

## **PROTOCOLO DE EDUCACIÓN INDIVIDUAL PARA ASMÁTICOS**

## ÍNDICE:

Justificación .....	3
Objetivos de la educación asmática individual .....	3
Población diana .....	4
Metodología .....	4
Sesiones/Contenidos educativos .....	5
Medición de calidad de vida .....	6
Evaluación .....	7
Bibliografía .....	7
Anexos	
Anexo I: Hoja de educación individual y grupal .....	8
Anexo II: Hoja de registro diario de síntomas y FEM .....	10
Anexo III: Cuestionario de calidad de vida en pacientes con asma .....	12
Anexo IV: Consejos para evitación de factores desencadenantes .....	19

## 1. JUSTIFICACIÓN

El asma es una enfermedad crónica de elevada prevalencia que afecta a todas las edades, varía de unos países a otros y dentro de un país de unas regiones a otras.

Aunque se trata de una enfermedad crónica con un adecuado control se puede llevar una vida similar a la de una persona sana, sin embargo su mal control afecta a la calidad de vida de los pacientes limitando el desarrollo normalizado de sus actividades de la vida diaria y generando un estado continuo de estrés por miedo a las crisis.

Además de ello, la elevada prevalencia y el carácter crónico del asma ocasionan que esta resulte una enfermedad cara para la sociedad. Aproximadamente el 70% del coste total de la enfermedad se debe al mal control, es decir, la totalidad de los costes indirectos y una parte de los directos (gastos de hospitalización, visitas a urgencias...).

Por todo ello se hace necesario el desarrollo de planes de autocuidado del asma que han demostrado su asociación a mejoras en los resultados de salud (**nivel de evidencia A**). Planes óptimos son aquellos que incluyen:

- Información y educación: transmisión de conocimientos y habilidades
- Autocontrol con síntomas y/o FEM
- Plan de acción escrito individualizado basado en el autocontrol
- Seguimiento periódico

Es fundamental integrar la **educación del paciente** como un componente esencial de la intervención terapéutica, cuyo fin es proporcionar, a través de un proceso adaptado y continuo, conocimientos y habilidades relacionados con la enfermedad y su tratamiento, destinado a facilitar cambios en la conducta y capacitarle para tomar decisiones autónomas adecuadas que contribuyan a mantener la calidad de vida relacionada con la salud.

Educación es competencia de todos los profesionales sanitarios que se ocupan de la asistencia del asmático (ya sea en atención primaria o en el hospital), si bien sus principales agentes son los profesionales de enfermería de atención primaria ya que la confianza generada en el seguimiento integral y continuado del paciente y su mayor accesibilidad ofrecen más oportunidades para el desarrollo de procesos de aprendizaje acerca de la enfermedad.

## 2. OBJETIVOS

### Objetivos Generales:

- 1- Adquirir conocimientos, habilidades y destrezas para afrontar de manera positiva la enfermedad.
- 2- Capacitar al paciente asmático para autorresponsabilizarse del tratamiento y control de su enfermedad, proporcionándole las "herramientas" necesarias para adquirir un mayor nivel de participación, colaboración y autonomía.

### Objetivos específicos:

- 1- Conocer que se trata de una enfermedad crónica que necesita tratamiento a largo plazo, aunque no tenga crisis.
- 2- Reconocer los síntomas de la enfermedad.
- 3- Conocer los factores desencadenantes y medidas generales y/o específicas de evitación.
- 4- Identificar las crisis o síntomas de agudización.
- 5- Conocer los tipos de medicamentos y la diferencia entre medicación de mantenimiento y de rescate.
- 6- Realizar correctamente la técnica de inhalación.

### 3. POBLACIÓN DIANA

Personas asmáticas mayores de 14 años.

### 4. METODOLOGÍA

Para conseguir los objetivos generales todo programa educativo debe constar de 2 partes:

- Transmisión de información y adquisición de habilidades por parte del paciente.
- Modificación de su comportamiento.

Para conseguir el segundo punto el paciente debe exponer sus miedos, preocupaciones y dudas, y los profesionales sanitarios explorar las ideas que tiene el enfermo sobre su enfermedad y el tratamiento, buscar los objetivos que persigue el paciente y dialogar sobre las dificultades que puede encontrar para realizar el tratamiento. El educador basará la información y toda la enseñanza en los objetivos de cada paciente, intentando acercar lo que busca con lo que realmente necesita conocer para participar en el tratamiento.

Debemos utilizar un lenguaje sencillo, directo, con mensajes claros que se repitan constantemente.

Los programas de educación para pacientes asmáticos que usan sólo información no parecen mejorar la morbilidad, mientras que aquellas intervenciones educativas que incluyen un plan de automanejo escrito y revisiones periódicas han conseguido disminuir los ingresos hospitalarios, las visitas a urgencias y las visitas no programadas a la Atención Primaria (**nivel de evidencia A**).

El logro de objetivos educacionales del asma sigue un itinerario escalonado y progresivo que comienza con la adquisición de conocimientos básicos y las habilidades comunes para el tratamiento, necesarios para todos los pacientes, y alcanzan su meta en el autocontrol deseable y/o alcanzable en distinto grado según la capacidad, el interés del paciente y la gravedad del asma.

<b>Primer Escalón. Control médico del asma (necesario para todos los pacientes).</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Adquirir conocimientos básicos sobre el asma.</li><li>• Reconocimiento de los síntomas del asma y de las crisis o agudizaciones.</li><li>• Factores desencadenantes y medidas generales de evitación (incluido el tabaco).</li><li>• Conocimiento de tratamiento principal.</li><li>• Técnica de inhalación de medicamentos.</li><li>• Resolución de dudas</li></ul>
<b>Segundo escalón. Control compartido del asma (posible para la mayoría de los pacientes).</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ampliación de conocimientos sobre el asma.</li><li>• Resolución de dudas.</li><li>• Identificación de desencadenantes específicos.</li><li>• Consensuar itinerarios terapéuticos y modificación de estilos de vida.</li><li>• Diferencias entre fármaco de mantenimiento y de rescate.</li><li>• Saber manejar el medidor de Flujo Espiratorio Máximo (FEM) en la consulta.</li><li>• Inicio precoz del tratamiento de las crisis en domicilio.</li></ul>
<b>Tercer escalón. Autocontrol (alcanzable por algunos pacientes).</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ampliación de los conocimientos sobre el asma.</li><li>• Resolución de dudas.</li><li>• Manejo del medidor de FEM en el domicilio, sistema de registro.</li><li>• Uso de sistemas de autocontrol.</li><li>• Toma de decisiones autónomas positivas para el asma.</li></ul>

#### 4.1. SESIONES/ CONTENIDOS:

Las visitas y sus contenidos educativos correspondientes deben estar planificadas y desarrollarse en un horario específico, siendo importante que el paciente conozca su formulación como visita programada y prepare la visita aportando información sobre la evolución de la enfermedad.

Las sesiones que se detallan a continuación son orientativas, debiendo adaptarlas a las características del paciente y al escalón educativo en el que se encuentre:

##### 1ª SESIÓN O CONSULTA EDUCATIVA:

Se realizará en consulta programada de enfermería, con una duración aproximada de 30 minutos:

- Obtener información acerca de las creencias que el paciente tiene sobre el asma en general y sobre su enfermedad en particular.
- Contenido:
  - Concepto de asma, síntomas: que el paciente conozca qué es el asma, acepte el diagnóstico y aclaremos temores y creencias.
  - Concepto de factor desencadenante.
  - Consejo antitabaco.
  - Tratamiento farmacológico: diferenciar entre medicación de mantenimiento y de rescate.
  - Técnica de inhalación. Mantenimiento del sistema.
  - Reconocimiento de crisis.

##### 2ª SESIÓN O CONSULTA PROGRAMADA (tras 7-15 días):

Se realizará en consulta programada de enfermería, con una duración aproximada de 30 minutos:

- Resumen de la primera visita y explicación de los contenidos no tratados.
- Adherencia al tratamiento.
- Efectos secundarios.
- Medidas de evitación de desencadenantes.
- Revisión de técnica inhalatoria.
- Adiestramiento de actuación en crisis.

##### 3ª SESIÓN O CONSULTA PROGRAMADA (tras 7-15 días):

Se realizará en consulta programada de enfermería, con una duración aproximada de 30 minutos:

- Resumen de la primera visita y explicación de los contenidos no tratados.
- Revisión de técnica inhalatoria.
- Errores u olvidos de tratamiento.
- Monitorización según síntomas/ registro de FEM.
- Plan individualizado de autocontrol.
- Evaluación de cambios realizados.

##### SESIONES O CONSULTAS DE SEGUIMIENTO:

Se realizará en consulta programada de enfermería. La periodicidad se individualizará en cada caso contemplando al menos una consulta anual (en pacientes estables):

- Valoración de evolución.
- Valoración de adherencia al tratamiento.
- Revisión de técnica inhalatoria.
- Recuerdo de aspectos educativos más importantes.
- Valoración de autocontrol.
- Nuevo plan de actuación.

Para enseñar correctamente la **técnica de inhalación** es importante tener presente los siguientes aspectos:

1. Explorar habilidades previas
2. Evitar tecnicismos (espiración, inspiración forzada, apnea...)
3. Hacer demostración de la técnica con inhaladores sin principio activo:
  - i. Presentar el sistema de inhalación.
  - ii. Explicar la técnica con ayuda de material gráfico, el inhalador y la cámara si es necesario.
  - iii. Demostración de su uso por el educador.
  - iv. Realización del procedimiento por el paciente
  - v. Corrección de los defectos observados y felicitación cuando el aprendizaje ha concluido.
4. En caso de precisar cámara de inhalación enseñar su correcta utilización.
5. Ofrecer material gráfico que sirva de recordatorio de la técnica de inhalación en el domicilio.
6. Explicar detalles prácticos de los sistemas de inhalación: registro de dosis restantes, limpieza, caducidad...
7. Recomendar traer los inhaladores a todas las visitas programadas para comprobar de forma periódica la técnica de inhalación.

## 5. MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ASMÁTICOS

Las mediciones clínicas convencionales y los registros de la función respiratoria nos dan una información muy valiosa, pero raramente nos informarán sobre aspectos emocionales o sociales tan importantes para la vida cotidiana del paciente. Por esta razón, para obtener la situación real de nuestro paciente tendremos que medir la calidad de vida relacionada con la salud; entendiendo ésta como el componente de la calidad de vida determinado por la salud de la persona y que puede ser modificado o influenciado por intervenciones clínicas.

Como cuestionario específico, validado nacional e internacionalmente, disponemos del Cuestionario de Calidad de Vida para asmáticos adultos de Juniper: **AQLQ** (Asthma Quality of Life Questionnaire) (Anexo III).

Se trata de un cuestionario de 32 preguntas, que valoran 4 áreas: limitación de actividades habituales, síntomas, emociones, y estímulos ambientales. Las preguntas que corresponden a cada área son las siguientes:

- Actividad: 1, 2, 3, 4, 5, 11, 19, 25, 28, 31, 32
- Síntomas: 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 29, 30
- Emociones: 7, 13, 15, 21, 27
- Estímulos ambientales: 9, 17, 23, 26

Al paciente se le pide que recuerde sus experiencias durante las 2 semanas previas y puntúe cada ítem en una escala de Likert de 7 puntos. Todas las preguntas se ponderan igual. La puntuación total es la media de las 32 respuestas. También es importante calcular la media de cada área.

A menor puntuación (de 1 a 7) mayor afectación de la calidad de vida del paciente.

El cuestionario se debe pasar al diagnóstico, para ver la repercusión de la enfermedad en la calidad de vida del paciente, posteriormente se debe pasar al finalizar la educación individual y cuando se sospeche que hay afectación de la calidad de vida.

El tiempo aproximado en aplicar el cuestionario es de 10 – 15 minutos la primera vez y aproximadamente 5 minutos las sucesivas.

## 6. EVALUACIÓN

### INDICADORES DE ESTRUCTURA:

Nº de profesionales de enfermería que aplican el Protocolo\*  
----- x 100  
Nº de profesionales de enfermería del Área

\*Tienen registro en la historia clínica de los contenidos impartidos en consulta programada

### INDICADORES DE PROCESO

Nº de sesiones educativas realizadas  
----- x 100  
Nº de sesiones educativas previstas

## 7. BIBLIOGRAFIA

- Alvarez Gutierrez F.J., Antó Boque J.M., Cabrera Navarro P., Carrasco Carrasco E., Casan Clara P., et al. Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA). Disponible en: <http://www.gemasma.com/documentos.htm> (consultado 30-05-2005)
- Calvo Corbella E., Giner Donaire J., Plaza Moral V., Quintano Jiménez J.A., Villa Asensi J.R. Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA) para pacientes, padres y amigos. Madrid, 2005
- Consejería de salud y servicios sanitarios de Asturias. Plan Regional de atención al niño y adolescente con Asma.. Oviedo, 2001. Disponible en [www.respirar.org](http://www.respirar.org) (acceso en 20-06-2005)
- Servicio Aragonés de Salud. Educación Sanitaria al paciente asmático y su familia.
- Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Asma en la edad pediátrica. 2003
- Junta de Castilla y León. Guía para la atención de niños y adolescentes con asma
- Díaz Vázquez C.A. Educación sanitaria a padres y niños con asma. Terapeutica en APS. Volumen 6, Número 9, Noviembre 1999
- Alaminos Gracia P., Menduiña Guillén M.J., Gonzalez Montoro M.L., Menduiña Guillén A. Manejo de inhaladores y aerosolterapia. Metas de Enfermería diciembre 2004/enero 2005; 7(10): 14-20
- Corral Muñoz, M.I, Pérez Fernández P, Jiménez Cerezo T, Flores Rivero A. Educación para la Salud del niño/adolescente con asma y su familia. Gerencia del Área de Salud de Cáceres
- "Guía práctica para el diagnóstico y tratamiento del asma".Scmfic Grupo Respiratorio.2000.
- "Protocolo para Educación Grupal en Pacientes con Asma".Gerencia del Área de Salud de Plasencia. Diciembre 2005.
- Martín Olmedo P.J. Preguntas claves en el asma: Calidad de vida, educación del paciente con asma y asma en niños. Almirall Prodesfarma. 2002 Madrid.
- Juniper E.F., Norman G.R., Cox F.M., Roberts J.N. Comparision of the estándar gamble, rating scale, AQLQ and SF-36 for measuring quality of live en asthma. Eur Respir J 2001; 18: 38-44





Usuario: \_\_\_\_\_ C.I.P. \_\_\_\_\_

C. S. \_\_\_\_\_ ENFERMERO \_\_\_\_\_ MEDICO \_\_\_\_\_

FÁRMACOS/ SISTEMAS DE INHALACIÓN/ POSOLOGÍA: Mantenimiento: \_\_\_\_\_

Rescate: \_\_\_\_\_

CONTENIDO		FECHA		____/____/____		____/____/____		____/____/____		____/____/____		____/____/____		____/____/____		____/____/____		____/____/____	
		Individual <input type="checkbox"/>	Grupal <input type="checkbox"/>	Individual <input type="checkbox"/>	Grupal <input type="checkbox"/>	Individual <input type="checkbox"/>	Grupal <input type="checkbox"/>	Individual <input type="checkbox"/>	Grupal <input type="checkbox"/>	Individual <input type="checkbox"/>	Grupal <input type="checkbox"/>	Individual <input type="checkbox"/>	Grupal <input type="checkbox"/>	Individual <input type="checkbox"/>	Grupal <input type="checkbox"/>	Individual <input type="checkbox"/>	Grupal <input type="checkbox"/>	Individual <input type="checkbox"/>	Grupal <input type="checkbox"/>
1 <sup>er</sup> escalón	Concepto de asma <sup>(1)</sup>																		
	Síntomas <sup>(1)</sup>																		
	Identificación de crisis <sup>(1)</sup>																		
	Concepto factores desencadenantes <sup>(1)</sup>																		
	Medidas de evitación <sup>(1)</sup>																		
	Técnica inhalatoria <sup>(1)</sup>																		
2 <sup>o</sup> escalón	Identificación de sus factores desencadenantes <sup>(2)</sup>																		
	Medición del FEM <sup>(1)</sup>																		
	La realiza correctamente en la consulta <sup>(2)</sup>																		
	Diferencia entre fármaco de mantenimiento y rescate <sup>(1)</sup>																		
	Actuación ante una crisis <sup>(1)</sup>																		
3 <sup>er</sup> escalón	Mide el FEM en el domicilio <sup>(2)</sup>																		
	Registro de FEM y síntomas en el domicilio <sup>(2)</sup>																		
	Autocontrol <sup>(2)</sup>																		
<b>Fecha</b>																			
Puntuación AQLQ																			
Espirometría		% FEV <sub>1</sub> / CVF																	
		% CVF																	
		% FEV <sub>1</sub>																	
PBD	FEV <sub>1</sub> post: % / ml/seg																		
Valor del FEM (% l/min respecto al mejor)																			

(1) I: Impartido; A: Asimilado; NP: No procede;

(2) Cumplimentar SI o NO según proceda

**CRISIS ASMÁTICAS**

FECHA	TIPO DE CRISIS	SÍNTOMAS / FEM	TRATAMIENTO APLICADO	SOLICITA AYUDA MÉDICA

OBSERVACIONES:



Síntomas <sup>1</sup>	Fecha	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Nasales/Oculares																																	
Tos	Día																																
	Noche																																
Pitos																																	
Fatiga Ahogo	Día																																
	Noche																																

Medicación diaria	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Medicación de rescate	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

(1) Valoración de los Síntomas: 0= No síntomas; 1= Leves; 2= Moderados; 3= Intensos

## ANEXO III

### CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ASMA

#### ACTIVIDADES:

Nos gustaría que pensara en cómo el asma limita su vida. Sobre todo, estamos interesados en las actividades o cosas que ud. continúa haciendo pero que se ven limitadas debido al asma. Puede sentirse limitado porque estas actividades o cosas las hace con menos frecuencia, o no las hace tan bien, o disfruta menos cuando las hace. Tienen que ser actividades frecuentes e importantes en su vida diaria. También han de ser actividades que ud. pretenda llevar a cabo regularmente a lo largo del estudio. Por favor, piense en todas las actividades o cosas que ud. ha hecho durante las dos últimas semanas, en las cuales se sintió limitado debido al asma.

Esta es una lista de actividades o cosas en las cuales algunas personas con asma están limitadas. Esperamos que esto le ayude a identificar las 5 actividades más importantes en las que ud. se ha sentido limitado por el asma durante las 2 últimas semanas.

1. IR EN BICICLETA	15. HACER SU TRABAJO
2. LAVAR EL COCHE	16. HACER LA COMPRA
3. BAILAR	17. CANTAR
4. HACER BRICOLAJE	18. HACER SU VIDA SOCIAL NORMAL (SALIR, ETC)
5. HACER LAS TAREAS DEL HOGAR	19. TENER RELACIONES SEXUALES
6. TRABAJAR EN EL JARDÍN O EN EL HUERTO	20. DORMIR
7. CORRER, HACER EJERCICIO O HACER FOOTING	21. HABLAR
8. DARSE PRISA	22. SUBIR ESCALERAS CORRIENDO O CORRER CUESTA ARRIBA
9. FREIR	23. COCINAR
10. FREGAR EL SUELO	24. VISITAR A AMIGOS O FAMILIARES
11. CORTAR EL CÉSPED	25. PASEAR
12. JUGAR CON ANIMALES DOMÉSTICOS	26. SUBIR ESCALERAS O UNA CUESTA (SIN CORRER)
13. JUGAR CON NIÑOS	27. JUGAR A LA PETANCA O A LOS BOLOS
14. HACER DEPORTE	28. CONDUCIR













## ANEXO IV

### CONSEJOS PARA EVITACIÓN DE FACTORES DESENCADENANTES

#### Medidas de evitación de pólenes

Medidas a tener en cuenta durante las épocas de polinización:

- Procurar salir lo menos posible los días de viento secos y soleados
- Evitar salir al campo y hacer ejercicio al aire libre
- Si viaja en moto utilizar casco integral
- Viajar con las ventanillas del coche cerradas, con filtros en el aire acondicionado
- Usar gafas de sol con protección lateral para salir a la calle
- Ventilar la vivienda unos 15 minutos/día
- Informarse del calendario de polinización de su provincia

#### Medidas de evitación de ácaros del polvo

- Evitar mobiliario o utensilios que acumulen polvo (moquetas, alfombras, peluches...)
- Limpiar los muebles con un paño humedecido en agua.
- No utilizar escoba, mejor aspiradora. En caso de no disponer de ella utilice mopa
- Cambiar la ropa de cama 1 – 2 veces/sem, lavar a temperatura de 60° C
- Usar fundas antiácaros para el colchón y almohadas
- Evitar mantas (mejor edredón nórdico tipo acrílico)
- Ventilar cada día la vivienda
- Utilizar acaricidas en colchones y sofás como mínimo 2 veces al año, sobre todo en primavera y otoño, a ser posible que lo haga otra persona.

#### Medidas de evitación de hongos

- En el exterior:
  - Evitar pasear por bosques húmedos en otoño e invierno (caída de hoja)
  - No remover ni barrer hojas húmedas acumuladas
  - No visitar graneros, bodegas o sótanos
- En el domicilio:
  - Reducir la humedad ambiental en la vivienda (por debajo del 50%)
  - Incrementar la ventilación en estancias oscuras y húmedas de la casa
  - Evitar manchas de humedad en paredes y ventanas
  - En los cuartos de baño hay que tener especial cuidado con las toallas húmedas
  - Evitar excesos de plantas en el interior
  - Limpieza meticulosa de los filtros de aire acondicionado y deshumificadores
  - No almacenar bolsas de basura

#### Medidas de evitación de epitelios de animales

- En la medida de lo posible no tener animales con pelo en la vivienda
- Realizar posteriormente una limpieza exhaustiva de la casa, recordar que a pesar de ello el alérgeno se mantendrá casi 6 meses hasta que se erradique del todo.
- Lavarse las manos y cambiarse de ropa después de haber tenido contacto con un animal.
- Elegir una mascota sin pelos ni plumas, ej.: Un pez, una tortuga, ...
- En caso de mantener el animal evitar que entre en la habitación y lavarlo 1 vez/sem., a ser posible no por la persona alérgica utilizando productos específicos que disminuyen la carga alérgica (Allerpet®)