

Asma: Avanzando en la coordinación

Oviedo, 15 de enero de 2014

26 puntos clave en el ASMA

Grupo de Coordinación en Asma
Isabel Mora Gandarillas. CS Infiesto

Propuesta grupo de trabajo



39 puntos clave iniciales



Priorización por consenso
Agrupación



26 puntos clave finales



5 áreas

- A. Organización de la asistencia y recursos
- B. Diagnóstico
- C. Tratamiento de la agudización
- D. Tratamiento preventivo
- E. Educación

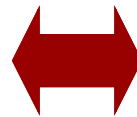
A. Organización de la asistencia y recursos

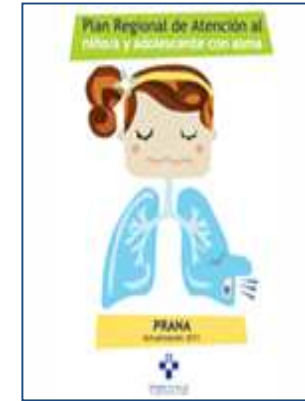
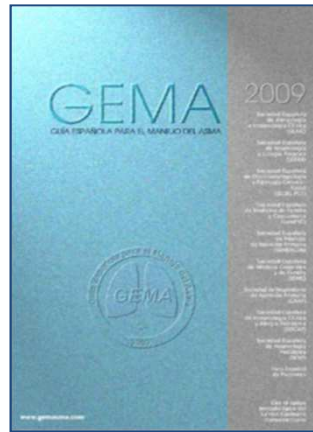
1

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 compartirá con el nivel hospitalario






Seguir las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica, mejora la **calidad** de la atención y aumenta la **seguridad** del paciente con asma

La **formación continuada conjunta** de todos los profesionales que atienden al asma, puede mejorar la coordinación asistencial


Asma Infantil: Mejorando la Coordinación

ORGANIZA:
Comisión de Enlace entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria
ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA DE PEDIATRÍA, HUCA

CON LA COLABORACIÓN DE:
Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria



FECHA Y LUGAR DE CELEBRACIÓN:
1.º Encuentro: Miércoles, 25 de abril de 2012, a las 16:30 horas
Propuestas de mejora. Actualización del tratamiento del asma
Salón de Actos del Hospital General, HUCA
2.º Encuentro: Martes, 15 de mayo de 2012, a las 16:30 horas
Taller de dispositivos de inhalación
Salón de Actos del Hospital General, HUCA



**SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS**

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS
Operativo del lunes al viernes

25 ABRIL

16:30 h. **BIENVENIDA AL ENCUENTRO**
Dr. **FERNANDO SINTOS RODRÍGUEZ**
Director del Programa de Atención Clínica (PAC) de Pediatría, HUCA.

GRUPO DE TRABAJO: COORDINACIÓN EN LA ATENCIÓN AL ASMA INFANTIL

PRESENTACIÓN
Dña. **M.º ANGELES DE MIGUEL MILLÉN**
Neumóloga Infantil, PISC de Pediatría, HUCA.

16:40 h. **PROPUESTAS DE MEJORA DE COORDINACIÓN EN LA ATENCIÓN AL ASMA INFANTIL**
Dra. **M.º AGUSTINA ALONSO RIVERA**
Pediatra, Hospital de Especialización PISC de Pediatría, HUCA.

17:00 h. **DEBATE**

17:45 h. **PAUSA-CAFÉ**

18:00 h. **ACTUALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO EN EL ASMA INFANTIL**

- **ABORDAJE DE LA AGUDIZACIÓN**
Dra. **ISABEL MORÁN GONZÁLEZ**
Pediatra de FP del Área Sanitaria VI, C. de Salud de Villavieja
- **ASISTENCIA AL ASMA GRAVE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**
Dr. **ROBERTO MEDINA VILANUEVA**
UICU PISC Pediatría, HUCA.
- **TRATAMIENTO CONTROLADOR Y SEGUIMIENTO**
Dr. **FRANCISCO RIVERA CERO**
Pediatra Hospital de Geriátricos.

MODERADORAS
M.º **AGUSTINA ALONSO RIVERA** y Dra. **M.º ANGELES DE MIGUEL MILLÉN**

19:00 h. **DEBATE Y DISCUSIÓN**

19:30 h. **CLUSURA 1.º ENCUENTRO**

P R O G R A M A

15 MAYO

16:30 h. **MANEJO DE DISPOSITIVOS DE INHALACIÓN**
EXPOSICIÓN TÉCNICA

16:50 h. **TALLER 1: INDI Y CÁMIBERS ESPARCIDORAS**
TALLER 2: SISTEMAS DE INHALACIÓN DE POLVO SECO

PONENTES
Dña. **LIDIA GONZÁLEZ GUERRA**
Consultante de Pediatría, Centro de Salud de Oreo, Área Sanitaria II.

Dña. **GLORIA SARA RIVERA DEL MARZANO**
Unidad de Pediatría, PISC de Pediatría, HUCA.

Dña. **M.º ANTONIA VIZQUEZ PARRA**
Consultante de Neumología y Pediatría Infantil, PISC Pediatría, HUCA.

Dña. **MERCEDES VEGA FIGUEROA**
Planta Hospitalización, PISC Pediatría, HUCA.

Los talleres se realizarán en grupos (máximo 10 personas) de forma rotatoria.
Se ruega confirmar asistencia o los talleres en el correo: oreo.pediatria@huca@ccimh.com, antes del 30 de abril

En cada centro, los profesionales deben comprobar que se dispone de los **recursos** necesarios para realizar el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento



B. Diagnóstico

El diagnóstico del asma es clínico, pero siempre se debe tratar de confirmar a nivel **funcional**



C. Tratamiento de la agudización

La vía de administración de fármacos broncodilatadores en el asma es la **inhalatoria**



Los broncodilatadores orales **NO** están indicados en el asma



Los β_2 agonistas adrenérgicos de acción corta tienen un tiempo máximo de acción de **6 horas**

10

La vía de elección para administrar fármacos es:

Crisis leve



Salbutamol con cámara espaciadora

Crisis moderada

A blue downward-pointing arrow indicating a flow from the 'Crisis moderada' box to the treatment boxes below.

Corticoide oral

Salbutamol con cámara espaciadora

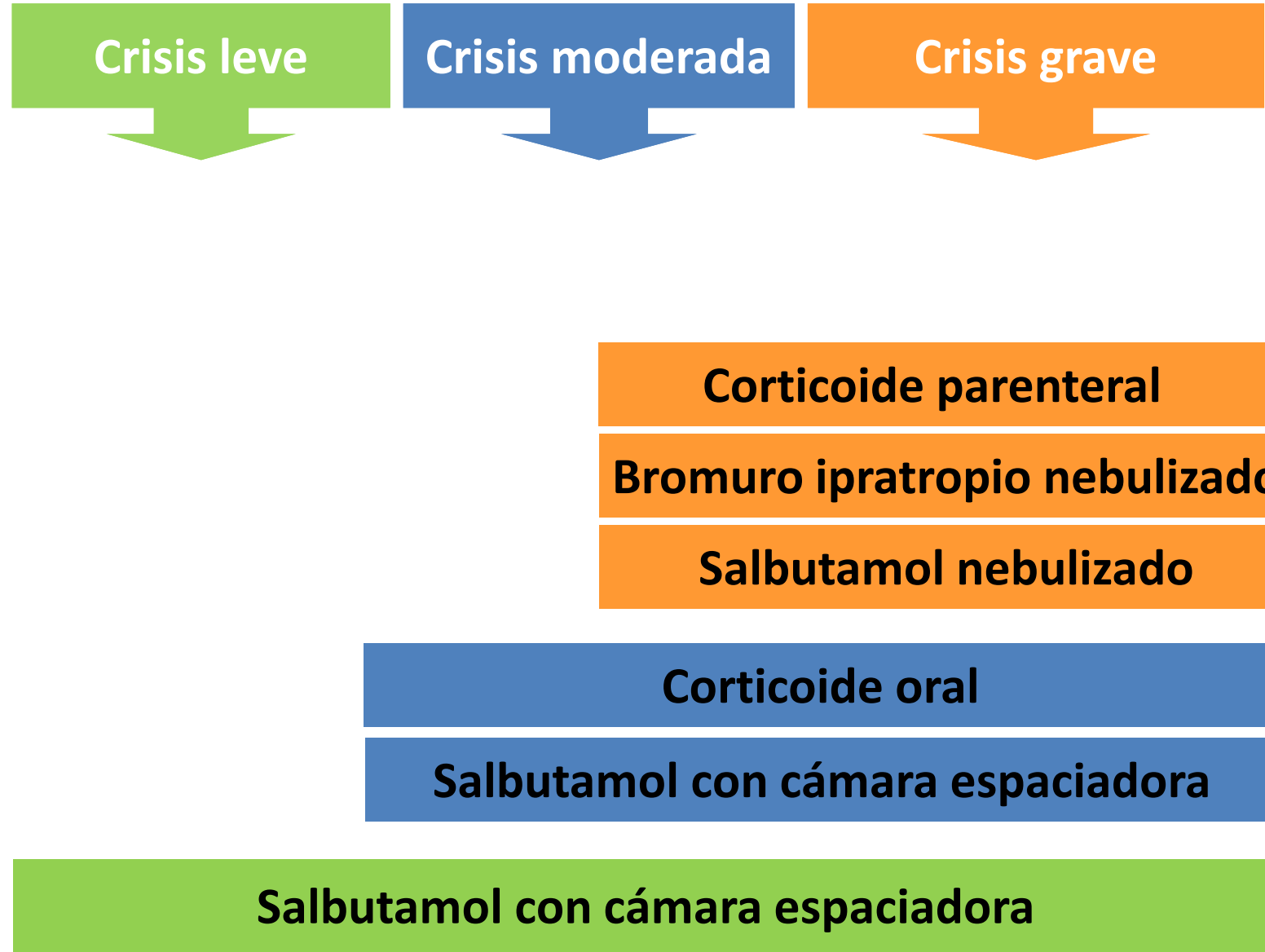
Crisis grave

```
graph TD; A[Crisis grave] --> B[Corticoide parenteral]; A --> C[Bromuro ipratropio nebulizado]; A --> D[Salbutamol nebulizado];
```

Corticoide parenteral

Bromuro ipratropio nebulizado

Salbutamol nebulizado



Los corticoides inhalados:

- ✓ No sustituyen a los corticoides orales cuando estos están indicados en la crisis
- ✓ No deben suspenderse en las crisis

No es necesario hacer disminución progresiva hasta la suspensión de los **corticoides orales** utilizados en la crisis asmática, si se administran **menos de 10 días**

Los niños con crisis de asma e hipoxemia deben recibir **oxigenoterapia** en el traslado al hospital



En crisis de asma valoradas en urgencias, se aconsejara revisión por su **pediatra en 24-48 horas** según la gravedad de las mismas



D. Tratamiento preventivo

Si está indicado iniciar tratamiento controlador, los **corticoides inhalados** son los fármacos de **elección** a cualquier edad

Se debe comprobar la **adherencia** al tratamiento, la técnica **inhalatoria** y la evitación de **desencadenantes** antes de aumentar un escalón de tratamiento



CI dosis medias + BAAL* en ≥ 5 a
CI dosis medias + AL en < 5 a**

CI dosis medias

Corticoides inhalados (CI) dosis bajas

* $\beta 2$ agonistas de acción larga. ** antileucotrienos

No debe iniciarse la disminución de los corticoides inhalados hasta que el paciente lleve un tiempo mínimo de **3 meses con buen control**

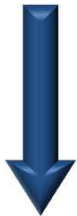


CI dosis medias + BAAL* en ≥ 5 a
CI dosis medias + AL** en < 5 a

CI dosis medias

Corticoides inhalados (CI) dosis bajas

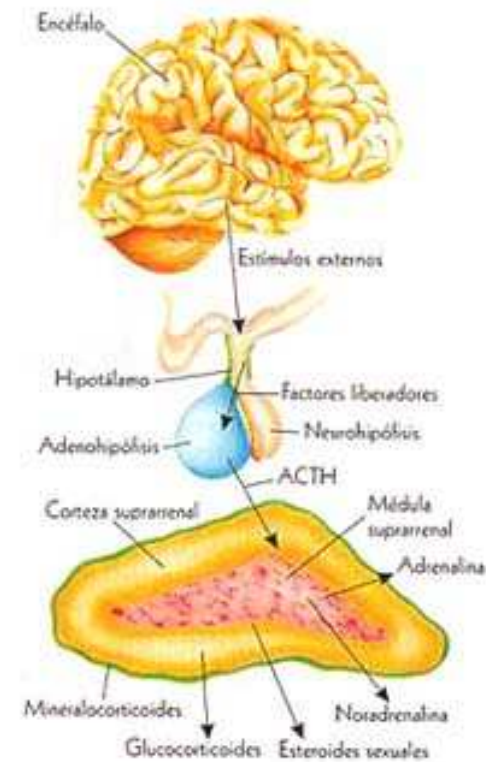
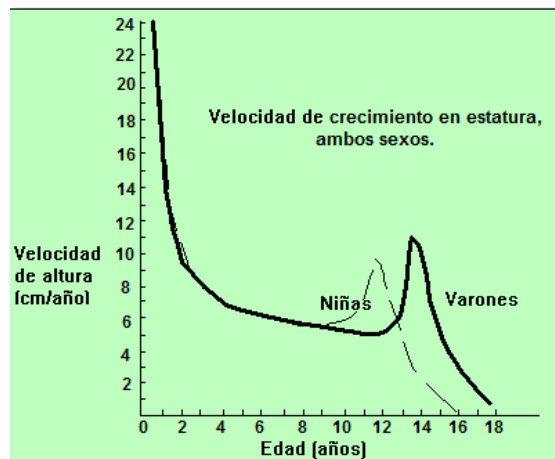
Se puede plantear la suspensión del tratamiento preventivo cuando el paciente lleva un año bien controlado con **dosis bajas de corticoides una vez al día**



Corticoides inhalados (CI) dosis bajas

Agonistas β_2 de acción corta a demanda

Vigilar los **efectos sistémicos** en los niños que reciben más de 3 ciclos/año de corticoides orales o corticoides inhalados a dosis altas.



E. Educación

La educación en el asma **mejora el control y la calidad de vida** de los niños y sus familias

Las familias:

- ✓ deben **conocer** y entender el diagnóstico de asma de sus hijos y sus implicaciones para la salud

- ✓ deben recibir formación y disponer **por escrito** de:
 - tratamiento precoz de la crisis de asma en domicilio
 - plan de autocontrol
 - informe para el centro escolar y/o deportivo

Todos los profesionales implicados deben realizar educación en el autocontrol del asma **en cada contacto** con el niño y la familia y comprobar el correcto manejo de la **medicación inhalada**



Documentos de **referencia** de estos puntos clave:

- ✓ Guía Británica asma 2012
- ✓ Gina 2012
- ✓ Guía Canadiense 2012
- ✓ Revisiones Cochrane
- ✓ GEMA 2009
- ✓ NAEPP 2007
- ✓ Documentos y protocolos del GVR

Grupo de coordinación en asma

Agustina Alonso Alvarez
Francisco J Fernández López
Lidia González Guerra
José R Gutiérrez Martínez
Angeles de Miguel Mallén (coordinadora)
Isabel Mora Gandarillas
Lucía Sánchez Cuervo
M^a Antonia Vázquez Piñera