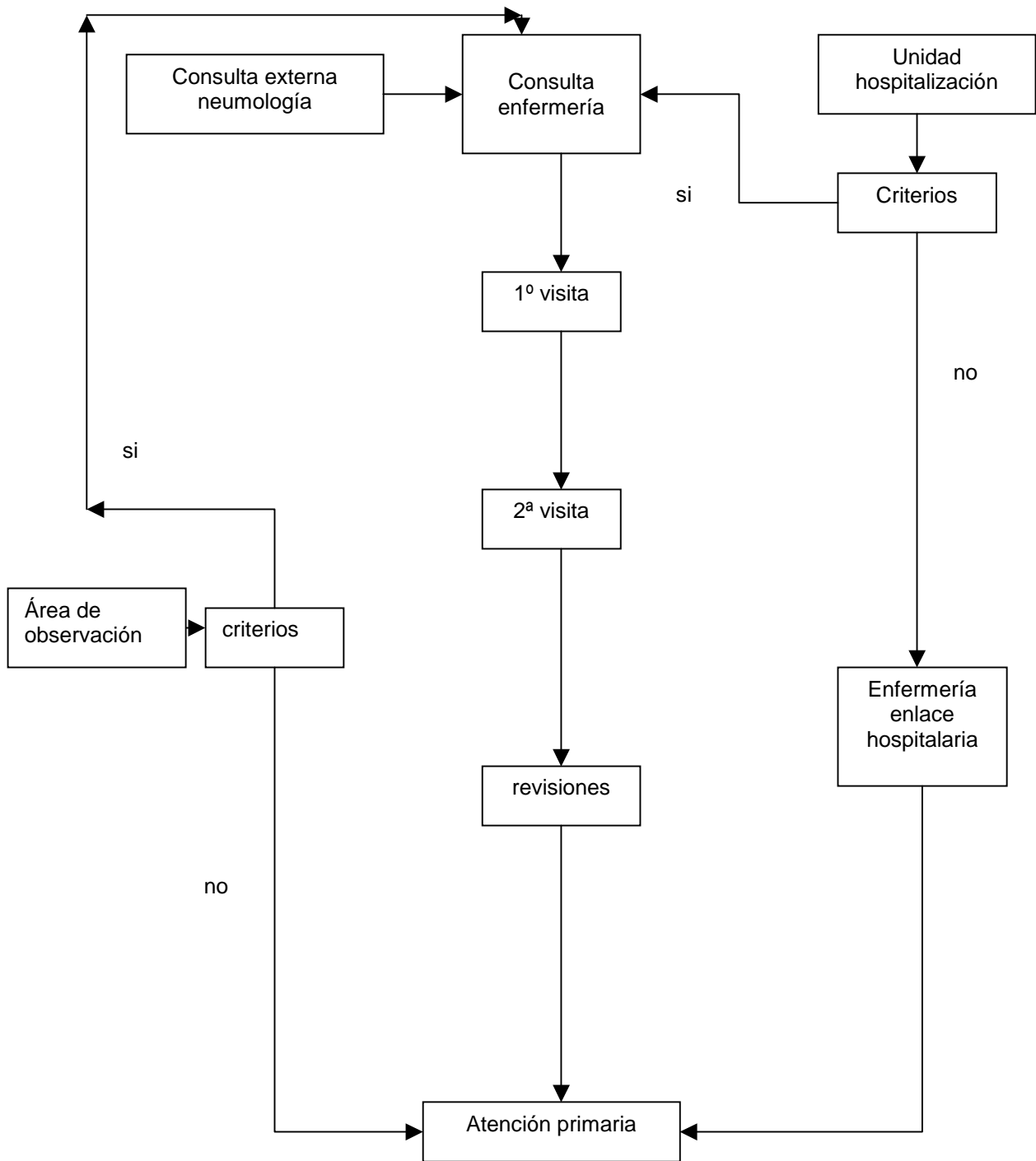
- Deficiente control de la enfermedad a pesar de repetidos cambios de tratamiento.
- Historial de múltiples reingresos o consultas a urgencias.
- Deficiente CVRS.
- Mala técnica inhalatoria.
- Conocimiento deficiente de la enfermedad.
- Baja adherencia terapéutica.

Criterios de exclusión:

Pacientes que presenten:

- Voluntad manifiesta de no acudir a la consulta.
- Desinterés por su proceso.
- Faltas de asistencia reiteradas.
- Imposibilidad de acudir a consulta.
- Consecución de los objetivos propuestos.

#### 4. Circuito de acceso.



A la consulta de Enfermería para el control de Asma y Epoc se puede acceder de diferentes formas:

- Por derivación de otros profesionales, fundamentalmente médicos y enfermeras desde la consulta externa de neumología y planta de hospitalización.
- Por captación activa en caso de cumplir con los criterios de inclusión. Se realizará tanto desde la unidad de hospitalización como desde el área de urgencias.

Puesto que el elemento central de todo el proceso es el usuario y su bienestar en valores absolutos, debemos poner todo de nuestra parte para que siempre reciba los mejores cuidados, lo que resulta impensable si no contamos con unos canales de información adecuada con Atención primaria.

#### 5. Cartera de servicios.

- Accesibilidad.
- Posibilidad de consulta telefónica a demanda.
- Trato personalizado.
- Atención integral.
- Empleo de metodología Enfermera.
- Información sobre el funcionamiento del centro.
- Educación sanitaria individualizada para paciente y familia.
- Coordinación con equipo médico.
- Coordinación con otros niveles asistenciales.
- Continuidad de cuidados.
- Respeto a las decisiones de los pacientes.

#### 6. Estructura y contenidos.

En líneas generales, puede decirse que la consulta de Enfermería para control de Asma y Epoc, se estructura en dos sesiones formativas en un intervalo máximo de 15 días y sesiones de revisión, que para mayor comodidad del usuario se establecen coincidiendo con las revisiones médicas.

## 1ª Visita.

Tiempo estimado 45 minutos. Destinada a:

- Completar datos de filiación de los usuarios.
- Valoración inicial. Recogida de información para establecer la línea base que permitirá tanto ofrecer un tratamiento personalizado como favorecer la posterior evaluación de logros.
- Asegurar un mínimo de conocimientos básicos que el paciente debe adquirir (sobre su enfermedad y tratamiento, reconocimiento de factores desencadenantes o agravantes, conocimiento de la técnica inhalatoria, y establecimiento de un plan de autocontrol).
- Pactar objetivos a corto plazo.
- Resolución de dudas que pudieran presentarse.

## Cronograma:

- Primer contacto. Presentación.
- Apertura de historia.
- Anamnesis. La valoración inicial se llevará a cabo siguiendo el modelo enfermero de Virginia Henderson. Los contenidos mínimos, quedan recogidos en los planes asistenciales integrados para Asma<sup>22</sup> y Epec<sup>23</sup> elaborados por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
- Medición de la CVRS (Asthma Quality of Life Questionnaire en el caso de pacientes asmáticos y el St George's Respiratory Questionnaire para pacientes con Epec.
- Establecimiento de un plan de cuidados personalizado, que será incluido en la historia digital.
- Derivación a otros profesionales (neumólogo, consulta tabaquismo o Enfermería de atención primaria) si procede.

## 2ª Visita:

Tiempo estimado 30 minutos. Destinada a:

- Evaluar y reforzar los logros conseguidos sobre los objetivos planteados.
- Repetir o ampliar información ofrecida en la visita anterior.



- Resolver dudas que hayan podido plantearse desde la visita anterior.
- Anotación en historia sanitaria digital.

Revisiones:

Tiempo estimado 30 minutos. Destinada a:

- Evaluación de logros alcanzada sobre los objetivos pactados.
- Comprobar la consistencia temporal de los conocimientos y habilidades adquiridos en visitas anteriores.
- Resolución de dudas planteadas.
- Cumplimentación de escalas y cuestionarios de CVRS que permitirán la evaluación de la efectividad de la consulta.
- Anotación en historia sanitaria digital.
- Alta si procede.

#### 7. Competencias del D.U.E responsable de la consulta.

Por competencia, entendemos la capacidad necesaria que ha de tener un profesional para producir los resultados deseados y lograr los objetivos propuestos por la organización. De ésta manera, aplicando el modelo de gestión por competencias nos aseguramos la elección del profesional idóneo para desempeñar un determinado puesto y conseguimos eliminar sesgos, en caso de no conseguir los objetivos planteados.

El mapa competencial para la consulta, ha sido elaborado tomando como base los incluidos en los procesos asistenciales integrados de Asma y Epoc.

De ellos, se han seleccionado aquellas competencias que mejor reflejan las aptitudes, habilidades y conocimientos que debería de tener el profesional que ocupe el puesto.

Lógicamente, no se incluyen aquellas competencias básicas consideradas como nucleares, que debe tener todo enfermero en el momento de acceder como trabajador al Sistema Sanitario Público de Andalucía.

<b>Aptitudes</b>		<b>Grado de desarrollo</b>			<b>Prioridad</b>			
Código	Competencia literal	Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
	Cooperación interniveles	D	I	I	****	****	****	****
	Formar parte de un todo. Sensación de pertenencia un/a equipo/empresa	I	I	I	****	****	****	****
	Investigación: búsqueda de respuesta a problemas/dudas de la práctica clínica no resueltas (zonas oscuras)	D	D	I	****	****	****	
	Abordaje familiar	D	D	I	****	****		
A001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I	****	****	****	
A0024	Juicio crítico	I	I	I	****	****	****	
A0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro). Respeto a los derechos de los pacientes.	I	I	I	****	****	****	****
A0040	Orientación a los resultados.	I	I	I	****	****	****	****
A0041	Capaz de asumir compromisos	I	I	I	****	****	****	
A0043	Discreción	I	I	I	****	****	****	
A0047	Genera valor añadido a su trabajo	I	I	I	****	****	****	****
A0052	Visión de futuro	D	D	I	****	****	****	
A0053	Orientación a satisfacer expectativas de pacientes y familiares (receptividad a inquietudes y necesidades del enfermo y familia)	I	I	I	****	****	****	****
A0061	Orientación al fomento del autocuidado	D	I	I	****	****	****	****
A0075	creatividad	D	I	I	****	****		

<b>Habilidades</b>		<b>Grado desarrollo</b>			<b>Prioridad</b>			
Código	Competencia literal	avanzado	óptimo	excelente	1	2	3	4
	Valoración integral del paciente	I	I	I	****	****	****	****
	Sistema de inhalación oxigenoterapia.	I	I	I	****	****	****	****
	Utilización de escalas validadas	D	I	I	****	****	****	
H0001	Afrontamiento de situaciones de crisis y prevención de conflictos.	D	D	I	****	****	****	
H005	Capacidad de análisis y síntesis.	I	I	I	****	****		
H0010	Capacidad de ilusionar, motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	D	D	I	****	****	****	
H0022	Resolución de problemas	D	I	I	****	****		
H0023	Capacidad para tomar decisiones	I	I	I	****	****	****	
H0024	Capacidad de relación interpersonal	I	I	I	****	****	****	****
H0031	Gestión de Tiempo	D	I	I	****	****		
H0032	Habilidades sociales de comunicación oral y escrita	I	I	I	****	****	****	
H0054	Informática nivel de usuario	I	I	I	****	****	****	
H0055	Capacidad docente	I	I	I	****	****	****	
H0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I	****	****	****	****
H0078	Afrontamiento de estrés	D	I	I	****	****	****	
H0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	D	I	****	****		
H0089	Individualización de cuidados	I	I	I	****	****	****	****
H0094	Visión continuada e integral de los procesos	I	I	I	****	****	****	

H0311	Registro y cumplimentación de datos	I	I	I	****	****	****	****
H00331	Capacidad para adiestrar y apoyar a la familia en su rol de cuidador.	D	I	I	****	****	****	
H0373	Registros de enfermería	I	I	I	****	****	****	****
H0413	Educación del paciente en el manejo de su enfermedad y autocuidado	I	I	I	****	****	****	****

<b>Conocimientos</b>		<b>Grado de desarrollo</b>			<b>Prioridad</b>			
Código	Competencia literal	Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
	Introducción al conocimiento de metodología de trabajo de otros profesionales sanitarios	D	I	I	****	****	****	
C0004	Conocimientos básicos de calidad (indicadores, estándares, documentación clínica, acreditación, guías de práctica clínica)	D	I	I	****	****	****	****
C0023	Tecnologías para la información y comunicaciones	D	I	I	****	****	****	
C0024	Informática a nivel de usuario	I	I	I	****	****	****	
C0032	Metodologías de I investigación nivel básico (elaboración de protocolos,; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica; búsquedas )	D	I	I	****	****		
C0069	Metodologías en gestión por procesos	D	I	I	****	****	****	
C0130	Sistemas de información y evaluación	D	D	I	****	****		
C0161	Organización y legislación sanitaria.	I	I	I	****			
C0165	Metodología de cuidados (procedimientos, protocolos, guías de práctica clínica, mapas de cuidados, planificación de alta y continuidad de cuidados)	I	I	I	****	****	****	
C0167	Medicina basada en la evidencia. Aplicabilidad	D	I	I	****	****	****	
C0171	Promoción de la salud (educación para la salud, consejos sanitarios)	I	I	I	****	****	****	****
C0179	Conocimientos básicos de gestión de recursos (planificación, programación de actividad asistencial, indicadores de eficiencia, control del gasto)	D	I	I	****	****	****	****
C181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I	****	****	****	****
C0281	Pruebas funcionales respiratorias según	D	I	I	****	****	****	****

## 8. Recursos materiales.

Para su correcto funcionamiento, la consulta deberá estar dotada de:

### 1. mobiliario:

- 1 mesa de despacho.
- 3 sillas de ellas 1 giratoria.
- 1 camilla.
- 1 armario.

### 2. Papelería:

- Folios timbrados.
- Sobres.

### 3. Ofimática:

- Ordenador.
- Impresora.
- Teléfono con línea al exterior.

### 4. Estructurales:

- Aire acondicionado.
- Toma centralizada de oxígeno.
- Toma centralizada de aire comprimido.
- Toma de red intranet/Internet.

### 5. Higiénico sanitario:

- Lavabo.
- Papel de manos desechable.
- Dispensador de gel.
- Solución desinfectante hidroalcohólico.

### 6. Material educativo:

- Folletos informativos relativos a la patología y terapéutica.
- Inhaladores de muestra (inertes) y cámaras espaciadoras.
- Boquillas desechables.

### 7. Material de electromedicina:

- Tensiómetro.
- Saturímetro.

### 8. Material para carro de urgencia:

- Jeringas.
- Agujas intramusculares e intravenosas.
- Cánulas venosas periféricas.
- Sistemas de gotero.
- Suero fisiológico, glucosado, glucosalino.
- Esparadrapo.
- Gasas y compresas.
- Cánulas de Guedel.
- Mascarillas de oxigenoterapia tipo venturi y de reservorio.
- Mascarillas de aerosoles.
- Solución de salbutamol y bromuro de ipratropio.
- Metilprednisolona inyectable.
- Guantes desechables

#### 9. Estructura física de la consulta.

Para ubicar la consulta, sería necesario contar con una habitación de al menos 3 x 3 metros. Deberá de contar con puertas de doble ancho para permitir el acceso a personas con movilidad reducida y a camillas en caso de necesidad.

Cabe destacar que la ubicación elegida para la mesa y sillas, permita tanto un fácil y rápido acceso como una pronta evacuación para usuario y profesional.

#### 10. Sistemas de información.

Para dotar a la consulta de funcionalidad, es necesario contar con tres sistemas de información distintos:

##### 1. Filemaker pro®.

Se trata de un sistema gestor de bases de datos. La versatilidad de éste programa radica en que es posible diseñar fácilmente un interfaz que permite la introducción de datos de las sucesivas valoraciones a las que vamos a someter a los usuarios y que difícilmente tendrían cabida en otros programas.

Por otro lado la informatización permite tanto eliminar el formato papel como facilitar el tratamiento estadístico de los datos.

## 2. Novahis®.

Es un sistema de información hospitalaria creado por la empresa Novasoft® y que en alguno de sus módulos se encuentra implantado en nuestro hospital desde el año 2001.

Para el funcionamiento de la consulta es necesario contar con los módulos:

- Admisión: permite visualizar información de pacientes relativa al episodio actual y a procesos pasados. En nuestra consulta, permitiría un primer cribado de pacientes que se encuentren tanto en área de urgencias como en planta de hospitalización.
- Consultas: hace posible programar agendas de trabajo y programación de citas.

## 3. Diraya®.

Se trata de un programa que integra todos los datos de sanitarios de un usuario en una historia de salud única. Se encuentra plenamente implantado en atención primaria y está en proceso en especializada. Por tanto, desde cualquier puesto de atención sanitaria de Andalucía, es posible acceder a todo el historial de un paciente con sólo introducir el número de su tarjeta sanitaria.

Está integrado por diversos módulos que comparten la información entre si. El módulo de Enfermería permite tanto hacer anotaciones que serán visibles para cualquier profesional de nuestra comunidad, como el establecimiento de planes de cuidados personalizados para cada usuario que lo precise.

Es la herramienta perfecta que dota de sentido bidireccional a la continuidad de cuidados.



## Bibliografía.

1. Ley del Servicio Andaluz de Salud, Ley 8/1986, de 6 de mayo, del Servicio Andaluz de Salud. B.O.J.A. núm. 41, de 10 de mayo. B.O.E. núm. 124, de 24 de mayo.
2. Memoria año 2006. Hospital regional Universitario Carlos Haya. Disponible en <http://www.carloshaya.net/portal/>
3. Adam E. *Hacia donde va la Enfermería*. Madrid: Interamericana; 1982. p.8.
4. *III Plan Andaluz de Salud 2003-2008*. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
5. *II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2005-2008*. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
6. Phipps W, Kay Lehm M. *El paciente con problemas pulmonares. Asma*. En: Long BC, Phipps W. *La Enfermería médico-quirúrgica. Un planteamiento de los métodos de enfermería*. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana de España. 1994. p. 779-782.
7. Plaza Moral V, Alvarez Gutierrez FJ, Casan Clarà P et al., en calidad de Comité Ejecutivo de la GEMA y en representación del grupo de redactores. *Guía Española para el Manejo del Asma*. Arch Bronconeumol 2003; 39 (supl5):1-42. <http://www.gemasma.com>.
8. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention NHLBI/WHO workshop Report 2002. <http://www.ginasthma.com>.
9. Gold Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. *Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Disponible en <http://www.goldcopd.com>.
10. Fernández Guerra J, Garcías Jiménez JM, Marín Sánchez F. *Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Tratamiento de la fase estable*. En: Soto Campos JG. *Manual de diagnóstico y terapéutica en Neumología*. Madrid: Ergon; 2006. p. 279-289.
11. Cosío BG, Agustí AG. *EPOC: ¿una enfermedad inflamatoria obstructiva o sistémica?*. Rev Patol REspir 2007; 10(supl. 2): 117-122.

12. Ferrer Carrión M, Girón Rosales J, Nápoles Smith N. *Asma bronquial: enfermedad crónica no transmisible. Atención de Enfermería. Rev Cubana Enfer* 2000;16(1): 14-18.
13. Sobradillo V, Jimenez CA, Villasante C, Fernández L, Miravittles JF, Viejo JL. Costes de la Epoc en España. Estimación a partir de un estudio epidemiológico poblacional. *Arch Bronconeumol.* 2004; 40 (2):72-79.
14. Soriano JB, Miravittles M. *Datos epidemiológicos del Epoc en España.* *Arch Bronconeumol.* 2007; 43:2-9.
15. Borderás Clau M Et al. *Coste y manejo de una crisis asmática en el ámbito hospitalario de nuestro medio. (estudio COAX en servicios hospitalarios).* *Arch. Bronconeumol* 2005; 41(6):313-321.
16. Ramos-Barbón D. *De la biología a la clínica. Asma.* *Arch Bronconeumol.* 2007; 43. Extraordinario 2:3-14.
17. *Más de un millón de españoles sufren Epoc.* Noticias Separ 2007. Disponible en [http://www.separ.es/noticias/mas\\_millon\\_espanoles\\_sufren\\_EPOC.html](http://www.separ.es/noticias/mas_millon_espanoles_sufren_EPOC.html).
18. Rabe V, Vermeire P, Soriano J, Maier W. *Clinical Management of asthma in 1999: the asthma insight and reality in Europe (Aire) study.* *Eur Respir J* 2000; 16:802-807.
19. Sanjuás C. *Medición de la calidad de vida: ¿cuestionarios genéricos o específicos?.* *Arch Bronconeumol* 2005; 41(3):107-9.
20. Bourbean J, Julien M, Maltais F, Rouleau M, Beaupre A, Begin R. *Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease.* *Arch Intern Med* 2003; Vol 163. Mar10:585-91.
21. Soler J, Martínez-García M, Román P, Orero R, Terrazas S. Eficacia de un programa específico para pacientes con Epoc que presentan frecuentes agudizaciones. *Arch Bronconeumol* 2006;42:501-8.
- 22 *Asma del adulto: Proceso asistencial integrado.* Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla. 2004.
- 23 *Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: Proceso asistencial integrado.* 2ª edición. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla, 2007.