

DOCUMENTO DE CONSENSO

SINERGIA PRIMARIA-ALERGOLOGÍA

SOCIEDAD CASTELLANO LEONESA DE MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA
SOCIEDAD CASTELLANO-LEONESA DE ALERGOLOGÍA E
INMUNOLOGÍA CLÍNICA **SCLAIC**

Reunión conjunta Reunión GdT Alergia

Valladolid, 25 de Junio de 2013

INDICE

| | |
|---------------------------------------------------------------|----|
| QUÉ HACEMOS EN ALERGIA..... | 3 |
| CARTERA DE SERVICIOS..... | 4 |
| INFORME DE INEFICIENCIAS..... | 6 |
| PROPUESTAS DE MEJORA. ANALISIS DAFO Y CAME..... | 18 |
| BIBLIOGRAFIA Y GUIAS ACTUALES..... | 30 |
| ANEXOS. | |
| 1. FICHAS DE PROCESOS..... | 34 |
| 2. INMUNOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA (documento) | |
| 3. APLICACIÓN INFROMÁTICA DE DERIVACIÓN DE ALERGIA A FÁRMACOS | |

DOCUMENTO DE CONSENSO ATENCIÓN PRIMARIA-ALERGIA. 25-06-2013
INFORMACIÓN DE DERIVACIONES A LA SECCIÓN DE ALERGIA



Sección de Alergología e Inmunología Clínica
Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Este es un documento provisional que deseamos sea de utilidad y nos ayude a coordinar nuestro trabajo. Está escrito con el mayor reconocimiento y respeto a vuestra labor, que consideramos esencial para nuestros pacientes. Comenzaremos experiencia piloto con el Hospital Universitario Río Hortega.

¿QUE HACEMOS EN NUESTRA SECCION DE ALERGIA?

Consultas externas de Alergología de adultos y niños.

La consulta de Alergología del Hospital Universitario Río Hortega es una consulta dedicada al diagnóstico y tratamiento de las Patologías Alérgicas y del Sistema Inmune del niño y del adulto. Tiene un perfil eminentemente clínico-analítico destinado a un tratamiento de calidad de estas enfermedades, respetando la sostenibilidad económica y basándonos en unos principios de equidad y eficiencia.

Esta consulta presta servicios a toda el área urbana y rural de Valladolid, realiza análisis específicos de la especialidad e imparte formación a residentes y cursos de formación continuada a alergólogos y otros profesionales en Jornadas de otoño anuales. También establece relaciones con empresas con I+D, para lograr una transferencia de sus resultados al sector productivo. Todo ello en el ámbito sanitario público, a petición de especialistas de Atención Primaria y otras especialidades.

Para los alergólogos es importantísimo una relación cordial y útil para nuestros pacientes que compartimos. A ellos va dirigida nuestra cartera de servicios:

CARTERA DE SERVICIOS (es similar en todos los servicios hospitalarios de CyL)

Alergología.

| PRESTACIÓN ASISTENCIAL | EQUIPAMIENTO |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CONSULTAS EXTERNAS. NIVEL 2. | |
| 1 AREA DE TEST IN VIVO | |
| 1.1 PRUEBAS CUTÁNEAS | |
| 1.1.1 Prick | - Panel de extractos alérgicos: neumolérgicos, alimentos, otros |
| 1.1.2 ID (Intradermorreacción) | - Panel de extractos alérgicos: neumolérgicos, alimentos, otros |
| 1.1.3 Tuberculina | - Material específico para PPD |
| 1.1.4 Epicutáneas | - Panel de contactantes. True tests ALK-Abelló |
| 1.1.5 Fotoparche | - Panel de contactantes - Lámpara de rayos ultravioleta |
| 1.2 ESTUDIOS FUNCIONALES | |
| 1.2.1 Espirometría | - Espirómetro |
| 1.2.2 Espirometría forzada (curva flujo/volumen) | - Espirómetro |
| 1.2.3 Prueba de broncodilatación | - Espirómetro |
| 1.2.4 Monitorización de PFIN y PEF | - Medidores de PFIN - Medidores de PEF - Ordenador y soporte informático específico |
| 1.2.5 FENO | - Medidor de óxido nítrico exhalado |
| 1.3 PRUEBAS DE PROVOCACIÓN | |
| 1.3.1 Conjuntival | - Panel de extractos alérgicos |
| 1.3.2 Nasal | - Panel de extractos alérgicos |
| 1.3.3 Bronquial | - Panel de extractos alérgicos - Panel de extractos - Nebulizador y/o dosímetro - Medidores de PEF - Espirómetro - Ordenador y soporte informático específico |
| 1.3.4.1 Específica | -Batería de alérgenos para provocación inhalativa |
| 1.3.4.2 Inespecífica (metacolina, histamina, esfuerzo) | |
| 1.3.5 Oral | |
| 1.3.5.1 Alimentos | - Alimentos y útiles para su preparación (microondas, batidora, etc.) |
| 1.3.5.2 Aditivos | - Panel de aditivos |

| PRESTACIÓN ASISTENCIAL | EQUIPAMIENTO |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CONSULTAS EXTERNAS. NIVEL 2. | |
| 1.3.6 Ocupacional | - Cámara libre de alérgenos (Pletismografo en servicio de Respiratorio) - Generador de partículas - Equipo incluido en test de provocación bronquial |
| 2 ÁREA DE TEST IN VITRO. (Serología, nivel 1 e Investigación AC. Nivel 0) | |
| 2.1 Métodos de identificación, caracterización y preparación de alérgenos | -Material de laboratorio para filtrado, diálisis y purificación de fuentes alérgicas |
| 2.1.1 Inmunoblotting | - Fuente de alimentación eléctrica - Cámara de electroforesis - Material para realizar la transferencia |
| 2.1.2 Western-blot | - Fuente de alimentación eléctrica - Cámara de electroforesis - Material para realizar la transferencia |
| 2.1.3 ELISA (Enzimo-Inmuno-Análisis). | - Pipetas multicanales - Incubadora básica - Lector de placas |
| 2.1.4 SDS-PAGE | - Fuente de alimentación eléctrica - Cámara de electroforesis - Material para realizar la transferencia |
| 2.2 PREPARACIÓN DE ANTÍGENOS | |
| 2.2.1 Ultracentrifugación | - Ultracentrífuga |
| 2.3 METODOS DE CUANTIFICACIÓN DE IgE TOTAL | |
| 2.3.1 Inmunofluorescencia | InmunoCAP-FEIA.Upssala. Suecia. - Fluorímetro automatizado |
| 2.3.2. Fluorímetro multiple | CLA. Grifols. Panel 36 alérgenos. Anafilaxia. |
| 2.3.4 Inmunoblotting | - Fuente de alimentación eléctrica - Cámara de electroforesis - Material para realizar la transferencia |
| 2.3.5 Inmunodifusión (doble inmunodifusión y electroinmunodifusión) | - Equipo para la producción de geles - Cámara húmeda de incubación - Fuente de alimentación eléctrica |
| 2.3.7 Arrays. Proteómica | -Thermofisher. Phadia |
| Nanotecnología | -Lector molecular de alérgenos |
| 2.3.6 Microscopía de fluorescencia (directa e indirecta) | - Microscopio óptico con lámpara de fluorescencia |
| 3 UNIDAD DE MEDICAMENTOS, PROVOCACIONES E INMUNOTERAPIA. HOSPITAL DE DIA | |

| PRESTACIÓN ASISTENCIAL | EQUIPAMIENTO |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CONSULTAS EXTERNAS. NIVEL 2. | |
| 3.1 PRUEBAS CUTÁNEAS CON FÁRMACOS | |
| 3.1.1 Prick | - Panel de extractos alergénicos |
| 3.1.2 ID (Intradermorreacción) | - Panel de extractos alergénicos |
| 3.1.3 Epicutáneas | - Panel de contactantes (Trae-tests ALK) |
| 3.2 ADMINISTRACIÓN CONTROLADA | |
| | - Carro de reanimación cardiorespiratoria - Pulsioxímetro - Tensiómetro - Ordenador y soporte informático específico |
| 3.2.1 ORAL | |
| 3.2.2 Oral con AINES con monitorización funcional respiratoria precoz y tardía | |
| 3.2.3 Parenteral (subcutánea, intramuscular, intravenosa) | |
| 3.3 INDUCCIÓN DE TOLERANCIA (HIPOSENSIBILIZACIÓN) | - Carro de reanimación cardiorrespiratoria - Pulsioxímetro - Tensiómetro - Ordenador y soporte informático específico |
| 4 UNIDAD DE INMUNOTERAPIA | - Carro de reanimación cardiorespiratoria - Pulsioxímetro - Tensiómetro - Ordenador y soporte informático específico |
| 4.1 Inmunoterapia convencional | |
| 4.2 Inmunoterapia coestacional | |
| 4.3 Inmunoterapia rápida (venenos de himenópteros) | |
| 4.4 Inmunoterapia cluster | |
| 4.5 Inmunoterapia individualizada | -Basada en técnicas de diagnóstico molecular |

CARTERA DE SERVICIOS POR PATOLOGIAS

Área de enfermedad respiratoria alérgica y alergia conjuntival

- Rinitis alérgica y no alérgica. Rinosinusitis.
- Conjuntivitis alérgica
- Asma alérgica y no alérgica. Asma inducido por ejercicio, por AINES
- Asma en situaciones especiales (embarazo, deportistas, difícil control, etc)
- Asma laboral / ocupacional / profesional
- Neumonitis de hipersensibilidad
- Aspergilosis broncopulmonar alérgica

Área de alergia a medicamentos

- Antibióticos y otros anti-infecciosos
- Analgésicos y Antiinflamatorios no esteroideos
- Péptidos, proteínas y hormonas (Insulina, Heparinas, hormonas, etc)
- Anestésicos, quimioterápicos, etc.

Área de alergia a alimentos

- Proteínas de leche de vaca
- Huevo y fracciones proteicas
- Látex y alimentos relacionados
- Mariscos (crustáceos, cefalopodos, moluscos etc)
- Pescados, Anisakis simplex
- Frutos secos, frutas, cereales, carnes, verduras, legumbres.
- Aditivos, etc.

Área de urticaria, anafilaxia y alergia a himenópteros

1. Urticaria aguda y crónica
2. Urticarias físicas
3. Anafilaxia (reacción alérgica severa) inducida por alimentos, medicamentos, idiopática
4. Hipersensibilidad a veneno de abeja , veneno de avispa, otros.

Área de contacto / dermatitis

1. Urticaria de contacto
2. Dermatitis alérgica de contacto
3. Fotodermatitis alérgica de contacto
4. Dermatitis ocupacional
5. Dermatitis Atópica

Área de inmunodeficiencias primarias

1. Déficit de C1 inhibidor

INFORME DE INEFICIENCIAS ALERGIA-ATENCIÓN PRIMARIA Y SUS POSIBLES SOLUCIONES

SOCIEDAD CASTELLANO-LEONESA DE ALERGOLOGÍA E

INMUNOLOGÍA CLÍNICA: **SCLAIC**

14-02-2013

RESUMEN:

Las ideas plasmadas en este informe proceden de una encuesta realizada a través de nuestra página web de la SCLAIC a los 37 médicos alergólogos de Castilla y León sobre las ineficiencias recopiladas en sus distintos servicios. También hemos consultado a nuestras enfermeras, nuestros pacientes y varios médicos de Atención Primaria. Se han propuesto 10 estrategias de mejora tras análisis DAFO y CAME.

El mayor problema detectado es la demanda social y de nuestros pacientes de mas ágil y rápida atención e información especializada y en segundo lugar que utilicemos en su atención métodos de diagnóstico y fármacos más eficaces. Para los médicos de la SCLAIC lo más preocupante es mantener la calidad asistencial con los menores recursos económicos actuales y el superar la desmotivación y el clima de malestar que afrontamos. **Para los médicos de Familia lo más importante es ofrecer una asistencia al paciente lo más eficiente y eficaz posible derivada del fruto de una comunicación ágil y fluida con el médico especialista, aunando criterios de derivación y actuación con el fin de conseguir una mayor satisfacción profesional, personal y la del propio paciente.**

Nos causa también incertidumbre que se nos implique en unidades de gestión clínica, que es un término que se interpreta como otro problema al profesional, ya demasiado agobiado de tareas administrativas. Lo sentimos como un intento de implicación del médico en el control del gasto (del que ya estamos concienciados), argumento que siempre ha surgido ante momentos de crisis.

Los principales aspectos a corregir que vemos son la carencia de alianzas con Atención Primaria (AP) y otros servicios y la falta de sinergias entre dos diferentes Servicios y Centros.

Proponemos afrontar la competencia profesional apostando por la innovación y la calidad teniendo en cuenta una sostenibilidad económica. Para ello los especialistas, médicos de AP y los pacientes precisan ser informados del coste de todos los procesos, para concienciarse en una mas responsable contención del gasto. Los pacientes deben también de ser adiestrados en su autocuidado y respeto a los demás enfermos.

Entre las acciones a emprender para enmendar las ineficiencias detectadas destacamos el afianzamiento de alianzas con nuestros compañeros de AP (SOCALEMFYC, SEMERGEN, SEMFIC), otros profesionales y empresas. Buscar nuevas formas de gestión y financiación, apostar por el desarrollo tecnológico mas eficiente que sustituya y abarate los gastos del previo y

utilizar la investigación para lograr transferencias con el sector productivo y otros centros universitarios y privados de investigación que repercuta en beneficios económicos tangibles.

INTRODUCCIÓN

Los alergólogos de Castilla y León atendemos a una población dispersa con problemas de accesibilidad y problemas estructurales, con enfermedades crónicas y problemas sociales. A la escasez de recursos se añade el tener que disponer de nuevas tecnologías y fármacos que muchas veces se añaden y no sustituyen a los preexistentes.

Los nuevos tiempos obligan a que debamos de encontrar los métodos de diagnóstico más eficaces con los menores recursos económicos actuales.

Este análisis aspira a que los alergólogos de nuestra Comunidad puedan lograrlo mejorando nuestra conexión con los médicos de Familia, con los que compartimos nuestros enfermos y de donde derivan la mayoría de ellos. También mejorando la precisión diagnóstica y nuestra calidad clínica. Creemos firmemente que un mejor diagnóstico repercute en una mas rápida curación de paciente y un menor gasto farmacéutico y en revisiones, pues el tiempo es nuestro bien maspreciado.

Pero solos no podemos hacerlo y solicitamos la ayuda de nuestros compañeros de AP y de nuestros pacientes. Pretendemos que nuestros pacientes nos ayuden responsabilizándose en su auto-cuidado y seguimiento clínico. Que tanto ellos como nosotros conozcamos el gasto implicado en su atención. Que no saturen las consultas o las urgencias por síntomas alérgicos banales pues los medios existentes, los recursos, son limitados, pero son suyos, de los pacientes, no nuestros. Creemos que nuestros pacientes tienen la capacidad de usarlos con responsabilidad. Y nosotros el deber de informarles y ayudarles en su curación.

Pedimos ayuda a nuestros compañeros de AP para llegar a un objetivo de excelencia en las vertientes asistencial, docente e investigadora conjuntamente, lo que requiere grandes dosis de esfuerzo y capacidad de organización para adaptarse a las nuevas demandas y a la situación económica internacional que obliga a ajustar los costes.

Los alergólogos de Castilla y León afrontamos con mucha ilusión la

oportunidad de colaborar en proyectos de Atención Primaria y personalmente confío como presidenta de nuestra sociedad en ser capaz de sacar lo mejor de cada uno de los miembros de los diferentes Servicios de Alergia en cuanto a trabajo y desarrollo de sinergias con AP y otros profesionales. A todos ellos, a los compañeros sanitarios y pacientes les doy las gracias por su apoyo y opiniones para mejorar este análisis.

ASISTENCIA ALERGOLÓGICA EN ATENCIÓN PRIMARIA-ESPECIALIZADA. INEFICIENCIAS DETECTADAS:

Pasamos a enumerar brevemente los problemas más generales que hemos visto en la relación Primaria-Especializada y las posibles soluciones que hemos discutido en la reunión del 25 de Junio de 2013:

1. NUMEROSAS REVISIONES ENVIADAS POR CAUSAS BANALES OCUPAN EL TIEMPO DE ASISTENCIA DE NUEVOS PROCESOS

Más del 80% de consultas de revisión proceden de Atención Primaria, y podrían haber sido solucionadas por nuestros compañeros de AP si tuvieran más acceso a la información escrita sobre el paciente y a la toma de decisiones en cada posible eventualidad alergológica.

Soluciones:

- 1.** Compromiso por parte de los alergólogos de que todos los pacientes, tanto nuevos como revisiones **tengan un informe accesible** al médico de AP en un sistema de información (SICLINICA en Valladolid, AVERROES en Palencia...etc), donde se puntualice cuando es deseable la revisión y si ésta es **claramente necesaria**. Debe incluir medidas ante posibles eventualidades (recaídas, reacciones vacunales, dosis de continuación de vacuna). **El alergólogo debe mantener la medicación de rescate dada por el médico de familia y evitar sustituciones por equivalentes, con el fin de no desorientar al paciente.**
- 2.** En cuanto al tratamiento con inmunoterapia específica (vacunas) el médico de AP podría pautar las dosis de recuerdo pero para ello tendría que tener información concreta y escrita de que vacuna precisa continuación o dosis de recuerdo y cual no. Este punto debe quedar **claramente especificado en el informe y el médico de AP** debe antes de darnos su consentimiento. **El médico de AP podría citar a la consulta de Alergia al paciente cuando esté por el último frasco de tratamiento de inicio. Se añade un informe sobre inmunoterapia que será difundido a AP.**
- 3.** Debemos de disponer de una **dirección de correo electrónico** abierta para recoger mensajes de nuestros compañeros de AP. Muchas revisiones se solucionarían con sólo una breve consulta por escrito, en un tiempo que permita meditar adecuadamente la respuesta. A este respecto ya hemos recibido los E-mails de parte de

los médicos de AP con los que compartimos pacientes, y ellos deben de tener los nuestros, pero se precisa tiempo para contestarles.

Desde el punto de vista de nuestra sociedad SCLAIC, nuestras direcciones se pueden recabar en nuestra página web: www.sclaic.es

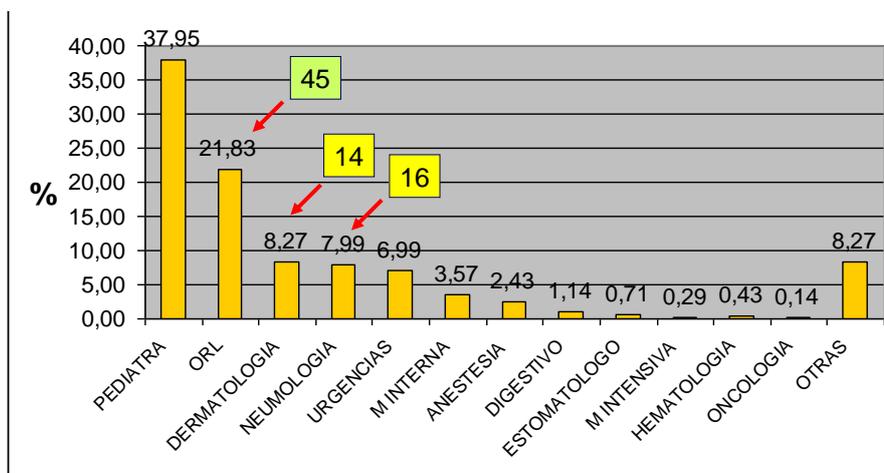
En esta página están incluidas todas las guías terapéuticas, información para pacientes y para profesionales, También tiene enlace a twitter y face book.

- 4. El especialista de Alergia debe de tener un tiempo de al menos 1 hora por día para resolver consultas de AP y viceversa. Este gasto temporal se vería rápidamente compensado por un menor uso de los recursos.
- 2. NO HAY SUFICIENTE COMUNICACIÓN, TIEMPO NI VIAS DE INTERCAMBIO CON LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA CON LOS QUE COMPARTIMOS PACIENTES**

La mayoría de nuestros pacientes son derivados de Atención Primaria y Pediatría. Para mejorar y utilizar conjuntamente los recursos, no duplicando gastos en análisis y exploraciones, estas se deberían planificar de forma conjunta.

En la actualidad existe una duplicación de datos y analítica innecesaria, por ejemplo, nuestros compañeros de AP piden determinaciones de IgE específica a varios pólenes con comunidad antigénica, siendo solamente suficiente una determinación. Otros datos analíticos útiles para el diagnóstico y más rentables no se solicitan y debemos de hacer nuevas extracciones al paciente, que en el caso de ser lactantes es más delicado.

DERIVACIÓN DESDE ESPECIALIDADES



Soluciones

1. Proponemos hacer protocolos claros de derivación de los procesos alergológicos mas frecuentes. Lo mas fácil sería incluir en la misma hoja que el documento de derivación, en la parte de atrás, unas normas simples, que pueden mejorar mucho la eficiencia:

QUÉ NO VEMOS EN LA SECCIÓN DE ALERGIA

1. Migrañas
2. Dispepsias inespecíficas sin relación con un alimento
3. Reacciones a fármacos encuadradas en sus efectos secundarios conocidos y detallados en ficha técnica o vademécum
4. Cuadros catarrales limitados
5. Infecciones respiratorias, oculares, óticas.
6. Dermatitis no encuadradas en la clínica de la dermatitis atópica o de contacto.

NORMAS BÁSICAS DE DERIVACIÓN

1. En el caso de una reacción adversa a un fármaco no enviar al paciente antes de un mes de la reacción para evitar diagnósticos falsamente negativos ni reevaluaciones
 2. No enviar los pacientes con urticaria aguda. Poner tratamiento y esperar a poder realizar las pruebas después de un mes de dejar los antihistamínicos
 3. No enviar a un paciente a reevaluación de pruebas a medicamentos si estas están previamente realizadas en un periodo menor de 10 años.
 4. No enviar pacientes por descartar patología alérgica a medicamentos sin ninguna reacción previa, ni por que lo padecieran sus familiares
 5. Ante la sospecha de anafilaxia por *anisakis*, aconsejar retirada completa de pescado, marisco y cefalópodos y derivar para la realización de pruebas.
 6. No suspender una pauta de tolerancia a un alimento sin consulta preferente a Alergia, en el caso de que la clínica observada no parezca relacionada.
 7. Enviar al paciente con cita para seguimiento de inmunoterapia cuando estén a la mitad de la pauta, para evitar interrupciones.
 8. Enviar las pruebas de contacto en meses no estivales pues se estropean con el sudor.
 9. Cuando sea posible, derivar al paciente cuando no esté tomando antihistamínicos.
 10. En caso de anafilaxia, derivación urgente
-
2. Estas normas de derivación deben ser explicadas claramente a los compañeros por médicos de familia por lo que se debe de disponer de al menos 1 día cada trimestre para rotaciones informativas por los diferentes centros de salud. Ver anexos.

3. En determinados casos los médicos de AP y Pediatría pueden adelantar ciertas determinaciones que son de utilidad para el especialista, pero en la mayoría de las ocasiones es más operativo que las determinaciones analíticas alergológicas sean pedidas por el alergólogo por que así son más dirigidas y se consigue un ahorro de molestias al enfermo y de recursos disponibles.
4. La patología alérgica por fármacos requiere un estudio diagnóstico complejo, con riesgo para el paciente (provocaciones) para lo que se necesitan sucesivas citas y consumo de tiempo y recursos. A partir de los datos de la historia clínica de una supuesta reacción alérgica a medicamentos, es posible establecer la probabilidad de que dicha reacción sea debida al fármaco implicado. La Dra. Beatriz Hierro, alergóloga de Salamanca y su marido Javier (especialista en Medicina Preventiva, Epidemiología y programas informáticos, han desarrollado una aplicación informática en la que a partir de 10 variables simples sobre el paciente se obtiene un porcentaje de utilidad práctica de su posible derivación a Alergia. Para ello se utilizará un modelo predictivo basado en la regresión logística binaria, Este programa está probado en 900 pacientes y se va a difundir a todos los médicos de familia que lo quieran probar. Además de su utilidad práctica es fácil deducir que sus resultados serán base de múltiples trabajos de investigación, a los que los médicos de familia tienen escaso acceso. (ver anexos adjuntos)

3. NUMEROSAS LLAMADAS TELEFÓNICAS DE PACIENTES SE ATIENDEN SIN EL SUFICIENTE RIGOR Y ENTORPECEN LA CONSULTA A LOS PACIENTES CITADOS

Tras recogida de llamadas durante un mes hemos podido constatar que se reciben una media de 36 llamadas diarias de pacientes.

Muchas no pueden ser atendidas pero otras si se atienden a veces mientras tenemos un paciente citado dentro de la consulta. La atención se deriva al paciente que llama en perjuicio del citado y presente, que se siente desatendido y testigo de un cuadro clínico que no debiera conocer por la ley de protección de datos.

Para contestar al paciente que llama debemos de salir de la historia del paciente que estamos atendiendo, abrir la del demandante de atención a su criterio urgente y retrasar el acto clínico. La respuesta suele ser rápida, a veces improvisada y con grandes posibilidades de error.

Soluciones:

1. Las llamadas telefónicas deben ser atendidas por personal administrativo (secretaria) apuntando únicamente el teléfono móvil del paciente y el motivo escueto de su llamada. El médico debe de tener al menos 1 hora de su horario laboral, después de la consulta, para resolver personalmente estas llamadas.
2. Hemos objetivado que los pacientes agradecen mucho la llamada personal del médico en un estado de mayor disponibilidad y atención.

4. PACIENTES ACUDEN DE FORMA ESPONTANEA (SIN CITA) A LAS CONSULTAS Y ESPERAN UNA SOLUCION URGENTE A SU PROBLEMA EN EL PASILLO.

Los pacientes que acuden ante cualquier demanda (**a su criterio urgente**) y esperan en el pasillo permanecen a la espera de que el médico salga a llamar a los pacientes citados y en ese momento abordarle.

A veces disputan con el paciente citado y llamado en la puerta de la consulta por entrar al interior. Consideran que su demanda sólo va a llevar unos minutos y que el paciente citado les debe dar prioridad, pero esto no siempre es así y en muchas ocasiones se increpan o discuten.

El médico debe actuar de árbitro ante esta tensa situación.

Soluciones

- 1.** El paciente debe de tener muy claro que no se le atenderá en el pasillo ante ninguna circunstancia (exceptuando los imponderables como desvanecimientos o indisposiciones en la sala de espera).
- 2.** Para ello debe estar informado. Esta información se recalcará en la hoja de citación y en un cartel escrito en cada consulta.
- 3.** Debe especificarse que si ocurre una emergencia el lugar adecuado de atención es el Servicio de Urgencias, donde solemos acudir casi todos los días a atender enfermos alérgicos cuando nuestros compañeros de urgencias así nos lo demandan.
- 4.** Existe una situación especial que es cuando un paciente tratado con inmunoterapia sufre una reacción adversa. En este caso puede ser atendido en la unidad de inmunoterapia del Hospital de día y el médico prescriptor avisado del evento adverso. El es el que debe resolver el problema.
- 5.** Otra situación es cuando el paciente necesita dosis de recuerdo de vacuna. En el caso de un enfermo con inmunoterapia debe de existir una cita de revisión para cuando el alergólogo que ha prescrito esta vacuna calcule que está a punto de acabar, o bien decidirlo el médico de AP que está colaborando en su administración.
- 6.** Otra posibilidad sería que el médico de AP pudiera prescribir dosis de recuerdo de acuerdo con el especialista. Esto tiene que quedar claro en el informe.

5. MUCHOS ENFERMOS CITADOS COMO NUEVOS SON EN REALIDAD REVISIONES QUE ACUDEN A UNA SEGUNDA, (3ª, 4ª o 5ª) OPINION.

Tenemos la sensación de que muchos pacientes que acuden como nuevos a nuestra consulta ya han sido vistos con anterioridad por nuestros compañeros especialistas en un tiempo reciente. Para confirmar esta suposición se ha realizado una recogida de datos de consulta de un mes de duración comprobando si cada enfermo nuevo había sido ya atendido desde el punto de vista alergológico por otro especialista.

Se ha podido constatar que un 36% de nuestros pacientes nuevos buscaban una segunda opinión, un 20% una 3ª opinión y un 15% una cuarta opinión.

Esto conlleva un retraso en la atención de pacientes nunca atendidos, posiblemente urgentes y un consumo innecesario de recursos.

SOLUCIONES

1. Debe quedar claro e informar a los pacientes que no se estudiará al paciente como nuevo si ha recibido atención especializada en los dos años previos, y que sólo se admitirá una segunda opinión si el médico de AP lo considera oportuno por el mal curso clínico o si el paciente hace un escrito explicando sus motivos, que deben ser aceptables.
2. Por otra parte es más operativo que el mismo médico siempre trate a un determinado paciente, aunque el proceso alergológico sea nuevo.

6. ALGUNOS PACIENTES SON DADOS DE ALTA SIN COMPLETA RESOLUCION DE SU PROBLEMA CLINICO

En ocasiones el paciente no presenta una mejoría clínica objetiva ni subjetiva y es dado de alta. En otras ocasiones no se realiza ninguna modificación con respecto al tratamiento ofertado en atención primaria y el paciente queda descontento después de ser dado de alta.

Soluciones

El alta se debe dar al paciente una vez explicado que no podemos hacer honestamente nada más para mejorar su clínica. Este dato debe de constar en el informe.

7. LOS ESTUDIANTES PRECISAN UN TIEMPO DE DOCENCIA A RESIDENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA IMPOSIBLE DE IMPARTIR ANTE LA MASIFICACION DE PACIENTES

Nuestra especialidad contiene una labor Docente con dos vertientes: docencia a residentes de nuestra especialidad y otras especialidades que rotan por nuestra Sección (Respiratorio, Pediatría, ORL..) y por otro lado se imparte docencia y prácticas a alumnos de la Facultad de Medicina. En el momento actual el tiempo destinado por enfermo impide cualquier acto académico ni atención docente adecuada.

Soluciones

1. El especialista que tenga a su cargo residentes o alumnos debe de tener más tiempo para la docencia.
2. Se debe tener con antelación un calendario docente y el especialista responsable de dar docencia debe tener menor carga asistencial durante ese periodo.

8. NUMEROSAS INTERFERENCIAS EN LA CONSULTA PIDIENDO RECETAS O DOSIS DE CONTINUACION DE VACUNA ENTORPECEN LA ASISTENCIA Y AUMENTAN LA POSIBILIDAD DE ERROR

Hasta el momento actual el especialista de Alergia debe de cumplimentar las recetas de inicio y continuación de inmunoterapia y todos los días aparecen sin cita muchos enfermos pidiendo estas recetas. Tienen que esperar a que el especialista disponga de algún tiempo entre paciente y paciente.

Soluciones

1. La inmunoterapia que precise dosis de recuerdo debe de ser especificada en el informe clínico.
2. El médico de AP podría pautar las dosis de recuerdo pero para ello tendría que tener información concreta (Ver anexo adjunto) y escrita de que vacuna precisa continuación o dosis de recuerdo y cual no. Este punto debe quedar **claramente especificado en el informe y consensuado con el médico de AP.**
3. Se debe instruir a los médicos de AP en las distintas modalidades de inmunoterapia y como podemos ayudarnos, mediante reuniones informativas en los distintos centros de salud.

9. EL SISTEMA INFORMÁTICO ACTUAL NO SIRVE COMO BASE DE DATOS PARA ANALIZAR LOS PROBLEMAS CLÍNICOS MAS IMPORTANTES

En la actualidad nuestro sistema informático funciona solamente como agenda de consultas y exploraciones pero no se puede explotar para estrategias de mejora por que no tiene las prestaciones de una base de datos.

Soluciones

1. Se debe dar la oportunidad de introducir en cada servicio bases de datos que permitan analizar cuales son los problemas de salud mas relevantes de nuestra especialidad.
2. La información estadística actualizada desde el punto de vista del diagnóstico y tratamientos útiles es fundamental en el uso mas adecuado de los recursos.

10. NO HAY PROTOCOLOS UNIFORMES Y SENCILLOS QUE FACILITEN LA DERIVACIÓN DE LAS DIFERENTES PATOLOGÍAS ALERGOLÓGICAS.

Este punto es consecuencia del anterior y su única solución es la información y contacto entre los diferentes especialistas.

Así como ha sido muy útil que el médico de Familia acceda a la información especializada por medio de Siclínica sería útil que el especialista tuviera acceso a la historia de AP.

La utilización de los correos electrónicos para cualquier modificación o aclaración que resulte necesaria sería muy útil y ya tenemos los correos de la mayoría de compañeros de AP en la actualidad.

RELACIONES CON LA UNIVERSIDAD

Muchos de los problemas de sobrecarga y errores de derivación, así como de diagnóstico tardío o ineficaz de los problemas alergológicos se deben a la inexistencia de formación universitaria sobre patologías alérgicas. En la actualidad tan sólo existen en nuestra comunidad un catedrático y un profesor titular impartiendo clases de alergología. Dar unas pautas básicas de diagnóstico y tratamiento alergológico a los estudiantes de Medicina es fundamental.

Como paradigma, la alergia a medicamentos debería ser conocida por todo futuro médico que obviamente va a utilizar fármacos. Hay que tener en cuenta que en la actualidad sólo en Valladolid asistimos alrededor de 10.000 pacientes alérgicos al año, de los cuales un 34% son por eventos adversos por fármacos. No tenemos estadística hospitalaria, pero casi la totalidad de interconsultas que recibimos es por este motivo.

Según publica el Ministerio de Sanidad en el estudio ENEAS los medicamentos son la primera causa de eventos adversos ligados a la Hospitalización.

http://www.msc.es/organizacion/sms/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf.

En este segundo capítulo se analizan las propuestas de mejora siguiendo análisis DAFO y CAME, teniendo en cuenta las posibles soluciones comentadas previamente y se adjuntan las fichas de los principales procesos. Se establecen indicadores para valorar si las medidas aplicadas han sido útiles. Proponemos analizar a partir de la fecha en que estas medidas tengan difusión a todos los médicos de AP. Por ejemplo, si fueran el 1de octubre de 2013 se valorarían el 1 de octubre de 2014.

F. PROPUESTAS DE MEJORA PARA LA ATENCIÓN AP-ESPECIALIZADA EN ALERGIA. ANÁLISIS DAFO Y CAME

1. ANÁLISIS DAFO

Para el análisis estratégico es muy útil la herramienta DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas, oportunidades). A continuación se describe el análisis estratégico de la situación de la especialidad de Alergología en Castilla y León, junto con los objetivos generales y las estrategias y planes de actuación dirigidos a mejorar cada una de las actividades que esta unidad desarrolla. Cuando ha sido posible se han incluido también los indicadores evaluables de estos planes.

ANÁLISIS DAFO

Metodología de estudio para definir la situación competitiva de una organización/proceso. Las debilidades y fortalezas se derivan de características internas a la organización; las amenazas y oportunidades se derivan del entorno en el que se mueve la organización.



ASISTENCIA ALERGOLÓGICA

ASISTENCIA EN LAS CONSULTAS EXTERNAS

1) Análisis DAFO

a) Fortalezas

- Gran experiencia asistencial de los médicos alergólogos y de las enfermeras por formación
- Gran capacidad de trabajo
- Cada paciente en seguimiento siempre es atendido en lo posible por el mismo médico.
- Sistema de información experimentado, flexible, adaptable a las nuevas demandas y compatible con los sistemas centrales. Facilita las estrategias de recogida sistemática de datos clínicos, pautas de tratamiento comunes y emisión de informes clínicos.
- Reconocimiento de la importancia de la Alergología por especialistas de AP.

b) Debilidades

- Saturación de las agendas por la presión asistencial
- Las estrategias que priorizan la asistencia a los pacientes nuevos retrasan las consultas de resultados o impiden las sucesivas a corto plazo, habitualmente con más gravedad o con más posibilidades de beneficiarse del tratamiento especializado.
- La antigüedad de los distintos servicios y secciones de Alergia explica el importante volumen de pacientes crónicos de larga evolución.
- Unidades disgregadas: médicos que pasan consulta en el hospital mientras otros compañeros la pasan en centros de AP por insuficientes espacios de consulta de mañana en el hospital.
- Insuficiente práctica de técnicas por falta de tiempo. Se hacen en la propia consulta sin ser contabilizadas ni facilitarse un tiempo adicional para ellas (estudios moleculares, de alérgenos, técnicas en colaboración con otros Servicios, etc.). Los resultados de estudios de arrays, analíticas urgentes de anestésicos y otros fármacos esenciales para el tratamiento de enfermos ingresados no están informatizadas.
- Insuficientes consentimientos informados y desigualmente solicitados
- Insuficientes protocolos de tratamiento propios o aceptados
- Dificultades de asistencia plena a las sesiones clínicas
- Escasas enfermeras para la gran sobrecarga.
- Las capacidades y competencias profesionales de las enfermeras están desaprovechadas

c) Amenazas

- Presión asistencial excesiva y creciente. Se prevé un aumento de la demanda como consecuencia del progresivo aumento de la población alérgica, la alta prevalencia de alergia a fármacos, la incorporación de emigrantes al área y el encarecimiento de la medicina privada. Hay que notar que el exceso de oferta conlleva un aumento de la demanda que puede ser injustificada y que requiere un análisis pormenorizado para optimizar recursos.

- Deficiente coordinación con Atención Primaria a efectos de criterios de derivación de pacientes. Los límites de la patología Alérgica son complejos, pero sí están bien definidos muchos de los procesos en los que cada especialista es más eficiente. Los pacientes con patología alérgica son referidos con frecuencia a otros especialistas y muchas veces simultáneamente, con el consiguiente consumo ineficiente de recursos. Existen también casos en los que el paciente es remitido a nuestro Servicio sin una demanda claramente justificada, con el consiguiente gasto innecesario e insatisfacción para el usuario.
- La docencia pregrado y postgrado retrasan la actividad asistencial.
- Gran parte del tiempo destinado a la asistencia se emplea en trámites administrativos.

d) Oportunidades

- Sistema informático ya rodado en diferentes hospitales
- Acceso a internet y a bases de datos desde las consultas
- Abundante documentación de protocolos, guías de práctica clínica, consentimientos informados, etc. de la Sociedad Española de Alergología o de otras sociedades científicas, en general de gran calidad.
- A partir de 2011 se explica la patología Alérgica en la Universidad por lo que se espera en el futuro derivaciones mas adecuadas.

Objetivos

Mejorar la efectividad de las consultas externas desde At. Primaria

Estrategia de mejora 1: Aumentar el porcentaje de las primeras consultas que son de alta resolución (alta) o que incluyen el resultado, aunque el informe se envíe por correo cuando se reciban las pruebas.

a) Planes de actuación:

- A partir de una fecha, escribir una carta personal única a cada médico de atención primaria cuando haga una solicitud de consulta externa. En la carta se le agradecería su confianza en la Sección de Alergología, se le indicaría la intención de potenciar las consultas de alta resolución y se le rogaría su colaboración para que los pacientes nuevos trajeran una anamnesis básica (no análisis ni radiografías) orientada a su sospecha clínica. Se mandarían las nuevas hojas de admisión a pacientes con los nuevos puntos de reivación incluidos. Para ser efectivo sería deseable un plazo de ejecución de 12 meses, tiempo que parece suficiente para contactar con al menos 50 médicos del área, entre los que con casi total seguridad estarían los de mayores hábitos de derivación.

- Informe por correo a su domicilio tan pronto como se reciban las pruebas, en el que se especifique brevemente el motivo de consulta, diagnóstico, tratamiento y médico responsable, con la posibilidad de incluir las pruebas relevantes o la necesidad de revisión. Para llevar al día esta actividad se requiere un alto grado de organización de la documentación, esfuerzo por parte del médico y tiempo específicamente dedicado a ello.

b) Indicadores:

- Primeras de alta resolución / primeras totales
- Número de pacientes de la Sección nuevos o sucesivos con demora en la emisión del informe superior a un mes tras la consulta, excluidos los que aún estén pendientes de resultados de pruebas

En el momento actual no se consideran operativas para reducir la lista de espera otras opciones "clásicas" de optimización de la consulta externa como son:

- Protocolos de derivación desde Atención Primaria, charlas o talleres en los centros de salud, o cursos de formación en Alergología. Se trata de actividades que pueden estar coordinadas por un alergólogo consultor o "de enlace" que son muy útiles para mejorar la relación y compartir conocimientos, pero de eficacia cuestionable para reducir el número de derivaciones.
- "Consultas de filtro": Se trata de consultas rápidas para detectar patología relevante, con pocas pruebas y poca documentación. Con frecuencia generan insatisfacción por parte del paciente, para el que lo más importante es su problema, tensiones con el médico que las atiende, decepción por parte del médico que las solicita y duplicidad del trabajo si el paciente requiere nueva cita por patología importante o por necesidad de informes complejos.
- Tampoco se considera factible como indicador el conciente Primeras sin cita para resultados/ primeras totales porque en el momento actual no existe forma de determinar cuando un determinado intervalo, por ejemplo 4 o 6 meses es el tiempo de espera para la consulta de resultados o es la fecha propuesta para la revisión.

Estrategia de mejora 2: Mejor aprovechamiento de los recursos técnicos y terapéuticos de la Sección (reducción de la variabilidad clínica):

a) Planes de actuación:

- Redacción o adaptación de protocolos diagnósticos o terapéuticos consensuados por todos los médicos de la Sección y la SEAIC (Sociedad Española de Alergia e Inmunología Clínica) y fácilmente evaluables.

- Indicador: Número de nuevos protocolos por año (Ej. tratamiento con inmunomoduladores, indicaciones de desensibilización, inmunoterapia, etc.
- Objetivo: Un protocolo por año
- Cumplimiento de protocolos al menos en sus apartados definidos de más estricta observancia.

b) Indicadores (respectivamente): Nº de protocolos nuevos por año y porcentaje de cumplimiento, respectivamente.

Estrategia de mejora 3: Potenciar la accesibilidad desde AP a las técnicas que dan mayor valor a nuestra especialidad: pruebas cutáneas, pruebas de función pulmonar, estudios in vitro, análisis moleculares. Exigen que sean contabilizadas en un registro común y consideradas como acto médico real por su complejidad.

- c) Planes de actuación:
- Registro común de técnicas con resultados en Siclínica:
 - Espirometrías
 - Niox (medida del óxido nítrico exhalado)
 - Estudios de fuentes alérgicas
 - Determinaciones urgentes de IgE específica
 - Estudios moleculares (arrays), pedidos por médicos de la Sección y normalmente demandados por otros Servicios (Respiratorio, Digestivo).
 - Aumentar el número de técnicas realizadas hasta todos los casos en los que sean necesarias.
- d) Indicador: Número total de cada una de las técnicas efectuadas en la Sección 1 año.

Estrategia de mejora 4: Potenciar la colaboración e intercambio de opiniones de médicos de AP sobre cuestiones clínicas

- e) Planes de actuación: Establecer sesiones clínicas regulares y registrarlas en un libro de actividades (incluye las de discusión de casos, bibliografía o protocolos).
- f) Indicador: Numero anual de sesiones clínicas registradas en un libro de actividades (incluye las de discusión de casos, bibliografía o protocolos). Número de trabajos de investigación (comunicaciones, publicaciones conjuntas AP-Alergia)

Estrategia de mejora 5: Potenciar el conocimiento por AP y por los pacientes de los consentimientos informados para técnicas, procedimientos y tratamientos que lo requieran. Si el paciente no diera consentimiento para estas pruebas no se debería derivar.

- a) Planes de actuación:
- Definir indicaciones de consentimientos firmados y redactarlos, incluidos anexos, si procede

- Redactar texto común para la historia e informe (con o sin firma del paciente).
- Vigilar el uso del consentimiento, en particular cuando la firma es requerida.

b) Indicador: Porcentaje hecho para cada una de los planes propuestos.

Otras estrategias de mejora de la asistencia en consultas externas que son muy útiles, pero de gran dificultad en el momento actual por la falta de recursos son:

- a) **Estrategias de sinergia** del conocimiento científico aplicado: Consultas multidisciplinares con presencia simultánea de médicos de diferentes especialidades: Uveítis (AP-Alergología-Oftalmología), Dermatitis (AP-Alergología/Dermatología), Alergias alimentarias y de la infancia (AP-Digestivo-Alergología/Pediatría).
- b) Huecos de agenda reservados a pacientes considerados preferentes por los facultativos que los remiten con programación decidida en el Servicio de Citaciones.
- c) Consultas monográficas de anafilaxia y tratamiento farmacológico urgente en personas con hipersensibilidad grave: Se trata de una actividad incluida en la cartera de servicios de cada vez más unidades de alergología por su efectividad demostrada para prevenir eventos adversos y desenlaces fatales. Ofrecen un acceso rápido (inferior a una semana desde la solicitud) y un seguimiento estrecho restringido al primer año de evolución de la patología.
- d) Consulta de enfermería AP-especializada: También existe en múltiples servicios de alergología, incluidos 3 de la Comunidad de Castilla y León. Permite una atención más integral, especialmente dirigida a 3 aspectos: 1) Colaboración con el médico en la evaluación de la enfermedad alérgica; 2) Detección precoz de efectos adversos de los fármacos y comorbilidades; y 3) Educación del paciente sobre **temas de autocuidado relacionados con su enfermedad** como consejos de alimentación, protección ambiental, síntomas de alarma y monitorización de tratamientos. Exige un espacio de consulta propio para la enfermera.
- e) Oferta a los facultativos de Atención Primaria del Área de un tiempo y hora programados para responder a las consultas telefónicas o a través de correo electrónico, en relación con problemas o dudas sobre la asistencia a sus pacientes.

La agenda de consultas consensuada con el equipo de dirección del centro nos parece una solución práctica para satisfacer el mayor número de necesidades de asistencia y es compatible con los objetivos del Plan Anual de Gestión de Atención Especializada y con las estrategias, objetivos y planes de actuación aquí presentados.

ATENCION AL PACIENTE PEDIÁTRICO

Desde el año 2000 atendemos a todos los niños con cuadros alérgicos de Valladolid, lo que ha aumentado mucho nuestra demanda asistencial. El diagnóstico precoz en el niño es de especial importancia en la prevención de las enfermedades alérgicas pues frena la evolución natural de la enfermedad, conocida como "marcha alérgica"



Propuesta de mejora 6: Detección y tratamiento temprano de la hipersensibilidad alérgica en niños

- a) Planes de actuación: Elaboración de un protocolo de derivación interno (Servicio de Pediatría de cada Hospital) y externo Pediatría en AP.
- b) Indicador: Número de días hasta lograr un diagnóstico de hipersensibilidad que impida que el niño deba ser ingresado por cuadros alérgicos alimentarios o asmáticos graves.

INVESTIGACIÓN CONJUNTA ATENCION PRIMARIA-ESPECIALIZADA

1) Análisis DAFO

- a) Fortalezas
 - Personas con interés en aprender y en investigar
 - Algunos servicios de Alergia tienen bases de datos. En el HURH el sistema INFALER estaba funcionando desde 1989 y permitía un registro sistemático de los datos durante la actividad asistencial ordinaria, con la posibilidad de múltiples estudios epidemiológicos y de cohortes. A partir de sus datos se han realizado 13 tesis doctorales.
- b) Debilidades
 - La investigación clínica requiere tiempos adicionales y espacios de consulta donde asistir a los pacientes, de los que la Sección carece en el momento actual.
- c) Amenazas
 - La presión asistencial, que permite poco tiempo para actividades investigadoras.
 - Limitaciones presupuestarias

d) Oportunidades

- Excelente colaboración por parte del personal de la biblioteca del hospital HURH y posibilidad de acceso a través de internet a múltiples bases de datos bibliográficas dependientes del Portal de Sanidad de la Junta de Castilla y León, de la Universidad de Valladolid y de la Sociedad Española de Alergología.
- Aplicación del programa informático de derivación de posible alergia a fármacos explicado en página 13, punto 4.
- Existencia de un espacio de investigación en cada hospital.
- Existencia de colaboración con grupos de trabajo dentro y fuera del hospital con experiencia, trayectoria e infraestructura para el desarrollo de los proyectos de investigación.
- Existencia de becas para el desarrollo de proyectos científicos, financiadas por la Administración del Estado, Administración autonómica, Real Academia de Medicina de Valladolid, Sociedades científicas y colegios profesionales de Médicos.

Objetivos

Fomentar las inquietudes de investigación y la cultura de que es necesaria para el progreso de la Alergología en AP

Estrategia de mejora 7:

- a) Consenso entre los miembros de la SCLAIC-SEMERGEN-SEMIFYC para la recogida sistemática de determinados datos clínicos.
- b) Implicación de todos los alergólogos de la SCLAIC-SOCALEMFYC-SEMERGEN-SEMIFYC en proyectos comunes con fines de publicación.
- c) Integración en proyectos multidisciplinares o en grupos de trabajo de ámbito local, regional o nacional e internacional con intereses de investigación.

CALIDAD

1) Análisis DAFO

a) Fortalezas

- Convencimiento y voluntad de que la mejora de la Calidad representa una mejora de los resultados, una mayor salud para nuestros pacientes, mejores condiciones de trabajo y satisfacción de las personas y un aprovechamiento ordenado de los recursos.

b) Debilidades

- La experiencia de los alergólogos en programas de Calidad es aún temprana.
- Falta de un claro modelo a seguir

c) Amenazas

- Presión asistencial y falta de tiempo

d) Oportunidades

- Hospitales que disponen de una Unidad de Calidad.
- La mejora de la Calidad es una línea estratégica de la Institución y cabe esperar el apoyo en la búsqueda de la calidad total y el liderazgo del equipo de dirección del hospital.

2) Objetivos

Aumentar la cultura de la calidad en la atención alergológica Primaria-especializada, desarrollar iniciativas para su mejora e integración de la Sección de Alergología en los programas de calidad del centro.

Estrategia de mejora 8

a) Calidad científico-técnica

- Disminución de la variabilidad clínica fomentando el empleo de protocolos y guías según medicina basada en la evidencia.
- Adecuada cumplimentación de los sistemas de información tanto de los pacientes ingresados (fuente del CMBD), como de los asistidos en consultas externas.
- Mejorar la seguridad del paciente de acuerdo con los protocolos existentes en los centros (lavado e higiene de manos, prevención del tromboembolismo, monitorización de los tratamientos con biológicos, inmunosupresores o fármacos modificadores convencionales)
- Representación de las diferentes Secciones de Alergia en el Núcleo de Calidad, asistencia de sus miembros a cursos de formación en Calidad y diseño de procesos.
- Diseño de los procesos más importantes de la Sección y de programas para su mejora continua.

b) Eficiencia

- Utilización adecuada de los recursos sanitarios
- Selección y monitorización de indicadores
- Seguimiento del gasto farmacéutico
- Vigilancia de los tiempos de demora de las consultas sucesivas, en particular de las destinadas a informar de los resultados de los estudios.
- Inclusión de las técnicas propias de la especialidad dentro de las herramientas de cuantificación de la actividad asistencial, en particular de los pacientes ambulatorios, como alternativa provisional mientras no se disponga de una aplicación que mida la actividad de las consultas externas en términos de complejidad de los procesos tratados y de las variables de desenlace derivadas de estos tratamientos.

c) Accesibilidad

- Estudio de las posibilidades de regular la asistencia a pacientes urgentes en consultas externas o en el área de Urgencias.
- Coordinación de la asistencia especializada de alergología con la de la atención primaria. Dependiendo de las posibilidades que permita la carga asistencial, cada Sección debe estar abierta a fórmulas de colaboración incluidas reuniones periódicas, talleres de formación continuada, consultas telefónicas o por correo electrónico, o al diseño de protocolos consensuados de derivación.
- Estudio de las posibilidades de regular el acceso de los pacientes a consultar por teléfono las dudas que se les planteen en relación con el tratamiento o complicaciones de sus enfermedades.

d) Herramientas de gestión de la calidad percibida

- Encuestas de satisfacción del usuario propias o dependientes de la Unidad de Calidad de los centros de AP.
- Atención rápida a las reclamaciones
- Mejora de las hojas informativas

INFRAESTRUCTURAS Y TECNOLOGÍA

1) Análisis DAFO

a) Fortalezas

- Acceso a la intranet de cada hospital desde todos los locales de consulta de AP y desde el despacho y a través de ella al doble sistema de documentación clínica a internet y a bases de datos externas, incluidas las del Portal de Sanidad de Castilla y León.

b) Debilidades

- Carencia de técnicas de uso compartido entre todos los médicos de AP y alergólogos.
- El intenso aprovechamiento de los locales de consulta impide ajustes de la agenda que no perjudiquen al usuario y que hayan sido motivados por circunstancias externas como reuniones de comisiones, convocatorias institucionales, participación en tribunales, clases o exámenes de la Facultad de Medicina, actividades de formación continuada no programadas con muchos meses de antelación, bajas por enfermedad, o días de libre disposición solicitados por el interesado.

c) Amenazas

- La incomodidad y limitaciones de la falta de infraestructuras pueden acabar en desinterés de los médicos por mejorar la calidad de la asistencia en todos sus aspectos

d) Oportunidades

- Poco tiempo de rodaje sería suficiente para reconocer las carencias y tratar de mejorarlas.

Objetivos

Mejorar las infraestructuras y tecnología con arreglo a la categoría del hospital y necesidades actuales

Estrategia de mejora 9

Se plantean como objetivos prioritarios:

- a) Disponer de locales en el hospital o centros de salud durante una hora al día, a primera hora de la mañana, al menos 3 días al trimestre, con ordenador, cañón y con una camilla de exploración si fuera posible, para reuniones conjuntas.
- b) Impresoras en todos los locales de consulta y en el despacho.

RECURSOS HUMANOS

1) Análisis DAFO

- a) Fortalezas
 - Somos suficientes médicos por ahora en cuanto a especialistas de alergia, motivados por nuestro trabajo
- b) Debilidades
 - Las enfermeras están sobrecargadas de trabajo y desaprovechadas sus capacidades profesionales para una consulta de enfermería.
- c) Amenazas
 - Situación económica actual de limitación de recursos.
- d) Oportunidades
 - Voluntad de las Direcciones de los centros de dotar adecuadamente a las Secciones.
 - Precisamos un contrato aunque sea fuera de plantilla de un técnico de grado medio con formación en Alergia y análisis molecular de alérgenos.

Objetivos

Mejorar los recursos humanos de la Sección hasta situarla en el nivel de los hospitales de grupo similar

Estrategia de mejora 10

- a) Adecuar el número de enfermeras al de médicos. En la situación actual sería necesaria una auxiliar de clínica o una enfermera más para desarrollar correctamente el trabajo, además de un técnico de grado medio de laboratorio.

ANÁLISIS CAME

Una vez que se han identificado mediante el análisis DAFO los aspectos claves pasamos a emplear el análisis CAME (Corregir, Afrontar, Mantener y Explotar). Cambiamos "mantener" y "explotar" por "modificar" y "emprender", manteniendo el acrónimo, pues sería mas operativo. Con él conseguiremos definir los enfoques estratégicos más útiles.

Aspectos que hay que corregir:

Carencia de alianzas con Atención Primaria
Carencia de colaboración fluída con fines de investigación conjunta.
Falta de información sobre inmunoterapia
Falta de información sobre el precio de fármacos y productos que usamos
Falta de innovación tecnológica que disminuya costes
Falta de incentivación para Docencia e Investigación
Falta de sinergias entre diferentes secciones y de servicios de referencia
Falta de información y colaboración con los pacientes

Condiciones que hay que afrontar:

Mantener la competencia profesional apostando por la innovación y calidad
Sostenibilidad económica
Apuesta por la eficiencia
Mantener la capacidad de atracción y centros de referencia
Mantener y fomentar el nivel investigador

Estrategias que hay que modificar:

Peso a una organización horizontal de trabajo en equipo
Gestión de planificación de objetivos e incentivación
Paso de la cultura de servicio/especialidad a la de colaboración/recursos: Al paciente alérgico le atendemos el médico de Familia y el Alergólogo.
Impacto de los Servicios en la Sociedad en general, médica y de la especialidad en particular

Acciones a emprender:

Alianzas con Atención Primaria, otras especialidades y otras unidades
Renovación progresiva de equipamiento, siempre que conlleve un ahorro.
Cambio a un servicio en evolución
Apuesta por el desarrollo tecnológico mas productivo que sustituya y abarate los gastos del previo
Nuevas formas de gestión, financiación e incentivación
Ser centros de referencia de colaboración AP-especializada en el ámbito nacional e internacional
Potenciar medidas encaminadas a disminuir la variabilidad en la práctica clínica y aumentar la seguridad de nuestros pacientes
Potenciar la investigación: favorecer proyectos conjuntos, sobre todo para residentes en formación y fomentar colaboraciones con laboratorios externos de investigación (universitarios y privados).

Bibliografía consultada

1. III Plan de Salud. Castilla y León. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Valladolid, 2008.
2. Vidal Fuentes J, Alonso Ruiz A, Tornero Molina J. Calidad asistencial y Sociedad Española de Alergología. En "Estándares de tiempos de proceso, y Calidad asistencial en Alergología". Sociedad Española de Alergología. Madrid, 2006.
3. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/notaPrensa20060323TextoIntegro.pdf (acceso 6 de julio de 2010).
4. García Mata JR. Implantación de la calidad en un servicio clínico. En Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Mira JJ eds. Gestión Sanitaria. Calidad y seguridad de los pacientes. Madrid: MAPFRE-Díaz de Santos; 2008.
5. Pérez JJ, García J, Tejedor M. Gestión Clínica: Concepto y metodología de implantación. Rev Calidad Asistencial 2002;17:305-11.
6. Matesanz R. Gestión Clínica: ¿por qué y para qué? Med Clin (Barc) 2001;117:222-6.
7. Terol, E, Agra Y, Fernández-Maíllo MM, Casa J, Sierra E, Bandrés B, García MJ y Peso P. Resultados de la estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud español, período 2005-2007. Med Clin Monogr (Barc) 2008; 131(Supl 3):4-11.
8. Estudio nacional de efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005 [monografía en Internet] [citado 10 Oct 2008]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf
9. Álvarez Ortiz NJ, Aranaz Andres JM, Gea Velázquez de Castro MT y Miralles Bueno JJ. Efectos adversos prehospitalarios: un camino por recorrer. Rev Calid Asist. 2009. doi:10.1016/j.cali.2009.07.009.
10. Albar Remón C, Aranaz Andrés JM. Seguridad del paciente y prevención de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Sanidad. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, 2007.
11. Aibar-Remón C, Aranaz-Andrés JM, García-Montero JI y Mareca-Doñate R: La investigación sobre seguridad del paciente: necesidades y perspectivas. Med Clin Monogr (Barc). 2008;131(Supl 3):12-7.
12. Aranaz Andrés JM, Aibar Remón C. Marco conceptual de la seguridad clínica del paciente. En Aranaz JM, Aibar C, Villater J, Mira JJ eds, Gestión sanitaria. Calidad y seguridad de los pacientes. Madrid: MAPFRE-Díaz de Santos.

13. Pérez Blanco V, Rubio Gómez I, Alarcón Gascueña P, Mateos Rubio J, Herradón Cano M y Delgado García A. Implementación de un formulario para la notificación de eventos adversos: resultados del primer año. *Rev Calidad Asistencial*. 2009;24(1):3-1.
14. Grigorov Tzenkov I, Fernández S, Ferrer A, Baena M, Valentí , Tomas M, Pou J, Aguilar JL y Gargoulas F. Sistema de gestión de incidentes críticos y eventos adversos en los ámbitos área, servicio o unidad hospitalarios. Puesta en marcha en tres fases. *Rev Calidad Asistencial*. 2008;23(5):230-5.
15. Aranaz Andrés, JM. Acerca de los sistemas de notificación y registro de sucesos adversos. *Rev Calidad Asistencial*. 2009;24(1):1-2.
16. Morís de la Tassa J, Fernández de la Mota E, Aibar-Remón C, Castan Cameo S y Ferrer Tarrés JM. Identificación inequívoca de pacientes ingresados en hospitales del Sistema Nacional de Salud. *Med Clin Monogr (Barc)*. 2008;131(Supl 3):72-8.
17. Palomar M, Vaque J, Álvarez Lerma JF, Pastor V, Olaechea P y Fernández-Crehuet J. Indicadores de infección nosocomial. *Med Clin Monogr (Barc)*. 2008;131(Supl 3):48-55.
18. Pi-Sunyer Cañellas T, Banqué Navarro M, Freixas Sala N y Barcenilla Gaité F. Higiene de las manos: evidencia científica y sentido común. *Med Clin Monogr (Barc)*. 2008;131(Supl 3):56-9.
19. Recio Segoviano M, Aranaz Andrés JM, Aibar Remón C, Martínez Campos E, Martín Cruz A, García Bárcena JA. Gestión de riesgos y mejora de la seguridad del paciente. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Sanidad. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.
20. Woodward S. Seven steps to patient safety. *Rev Calidad Asistencial*. 2005;20(2):66-70.
21. Saturno PJ, Da Silva Gama,ZA, Oliveira-Sousa SL, Fonseca YA, Souza-Oliveira AC y Grupo Proyecto ISEP. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Med Clin Monogr (Barc)*. 2008;131(Supl 3):18-25.
22. Mira JJ, Aranaz JM, Vitaller J, Ziadia M, Lorenzo S, Rebas P y Aibar-Remón C: Percepción de seguridad clínica tras el alta hospitalaria. *Med Clin Monogr (Barc)*. 2008;131(Supl 3):26-32.
23. Prieto Rodríguez MA, March Cerdá JC, Suess A, Ruiz Azarosa A, Terol E y Casal Gómez J. Percepción de los pacientes sobre la seguridad de la asistencia sanitaria. *Med Clin Monogr (Barc)*. 2008;131(Supl 3):33-8.
24. Saturno PJ. Estrategias para la participación del paciente en la mejora continua de la seguridad clínica. *Rev Calid Asist*. 2009;24(3):124-130.

25. Pardo Hernández A, Claveria Fontán A, García Urbaneja M y López Barba M. Las unidades funcionales para la gestión de riesgos sanitarios (seguridad del paciente). *Med Clin Monogr (Barc)*. 2008;131(Supl 3):64-71.
26. Maynard M. Aproximación económica al gobierno clínico. En Pickering S, Thompson J, eds. *Gobierno clínico y gestión eficiente*. Elsevier-Fundación Pfizer, Madrid, 2010.
27. Peláez Hernández, I Dávila González. *Tratado de ALERGOLOGIA*. Ergon Madrid 2008..
28. Prevalencia e impacto de las enfermedades alérgicas en la población adulta española. Estudio EPISER. Sociedad Española de Alergología, Madrid, 2001.
29. S. Holgate. *Allergy*. 3º Ed. Mosby-Elsevier. London, 2006.
30. Burgos Rodríguez R. El clínico ante la gestión clínica. *Rev Esp Reum* 2002;1(2):41-43.
31. CMBD. Manual de procedimiento del Conjunto Mínimo Básico de Datos. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Dirección General de Planificación, Calidad, Ordenación y Formación. 2008.
32. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud, 2010.
33. Tornero Molina J, Sanmartí Sala R, Rodríguez Valverde V, et al. Actualización del documento de consenso de la Sociedad Española de Alergología sobre el uso de terapias biológicas. *Alergol Clín* 2010;6:23-36.
34. Benito Ruiz P. Integración de la gestión de la alergología en el entorno hospitalario y en los sistemas de salud. *Rev Esp Reum* 2002; supl 1 (2);43-45.
35. Estándares de tiempos de proceso, y calidad asistencial en alergología. Sociedad Española de Alergología, Madrid, 2006.
36. Alonso Ruiz A, Vidal Fuentes J, Tornero Molina J, Carbonell Abelló J, Lázaro y de Mercado P, Aguilar Conesa MD. Estándares de calidad asistencial en alergología. *Alergol Clín* 2007;3(5):e1-20.
37. Panel de expertos recomendados por la Sociedad de Alergología de la Comunidad de Madrid (SORCOM). Criterios de calidad para la asistencia alergológica. *Rev Esp Alergol*. 2002;29:155-7.
38. Olivé Marqués A. La alergología en el Estado español. ¿L'avant-garde? *Semin Fund Esp Alergol* 2008;9:135-8.
39. Olivé A. El residente desmotivado. *Semin Fund Esp Alergol* 2007;8:1-2.

40. Plan Estratégico de Formación Continuada de los profesionales del Sistema de Salud de Castilla y León 2008-2011. http://www.salud.jcyl.es/sanidad/cm/institucion/tkContent?idContent=718095&locale=es_ES&textOnly=false. Acceso Agosto 2010.
41. Plan Estadístico de Castilla y León 2010-2013. Cobertura del sistema de aseguramiento de Castilla y León 2010. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. Acceso agosto 2010.
42. Barber Pérez P, González López-Valcarcel B. Oferta y necesidades de médicos especialistas en España (2008-2025). Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009.
43. Plan Anual de Gestión 2010. Gerencia de las Áreas de Valladolid. Valladolid-Oeste.
44. Hospital Universitario Río Hortega. Memoria de Calidad 2009.
45. Romeo Martínez JM. El proyecto de gestión de un Servicio Clínico. ¿Cómo concursar a una Jefatura de Servicio?. En Jiménez Jiménez J, Manual de Gestión para jefes de servicios clínicos, pp 645-662. Díaz de Santos, Madrid, 2000.
46. El Jefe de Servicio en el umbral del siglo XXI. Antecedentes. Funciones. Clínico, gestor o ambas cosas. Un profesional que dirige a otros profesionales. En Jiménez Jiménez J, Manual de Gestión para jefes de servicios clínicos, pp 665-670. Díaz de Santos, Madrid, 2000.

Páginas web de interés para aspectos Alérgicos

Sociedad Castellano Leonesa de Alergia e Inmunología clínica: [ww.sclaic.es](http://www.sclaic.es)
Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica : www.seaic.es
Sociedad Europea de Alergia e Inmunología Clínica : eeaci.or
Sociedad Americana de Alergia e Inmunología Clínica. Aaaai.org
Sociedad de Alergia e Inmunología Clínica Pediátrica: www.seicap.es
Sociedad española de Inmunología: www.inmunologia.org

Anexos

Anexo 1. Propuestas de fichas de procesos

| Ficha de proceso (1) | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| TÍTULO | | |
| 1. Consulta externa | | |
| MISIÓN | | |
| Diagnóstico y tratamiento de los problemas médicos ALERGOLÓGICOS,. | | |
| LÍMITES | | |
| <p>Comienzo Asignación de cita (médico y día) por el Servicio de Citaciones, a petición de otros facultativos de atención primaria, atención especializada o Servicio de Urgencias (primera consulta), o bien de la propia Sección (consulta sucesiva).</p> | <p>Fin Alta por resolución del problema u orientación terapéutica. Ingreso hospitalario. Solicitud de consulta sucesiva.</p> | |
| DESTINATARIOS | | |
| Pacientes con problemas alérgicos Médicos de atención primaria, atención especializada o Urgencias | | |
| EXPECTATIVAS DE LOS DESTINATARIOS | | |
| Pacientes: Curación o mejoría; seguridad; información diagnóstica, pronóstica o de alternativas terapéuticas; segunda opinión médica; documentación para solicitar reclasificación laboral, reconocimiento de discapacidad, ayudas económicas o sociales; confianza en el médico; rapidez en la asistencia; respeto y dignidad en el trato recibido | | |
| Médicos: Diagnóstico, orientación terapéutica, tratamiento o seguimiento. | | |
| CALIDAD DEL SERVICIO | | |
| Destinatario | Servicios tangibles prestados | Características de calidad |
| Paciente | Prontitud para la primera consulta (fecha programada – fecha de asignación de la cita) | Tiempo de demora bajo para primera consulta |
| Paciente | Puntualidad en la consulta | Puntualidad o retraso aceptable |
| Paciente | Trato correcto | No reclamaciones por este motivo |

| | | |
|-------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|
| Paciente y médico | Informe en mano si datos suficientes | Alto porcentaje de informe entregados |
| Paciente y médico | Recetas en mano si se indican fármacos | Alto porcentaje de recetas entregadas |

Ficha de proceso (2)**TÍTULO**

1. Consulta externa

ACTIVIDADES, PROFESIONALES PARTICIPANTES Y CALIDAD DEL PROCESO

| Actividad | Profesionales y responsable | Calidad |
|--------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Preparación de la consulta | Auxiliar de consulta | Recuperar resultados pendientes (si existen) |
| Recepción | Auxiliar de consulta | Respeto y colaboración |
| Facilitar y explicar cuestionarios autoaplicados | Enfermera de consulta | Rigor, colaboración y respeto. |
| Anamnesis | Médico | Rigor y empatía |
| Preparación de la exploración | Enfermera de consulta | Respeto y colaboración |
| Exploración física | Médico | Rigor y respeto |
| Toma de constantes | Enfermera de consulta | Precisión |
| Técnicas | Médico y enfermera | Rigor, asepsia |
| Valoración de pruebas previas | Médico | Evitar duplicidades |
| Solicitud de pruebas | Médico y enfermera | Identificación adecuada |
| Registro de variables clínicas | Médico | Anotaciones en SICLINICA |
| Anotación de los datos clínicos | Medico | Asegurar los datos mínimos en Siclínica |
| Redacción/impresión del informe (si posible) | Médico | Datos identificativos, fecha, diagnóstico y recomendaciones de tratamiento. |
| Entrega de recetas | Médico y enfermera | Cumplimentación correcta |
| Programación de revisión (si precisa) | Enfermera de consulta | Cumplimentación correcta |
| Trámites administrativos | Enfermera de consulta | Anotación de asistencias, envío de documentos a digitalizar |

INDICADORES DE MEDIDA DE LA CALIDAD

| Indicadores en puerta de entrada | Indicadores en puerta de salida | Indicadores de proceso |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Días de demora hasta primera consulta (fecha programada - fecha asignación de cita) Minut. demora hasta | Porcentaje de consultas con informe en mano | Porcentaje de altas de primeras consultas tras una sola visita. |

| | | |
|-------------------|--|--|
| entrar en la sala | | |
|-------------------|--|--|

Ficha de proceso (3)
TÍTULO

1. Consulta externa

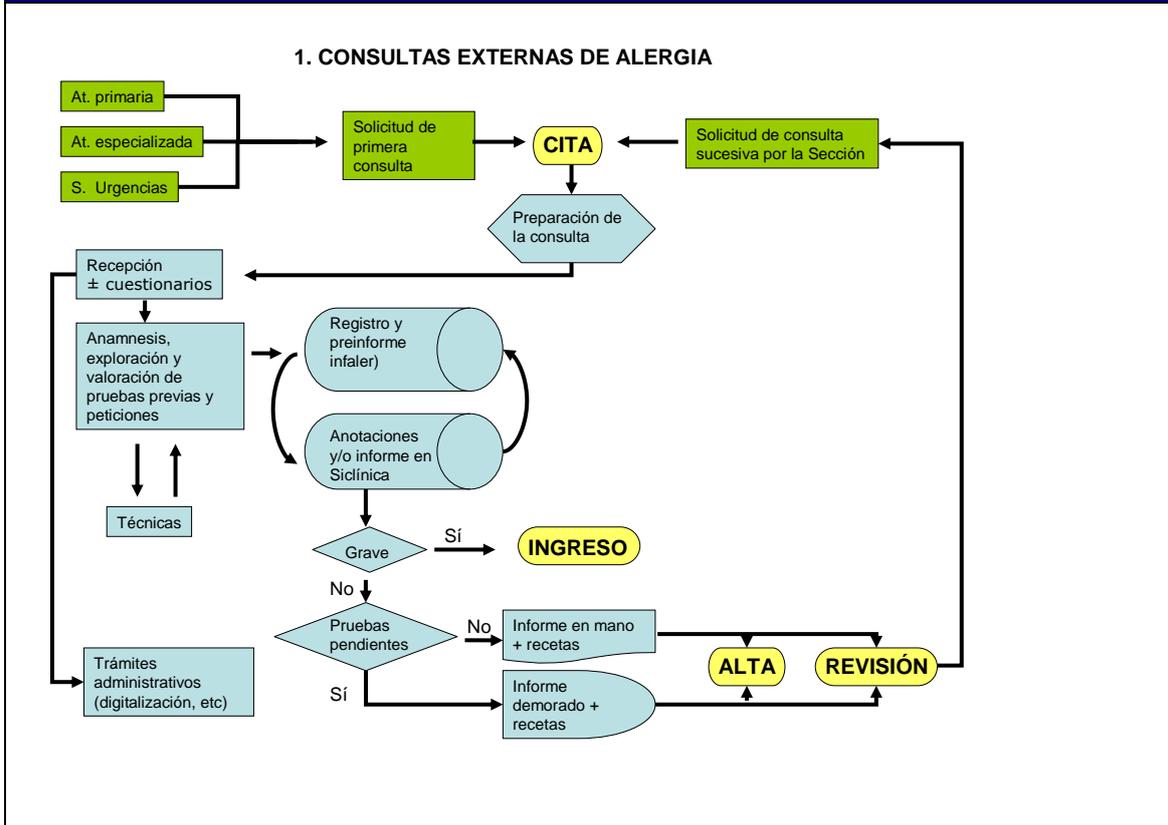
CONEXIÓN CON OTROS PROCESOS

Gestión de los informes clínicos pendientes después de la consulta

Asistencia a pacientes hospitalizados a cargo de Alergología

Técnicas alergológicas *in vivo* e *in vitro*

DIAGRAMA DE FLUJO



| Ficha de proceso (1) | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TÍTULO | | |
| 2. Gestión de los informes clínicos pendientes después de la consulta | | |
| MISIÓN | | |
| Asegurar que el paciente que ha sido asistido en consultas externas de Alergología reciba su informe clínico en los casos en los que se le ha indicado que se le enviará por correo por falta de tiempo, o por estar aún pendiente de resultados de pruebas en el momento de la consulta. | | |
| LÍMITES | | |
| Comienzo Momento inmediato antes de la salida del paciente de la consulta. | Fin Envío del informe clínico por correo ordinario a su domicilio, o recogida de este documento en la consulta por el propio paciente o por la persona a quien se lo encargue. | |
| DESTINATARIOS | | |
| Pacientes asistidos en las consultas externas de Alergología Médicos de atención primaria, atención especializada o Urgencias | | |
| EXPECTATIVAS DE LOS DESTINATARIOS | | |
| Pacientes y médicos: Rapidez en el envío. Información relevante y clara, en particular la referida al diagnóstico, tratamiento e indicaciones de revisión si la precisa. | | |
| CALIDAD DEL SERVICIO | | |
| Destinatario | Servicios tangibles prestados | Características de calidad |
| Paciente y médicos | Prontitud para el envío del informe (fecha de impresión - fecha de la última prueba o de la consulta, por defecto) | Tiempo de demora bajo para el envío de los informes redactados después de la consulta. |
| Paciente y médicos | Información relevante y clara | Calidad mínima exigible |
| Paciente y médicos | Adjuntar recetas si se indican fármacos | Alto porcentaje de informes con recetas |
| Paciente y médicos | Programación de la consulta de revisión, si la precisa | Si así está indicado en el informe: a) confirmar que se ha solicitado una nueva consulta; y b) adjuntar volantes de pruebas adicionales. |

| Ficha de proceso (2) | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TÍTULO | | |
| 2. Gestión de los informes clínicos pendientes después de la consulta | | |
| ACTIVIDADES, PROFESIONALES PARTICIPANTES Y CALIDAD DEL PROCESO | | |
| Actividad | Profesionales y responsable | Calidad |
| Decisión de envío por correo y comunicación al paciente | Alergólogo de consulta externa. | Anotación en la historia de que el informe está pendiente (Siclínica) |
| Anotación manual en el cuaderno o cuadernos de informes pendientes | Enfermera de consulta o médicos de la Sección | Uso de plantilla que registre fecha, identificación, tipo de pruebas pendientes y "listo para informe" |
| Revisión periódica y actualización del cuaderno de informes pendientes | Enfermera y médicos de la Sección | Anotaciones de la llegada de cada prueba ajena a Siclínica; anotación de "listo para informe"; y anotación de la fecha en que el informe es enviado. |
| Agrupar resultados de pruebas en los casos "listo para informe" | Enfermera de la consulta | Adecuada clasificación, con departamentos separados para cada médico |
| Redacción de informe , Impresión (Siclínica) | Médico responsable | Prontitud y contenido mínimo exigible, incluida la firma. |
| Rellenar recetas y formularios de pruebas, si precisa | Médico responsable y enfermera de consulta | Cumplimentación correcta |
| Ensobrado y salida para el correo | Enfermera de la consulta | Confirmar existencia de cita de revisión cuando así figure en el informe. |
| Recogida y envío de los documentos digitalizar | Enfermera de la consulta | Identificación y agrupación de los documentos |
| INDICADORES DE MEDIDA DE LA CALIDAD | | |
| Indicadores en puerta de entrada | Indicadores en puerta de salida | Indicadores de proceso |
| Grado de concordancia de las anotaciones de informe pendiente en la historia y en el cuaderno de informes pendientes | Número de días para completar el estudio y enviar el informe (Fecha envío – Fecha última consulta) | Porcentaje de pacientes pendientes de informe a los que se les envía. Reclamaciones por falta de envío. |

Ficha de proceso (3)
TÍTULO

2. Gestión de los informes clínicos pendientes después de la consulta

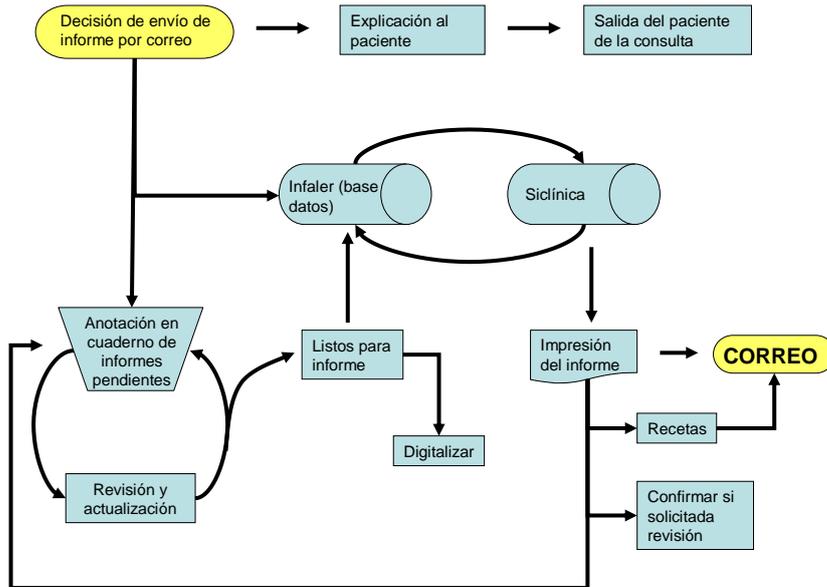
CONEXIÓN CON OTROS PROCESOS

Consultas externas de Alergología

Asistencia a pacientes hospitalizados a cargo de Alergología

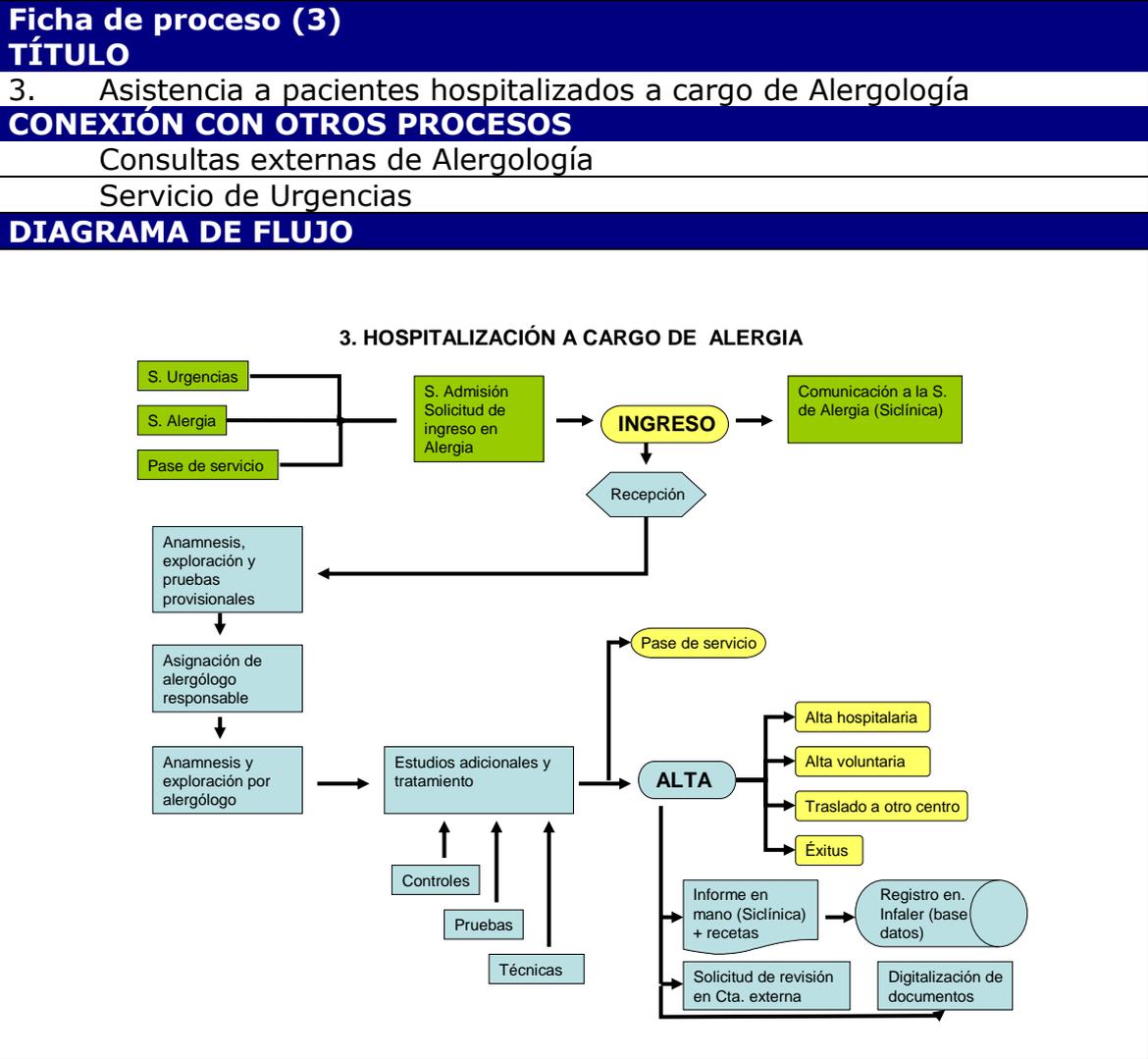
DIAGRAMA DE FLUJO

2. GESTIÓN DE LOS INFORMES CLÍNICOS PENDIENTES DESPUÉS DE LA CONSULTA



| Ficha de proceso (1) | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| TÍTULO | | |
| 3. Asistencia a pacientes hospitalizados a cargo de Alergología | | |
| MISIÓN | | |
| Diagnóstico y tratamiento de los problemas alérgicos en pacientes hospitalizados a cargo de Alergología. | | |
| LÍMITES | | |
| Comienzo Ingreso del paciente a cargo de Alergología por indicación del S. de Urgencias, de la propia Sección de Alergología (consultas externas), o bien por pase de servicio de un paciente antes ingresado en otra unidad. | Fin Alta hospitalaria por curación o mejoría, alta voluntaria, traslado a otro centro o éxitus. Pase a otro servicio del hospital, alta voluntaria o éxitus. | |
| DESTINATARIOS | | |
| Pacientes con problemas alérgicos hospitalizados; médicos del servicio que indica el ingreso en Alergología, incluidos los del Servicio de Urgencias y de otros servicios de atención especializada del hospital; y médico de atención primaria responsable del paciente. | | |
| EXPECTATIVAS DE LOS DESTINATARIOS | | |
| Pacientes: Curación o mejoría; información diagnóstica, pronóstica o de las alternativas terapéuticas; confianza en el médico; seguridad: rapidez en la asistencia; respeto y dignidad en el trato recibido. | | |
| Médicos: Diagnóstico y tratamiento. | | |
| CALIDAD DEL SERVICIO | | |
| Destinatario | Servicios tangibles prestados | Características de calidad |
| Paciente | Curación o mejoría | Alto porcentaje de altas por curación o mejoría. |
| Paciente | Prontitud para la primera visita (hora visita - hora ingreso) | Tiempo de demora bajo para primera visita |
| Paciente | Estancia breve | IEMA adecuados |
| Paciente | Trato correcto | No reclamaciones por este motivo |
| Paciente | Información suficiente | Información adecuada a paciente y familiares |
| Paciente | Idoneidad de las exploraciones compl. | Adecuación a guías y protocolos |
| Paciente | Asistencia integral | Participación de otros servicios, si precisa |
| Paciente y médico de at. primaria | Informe provisional o definitivo al alta | Alto porcentaje de informe entregados |

| Ficha de proceso (2) | | |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| TÍTULO | | |
| 3. Asistencia a pacientes hospitalizados a cargo de Alergología | | |
| ACTIVIDADES, PROFESIONALES PARTICIPANTES Y CALIDAD DEL PROCESO | | |
| Actividad | Profesionales y responsable | Calidad |
| Recepción | Servicio de At. al paciente y enfermeras de planta. | Celeridad desde que se decide el ingreso (Urgencias) o acude al centro (I. programado) |
| Anamnesis, exploración y pruebas provisionales | Médicos de Urgencias, guardia de Medicina, Alergología o servicio de procedencia | Anotaciones adecuadas y claridad de las indicaciones terapéuticas. |
| Asignación de alergólogo responsable | Sección de Alergología | Con arreglo a normas internas de asignación predefinidas |
| Anamnesis y exploración detallada por alergólogo | Medico alergólogo responsable (alergólogo de planta) | Rigor en la obtención de datos clínicos y anotaciones en la historia. |
| Solicitud de pruebas o consulta a otros servicios | Alergólogo de planta | Guiada por protocolos o por necesidad de asistencia integral |
| Toma periódica de constantes | Enfermera de planta | Normas de la planta o indicaciones del médico |
| Seguimiento durante el ingreso | Alergólogo de planta | Mismo médico, anotaciones diarias |
| Técnicas alergológicas | Alergólogo de planta o de Cta. externa | Agilidad, respetar horarios de comidas |
| Redacción/impresión del informe | Alergólogo de planta y secretaria | Alto porcentaje de informes provisionales o definitivos al alta |
| Programación de revisión si precisa | Médico y secretaria | Trámites correctos |
| Entrega de recetas | Alergólogo de planta | Cumplimentación correcta |
| Digitalización de documentos | Secretaria | Orden correcto |
| Registro de variables clínicas | Médico | Anotaciones en base de datos Reumaval |
| INDICADORES DE MEDIDA DE LA CALIDAD | | |
| Indicadores en puerta de entrada | Indicadores en puerta de salida | Indicadores de proceso |
| Horas desde el ingreso hasta visita del alergólogo | Porcentaje de salidas por curación o mejoría. Porcentaje pacientes con informe al alta provisional o definitivo. | Indicadores centrales (IEMA, etc) Efectos adversos. Reclamaciones |



| Ficha de proceso (1) | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| TÍTULO | | |
| 4. Tratamientos alergológicos en el Hospital de día médico | | |
| MISIÓN | | |
| Administración de tratamientos inmunoterápicos o que requieran medidas especiales de control, incluidos los tratamientos con fármacos biológicos, inmunosupresores, corticoides, c1 inhibidor. | | |
| LÍMITES | | |
| Comienzo Solicitud de tratamiento en Hospital de día médico por parte de la Sección de Alergología. | Fin Salida del paciente del Hospital de día médico con destino a su domicilio por fin de tratamiento o cancelación, o a ingreso en el hospital por complicaciones. | |
| DESTINATARIOS | | |
| Pacientes con problemas alérgicos que requieren tratamientos intravenosos o de especial riesgo en los que no sea necesario el ingreso en planta. Servicios de atención especializada con los que colabore la Sección de Alergología para el tratamiento intravenoso con determinados fármacos inmunosupresores o biológicos. | | |
| EXPECTATIVAS DE LOS DESTINATARIOS | | |
| Pacientes: Curación o mejoría; confianza en el médico; seguridad; rapidez en la asistencia; respeto y dignidad en el trato recibido. | | |
| Médicos: Seguridad y efectividad del tratamiento. Rapidez en la asistencia, controles posteriores e información. | | |
| CALIDAD DEL SERVICIO | | |
| Destinatario | Servicios tangibles prestados | Características de calidad |
| Paciente | Información | Información y consentimiento documentados, si precisa. |
| Paciente | Puntualidad para recibir el tratamiento | Administración a la hora programada |
| Paciente y médicos | Seguridad | Monitorización y control de efectos adversos según protocolos |
| Paciente | Trato correcto y respeto a la intimidad | No reclamaciones por este motivo |
| Paciente | Programación con la suficiente antelación | Al terminar cada tratamiento, cita para el próximo. |

| Ficha de proceso (2) | | |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TÍTULO | | |
| 4. Tratamientos alérgicos en el Hospital de día médico | | |
| ACTIVIDADES, PROFESIONALES PARTICIPANTES Y CALIDAD DEL PROCESO | | |
| Actividad | Profesionales y responsable | Calidad |
| Solicitud de consentimiento | Alergólogo responsable (C. ext) | Adecuada cumplimentación. |
| Solicitud de tratamiento (al Hospital de día y a Farmacia) | Alergólogo responsable del paciente (consulta externa) | Indicación precisa de fármaco, pautas y número de ciclos y primera receta. |
| Asignación de alergólogo que lo supervisa en el Hospital de día | Sección de Alergología | Con arreglo a normas internas de asignación predefinidas |
| Solicitud de nuevo episodio asistencial en Siclínica u otro. | Enfermería del Hospital de día | Cumplimentación adecuada de formularios y con antelación |
| Preparación de la medicación y recepción del paciente | Servicio de Farmacia y enfermería del Hospital de día | Asegurar infusión a primera hora en los tratamientos de varias horas de duración |
| Valoración del paciente y análisis por alergólogo, si precisa | Alergólogo que supervisa el tratamiento en el Hospital de día | Valoración orientada a contraindicaciones del tratamiento |
| Administración del tratamiento y controles | Enfermería | Según protocolos e indicaciones de la orden de tratamiento |
| Tratamientos de los efectos adversos | Alergólogo del Hospital de día y enfermería. | Según protocolos e indicaciones de la orden de tratamiento |
| Registro del tratamiento recibido e incidencias | Alergólogo del Hospital de día | Registro de los datos en la base de datos en Siclínica u otro S.I. |
| Programación de nuevo tratamiento, si precisa. | Alergólogo del hospital de día (según las indicaciones del responsable del paciente en consultas externas) | Trámites completos antes de que el paciente salga del Hospital de día (orden, receta, solicitud y volante de análisis). |
| INDICADORES DE MEDIDA DE LA CALIDAD | | |
| Indicadores en puerta de entrada | Indicadores en puerta de salida | Indicadores de proceso |
| Minutos de retraso desde la hora programada | Duración del tratamiento prevista. | No efectos adversos graves. No reclamaciones |

Ficha de proceso (3)
TÍTULO

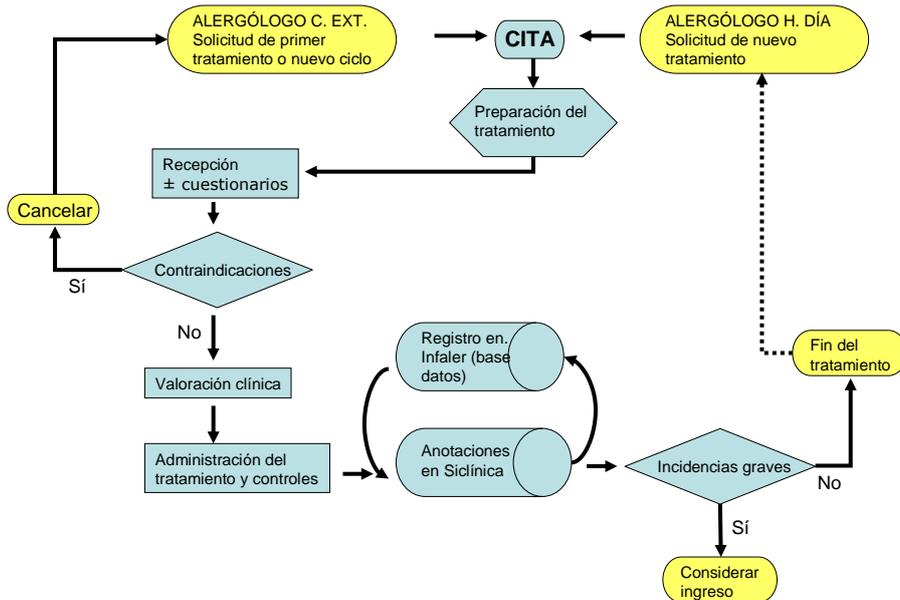
4. Tratamientos alergológicos en el Hospital de día médico

CONEXIÓN CON OTROS PROCESOS

Consultas externas de Alergología

DIAGRAMA DE FLUJO

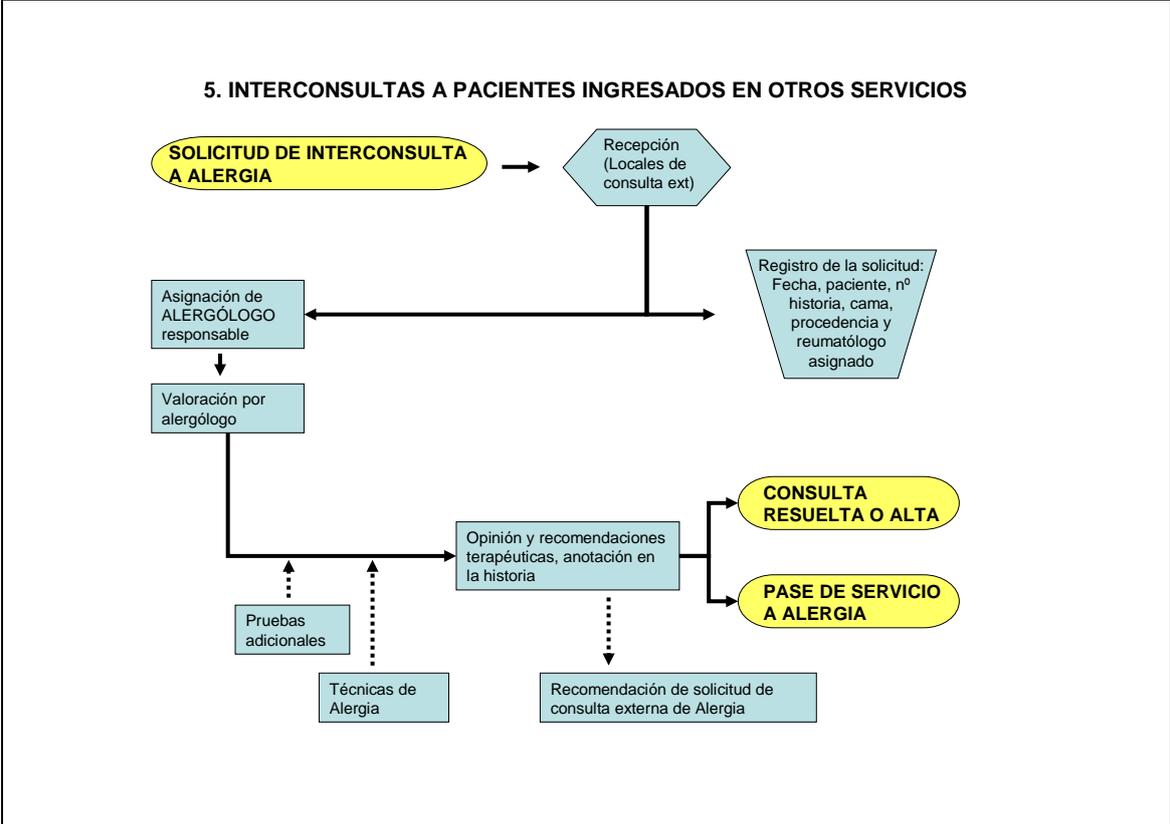
4. TRATAMIENTOS ALERGOLÓGICOS (INMUNOTERAPIA, PROVOCAIONES) EN EL HOSPITAL DE DÍA MÉDICO



| Ficha de proceso (1) | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| TÍTULO | | |
| 5. Interconsulta a pacientes hospitalizados en otros servicios | | |
| MISIÓN | | |
| Diagnóstico y tratamiento de los problemas médicos alergológicos en pacientes hospitalizados a cargo de otros servicios. | | |
| LÍMITES | | |
| Comienzo Solicitud de consulta por parte del servicio responsable del ingreso o de otros servicios que participen en el estudio y tratamiento del paciente. | Fin Alta hospitalaria, pase de servicio a Alergología o terminación de la consulta a criterio del alergólogo que la ha atendido (última anotación en la historia, por defecto). | |
| DESTINATARIOS | | |
| Pacientes con problemas alérgicos hospitalizados a cargo de otros servicios; médicos especialistas implicados en el estudio y tratamiento del paciente, pertenezcan o no al servicio responsable. | | |
| EXPECTATIVAS DE LOS DESTINATARIOS | | |
| Pacientes: Curación o mejoría; confianza en el médico; seguridad; rapidez en la asistencia; respeto y dignidad en el trato recibido. | | |
| Médicos: Opinión, técnicas, colaboración en el diagnóstico y tratamiento, pase de servicio, seguimiento posterior. | | |
| CALIDAD DEL SERVICIO | | |
| Destinatario | Servicios tangibles prestados | Características de calidad |
| Paciente y médicos | Prontitud para atender la consulta (día consulta – día solicitud) | Bajo tiempo de demora para primera visita. |
| Paciente y médicos | Prontitud para hacer la técnica (día ejecución – día decisión) | Bajo tiempo de demora para hacer la técnica |
| Paciente y médicos | Buena comunicación entre facultativos | Rigor en las anotaciones historia. |
| Paciente y médicos | Seguridad en las técnicas | Ausencia de efectos adversos por técnicas |
| Paciente | Información sobre las técnicas si indicadas | Información o Consentimiento informado, si indicado |
| Paciente | Trato correcto | No reclamaciones por este motivo |

| Ficha de proceso (2) | | |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TÍTULO | | |
| 5. Interconsulta a pacientes hospitalizados en otros servicios | | |
| ACTIVIDADES, PROFESIONALES PARTICIPANTES Y CALIDAD DEL PROCESO | | |
| Actividad | Profesionales y responsable | Calidad |
| Asignación de alergólogo responsable | Sección de Alergología | Con arreglo a normas internas de asignación predefinidas |
| Registro de la interconsulta | Enfermera de consultas externas | Registro de fecha, nombre, número de historia, cama, procedencia y alergólogo asignado. |
| Valoración del paciente por alergólogo | Medico alergólogo responsable (alergólogo de planta) | Rigor en la obtención de datos clínicos y anotaciones en la historia. |
| Solicitud de pruebas adicionales | Alergólogo de planta | Guiada por protocolos, evitando duplicidades |
| Seguimiento durante el ingreso | Alergólogo de planta | Seguimiento diario mientras dure el proceso. Mismo alergólogo si posible. |
| Técnicas alergológicas | Alergólogo de planta o de Cta. externa | Seguridad, agilidad, respetar horarios de comidas |
| Recomendación de solicitud Cta. ext. Alergología | Alergólogo de planta | Anotación clara en la historia |
| INDICADORES DE MEDIDA DE LA CALIDAD | | |
| Indicadores en puerta de entrada | Indicadores en puerta de salida | Indicadores de proceso |
| Demora hasta consulta (día visita – día solicitud) | Porcentaje de ingresos en que se ha aportado algo nuevo (prueba, diagnóstico nuevo, técnica, tratamiento) | Días de duración del proceso. No nuevos avisos. No efectos adversos. No reclamaciones |

| |
|------------------------------------------------------------|
| Ficha de proceso (3) |
| TÍTULO |
| 5. Interconsulta a pacientes ingresados en otros servicios |
| CONEXIÓN CON OTROS PROCESOS |
| Hospitalización a cargo de Alergología |
| Consultas externas de Alergología |
| Artrocentesis y estudio de líquido sinovial |
| DIAGRAMA DE FLUJO |



| Ficha de proceso (1) | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TÍTULO | | |
| 6. Análisis molecular de alérgenos en sangre | | |
| MISIÓN | | |
| Ordenar la recogida, transporte y estudio analítico obtenidos mediante extracción en las consultas externas de Alergología, así como el seguimiento y registro de los resultados de sus análisis. | | |
| LÍMITES | | |
| Comienzo Obtención de sangre mediante extracción iv. | Fin Anotación en la historia del resultado de todos sus análisis o comunicación al servicio de procedencia. | |
| DESTINATARIOS | | |
| Pacientes asistidos en las consultas externas de Alergología en los que se haya obtenido muestra sanguínea. Médicos de atención especializada o del S. de Urgencias que hayan remitido a los pacientes para efectuar esta técnica. | | |
| EXPECTATIVAS DE LOS DESTINATARIOS | | |
| Pacientes: Máxima asepsia y cuidado en el manejo de las muestras, celeridad en su envío al laboratorio y utilidad del procedimiento. Médicos: Máxima asepsia y cuidado en el manejo de las muestras, celeridad en su envío al laboratorio, comunicación rápida del resultado y utilidad diagnóstica del procedimiento. | | |
| CALIDAD DEL SERVICIO | | |
| Destinatario | Servicios tangibles prestados | Características de calidad |
| Paciente y médicos | Seguridad en el transporte y conservación. | Ausencia de pérdidas por extravío, contaminación accidental, mala preparación o retraso en el envío al laboratorio. |
| Paciente y médicos | Aprovechamiento máximo de las muestras. | Análisis adecuado de cristales, microbiológico, bioquímico o citológico según el contexto. |
| Paciente y médicos | Recuperación de resultados tan rápido como posible | Registro en la historia o comunicación rápida de los resultados |
| Paciente y médicos | Tratamiento inmediato en caso de cultivo positivo. | Ingreso hospitalario urgente si el cultivo es positivo. |

| Ficha de proceso (2) | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TÍTULO | | |
| 6. Estudio molecular de alérgenos en Unidad de Investigación | | |
| ACTIVIDADES, PROFESIONALES PARTICIPANTES Y CALIDAD DEL PROCESO | | |
| Actividad | Profesionales y responsable | Calidad |
| Recogida de sangre completa | Enfermera de consulta externa. | Normas básicas de asepsia, anestesia y almacenamiento de muestras. |
| Anotación manual en el cuaderno de arrays | Técnico de Alergia | Uso de plantilla que registre médico, fecha, filiación, articulación, determinaciones solicitadas y resultado |
| Análisis de alérgenos | Alergólogo responsable Técnico de Alergia | Análisis de proteómica |
| Revisión diaria de resultados de laboratorio mientras haya análisis pendientes en el cuaderno. Actualización. | Enfermera y médicos de la Sección | Anotaciones de la llegada de cada prueba, en particular del cultivo. Comunicación inmediata al médico responsable si tinción o cultivo positivos. |
| Anotación en la historia del resultado del análisis | Médico responsable | Anotación inmediata del resultado del cultivo tan pronto como se conozca. |
| Tratamiento de positivos. | Médico responsable | Aviso al paciente para ingreso hospitalario urgente y tratamiento. |
| INDICADORES DE MEDIDA DE LA CALIDAD | | |
| Indicadores en puerta de entrada | Indicadores en puerta de salida | Indicadores de proceso |
| Número de sueros analizados. | Días hasta el registro en la historia del resultado del análisis. | Porcentaje de pacientes con anotación del resultado en la historia con menos de 48 horas desde la firma del informe. |

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ficha de proceso (1) | | |
| TÍTULO | | |
| Estudio molecular de hipersensibilidad a medicamentos, alimentos y aeroalérgenos | | |
| MISIÓN | | |
| Ordenar la recogida, transporte y estudio de las muestras de sangre obtenidos en las consultas externas de Alergia, y remitidos de Hospitalización, Anestesia, Unidad del dolor o UVI, así como el seguimiento y registro de los resultados de sus análisis. | | |
| LÍMITES | | |
| Comienzo Obtención de sangre completa (5cc) por enfermera de Alergia o Servicio implicado. Se puede por micropunción (niños) | Fin Anotación en base de datos interna del resultado de todos sus análisis o comunicación al servicio de procedencia. | |
| DESTINATARIOS | | |
| Final: Pacientes asistidos en las consultas externas de Alergia en los que se haya detectado una posible reacción adversa a medicamentos o alimentos. Intermedio: Médicos de atención especializada o del S. de Anestesia, UCI o Urgencias que hayan remitido a los pacientes para efectuar esta técnica. | | |
| EXPECTATIVAS DE LOS DESTINATARIOS | | |
| Pacientes: Resolución de su problema alérgico con máxima rapidez. Médicos: comunicación rápida del resultado y utilidad diagnóstica del procedimiento. Celeridad en envío al laboratorio de investigación. | | |
| CALIDAD DEL SERVICIO | | |
| Destinatario | Servicios tangibles prestados | Características de calidad |
| Paciente y médicos | Seguridad en el transporte y conservación. | Ausencia de pérdidas por extravío, contaminación accidental, mala preparación o retraso en el envío al laboratorio. |
| Paciente y médicos | Aprovechamiento máximo de las muestras. | Análisis adecuado de los anticuerpos específicos según el contexto. |
| Paciente y médicos | Recuperación de resultados tan rápido como posible | Registro en la historia o comunicación rápida de los resultados |
| Paciente y médicos | Tratamiento inmediato en caso de resultado positivo. | Aviso urgente si el paciente va a ser intervenido. |

| Ficha de proceso (2) | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TÍTULO | | |
| Estudio molecular de hipersensibilidad a medicamentos, alimentos y aeroalérgenos | | |
| ACTIVIDADES, PROFESIONALES PARTICIPANTES Y CALIDAD DEL PROCESO | | |
| Actividad | Profesionales y responsable | Calidad |
| Extracción de sangre para técnica de proteómica. 50µL | Alergólogo de consulta externa. | Normas básicas de asepsia, anestesia y almacenamiento de muestras. |
| Anotación en base de datos, que se ubicaría en "médicos in pixi Alergia", para garantizar seguridad de los datos | Técnico o médicos de la Sección | Uso de plantilla que registre médico, fecha, filiación, determinaciones solicitadas y resultado del análisis (+/-) |
| Revisión diaria de resultados y su valoración clínica Validación. Actualización. | Técnico y médicos de la Sección | Anotaciones de la llegada de cada prueba. Comunicación inmediata al médico responsable si positivos. |
| Anotación en la historia del resultado del análisis | Médico responsable | Anotación inmediata del resultado del análisis tan pronto como se conozca. |
| Tratamiento alergológico y aviso a servicios. | Médico responsable | Aviso al médico responsable del ingreso hospitalario urgente y tratamiento |
| INDICADORES DE MEDIDA DE LA CALIDAD | | |
| Indicadores en puerta de entrada | Indicadores en puerta de salida | Indicadores de proceso |
| Número de sueros analizados. | Días hasta el registro en la historia del resultado. Porcentaje de muestras para los que se reciben todas las determinaciones solicitadas. | Porcentaje de pacientes con anotación del resultado en la historia con menos de 48 horas desde la firma del informe. |

Ficha de proceso (3)

TÍTULO

Estudio molecular de hipersensibilidad a medicamentos, alimentos y aeroalérgenos

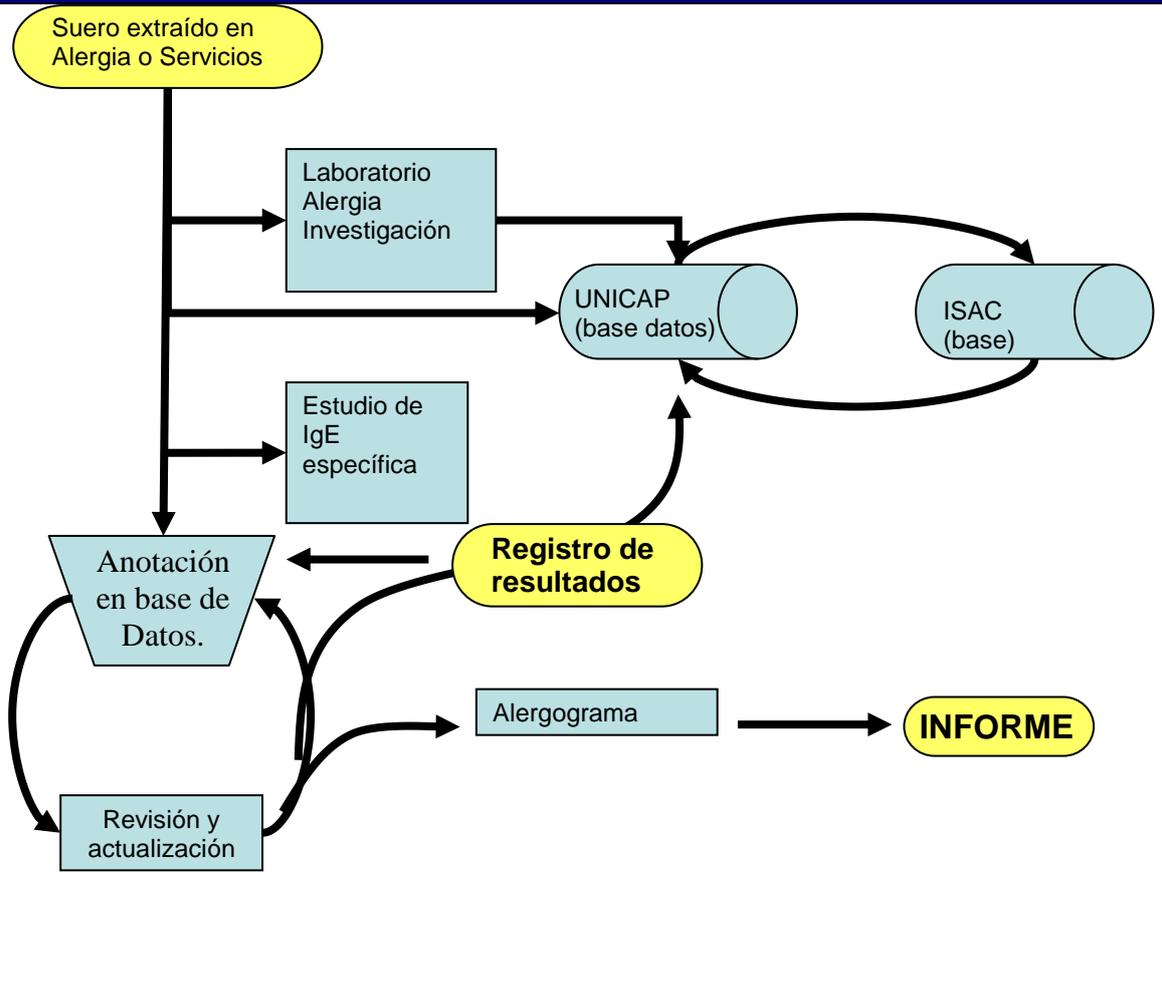
CONEXIÓN CON OTROS PROCESOS

Consultas externas de Alergia y Servicios solicitantes

Gestión de los informes clínicos pendientes después de la consulta

Asistencia a los pacientes hospitalizados a los que se pidió interconsulta

DIAGRAMA DE FLUJO



Anexo 2. Inmunoterapia en Atención Primaria

Se adjunta en archivo aparte, para ser difundido con mas comodidad

Anexo 3. Aplicación informática para la derivación de alergia a fármacos

Predicción de alergia a medicamentos a partir de la historia clínica.

INTRODUCCIÓN:

Una reacción alérgica a un fármaco es aquella que está mediada por mecanismos inmunológicos y se caracteriza por: ser específica, estar mediada por anticuerpos circulantes específicos y/o linfocitos específicamente sensibilizados y ser recurrente sí el paciente se re-expone al fármaco (1).

Los datos epidemiológicos para las reacciones alérgicas por medicamentos son imprecisos. De manera global afectan al 10-20% de los pacientes hospitalizados y hasta un 7% de los pacientes ambulatorios. Estos datos deben ser interpretados de forma cautelosa, ya que estas reacciones no suelen ser clasificadas de forma adecuada, es frecuente su infradiagnóstico no suelen ser comunicadas adecuadamente, y el término alergia se usa de manera indiscriminada (2).

Las reacciones adversas a medicamentos constituyen un problema importante en la práctica médica diaria y en la asistencia alergológica. En un estudio epidemiológico realizado en nuestro país, Alergológica 2005, la alergia a medicamentos, constituye el tercer motivo de consulta en los Servicios de Alergia (5). El diagnóstico se confirmó en el 29% de la población mayor de 14 años.

En las reacciones a medicamentos por hipersensibilidad, un diagnóstico seguro es particularmente difícil de obtener. La historia clínica no es absolutamente fiable, las pruebas in vivo e in vitro tienen una sensibilidad y especificidad baja y las pruebas de exposición controlada consumen mucho tiempo y son potencialmente peligrosas para el paciente.

Por estos motivos, muchos estudios epidemiológicos se basan únicamente en la historia clínica, sin intentar probar la relación entre la exposición y los síntomas o demostrar mecanismo inmune. En dos tercios de los pacientes que consultan por una supuesta alergia a un fármaco no se llega a demostrar sensibilización o relación con el medicamento implicado.(2) Pueden tratarse de erupciones maculopapulosas en el

transcurso de infecciones del tracto respiratorio superior tratadas con antibióticos y que están en relación con el agente patógeno, efectos adversos propios del fármaco, sensaciones subjetivas de angustia o hiperventilación e incluso episodios de alergia alimentaria (medicación tomada junto con un alimento). Estas probabilidades se invierten cuando se trata de pacientes con antecedentes de choque anafiláctico. (10)

La consideración más importante en la evaluación de una posible alergia a un fármaco es la sospecha de que un signo o síntoma sin explicación pueda deberse un fármaco que esté recibiendo actualmente el paciente. Los síntomas y signos generalmente indicadores de alergia a un fármaco, en contraposición a la reacción adversa no inmunológica, son la presencia de un periodo previo de sensibilización, el que pequeñas dosis del fármaco puedan producir la reacción alérgica y el que la sintomatología típica de la reacción alérgica, tal y como son la urticaria y la anafilaxia, suela aparecer inmediatamente tras la administración del fármaco o en caso de reacciones no inmediatas, durante las primeras 72 horas tras la administración del mismo.(6).

Por todo lo anterior la historia clínica es una herramienta fundamental para el diagnóstico de una supuesta reacción alérgica y es objeto de estudio en este proyecto de investigación.

OBJETIVOS

Objetivo principal:

A partir de los datos de la historia clínica de una supuesta reacción alérgica a medicamentos, establecer la probabilidad de que dicha reacción sea debida al fármaco implicado. Para ello se utilizará un modelo predictivo basado en la regresión logística binaria.

Objetivo secundarios (aplicaciones):

Establecer el porcentaje de fármacos que podrían no estar correctamente clasificados cuando el diagnóstico se ha hecho exclusivamente por la historia clínica.

Establecer indicaciones de derivación desde Servicios de Urgencias y Atención Primaria a partir de la gravedad y probabilidad de la supuesta reacción alérgica a medicamentos descrita.

Estudio económico sobre el ahorro/costes que supondría el uso de esta nueva metodología y la realización de las anteriores recomendaciones para los Servicios de Urgencias y Atención Primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio comprende todas las reacciones alérgicas a medicamentos que se estudiaron en el departamento de Alergología de Salamanca durante un año.

1. Criterios de inclusión.

Se incluyen todos los pacientes mayores de 14 años a los que se realizó estudio por sospecha de alergia a medicamentos entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2010. Todos los pacientes o sus representantes legales habían otorgado su consentimiento informado por escrito previamente. Los datos se obtuvieron de la revisión, de manera retrospectiva y de forma protocolizada, de sus historias clínicas.

No se excluyó del estudio ninguna reacción que tuviera las condiciones anteriores.

2. Datos y variables recogidos. Base de datos.

Las variables a considerar son las siguientes:

1. Edad del paciente
2. Sexo del paciente
3. Antecedentes familiares de primer grado de atopia (padre o madre)
4. Antecedentes familiares de primer grado (padre o madre) de alergia a medicamentos
5. Antecedentes personales de atopia
6. Antecedentes personales de alergia a medicamentos
7. Resultados (positivo, negativo o no realizado) de las pruebas intraepidérmicas frente a aeroalérgenos y trofoalérgenos cuando se hubieran realizados
8. Antecedentes de enfermedad crónica
9. Número de medicamentos consumidos de manera habitual
10. Motivo de consulta
11. Servicio clínico que remite al paciente
12. Motivo de administración del fármaco
13. Número de medicamentos implicados en la reacción
14. Simultaneidad de los medicamentos implicados en la reacción
15. Vía de administración
16. Período de latencia desde la última dosis administrada y la aparición de los síntomas.
17. Número de dosis administrada
18. Clínica presentada
19. Duración de los síntomas
20. Número de episodios
21. Asistencia a urgencias
22. Número de visitas a urgencias
23. Tratamiento recibido
24. Si precisó ingreso hospitalario
25. Tolerancia previa del medicamento implicado en la reacción
26. Tolerancia posterior

27. Tolerancia del mismo grupo
28. IgE total
29. Pruebas cutáneas intraepidérmicas e intradérmicas con los fármacos implicados
30. Resultado de las pruebas cutáneas
31. Pruebas de exposición controlada
32. Resultado de las pruebas de exposición controlada
33. Abandono del estudio

La base de datos se crea en un primer lugar por medio del programa Excel.

3. Metodología del estudio.

Los estudios con los distintos medicamentos se habían realizado de acuerdo con los protocolos y reactivos especificados en el Servicio de Alergia.

Los métodos empleados fueron los siguientes (descritos previamente en la introducción: apartado 1.9. Evaluación del paciente con sospecha de alergia medicamentosa)

- Historia clínica
- Pruebas *in vivo*:
 - pruebas intraepidérmicas
 - pruebas intradérmicas
 - pruebas epicutáneas
 - Pruebas de provocación controlada

- Pruebas *in vitro*: determinación de IgE específica (en casos concretos)

4. Análisis estadístico.

Los datos se analizarán mediante el programa SPSS versión 15.0.

Se aplicará regresión logística siendo la variable dependiente el diagnóstico de alergia a medicamentos, considerando en dos pasos: el primero 1= diagnóstico confirmado y de sospecha, 0= diagnóstico descartado, el segundo 1= diagnóstico confirmado y 0= diagnóstico descartado, eliminándose del análisis los diagnósticos de sospecha.

Entendemos por diagnóstico confirmado aquel en el que existen pruebas objetivas que apoyan que la reacción fue alérgica (IgE específica, pruebas cutáneas, prueba de exposición controlada con resultado positivo). Diagnóstico de sospecha es aquel que se realiza únicamente por medio de la historia clínica, y no se realiza prueba de exposición controlada y diagnóstico descartado es aquel al que se llega después de haber realizado todas las pruebas disponibles en nuestro alcance (pruebas *in vivo*, *in vitro* y prueba de exposición controlada) con resultado negativo.

Se analizarán individualmente las variables que se relacionan con estos diagnósticos. Posteriormente, una vez descartas las no significativas, se realizará un modelo predictivo, y se explotará su utilidad dentro de un marco teórico.

BREVE RESEÑA BIBLIOGRÁFICA

1. OMS. Vigilancia Farmacológica Internacional. Función del Hospital. Series de Informes Técnicos nº 498. Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1969.
2. Pélaez, Dávila. Tratado de Alergología. Tomo 2. Capítulo 66. Pagina 1303-1315. Ed. Ergon 2007.
3. Demoly P, Romano A. Update on Beta-Lactam Allergy diagnosis. Curr Allergy Asthma Rep 2005; 5:9-14.
4. Aparecida T, Nagao-Días, Barros-Nunes P, Helena LL, Coelho, Dirceu Solé. Allergic drug reactions. J Pediatr 2004; 5: 9-14.
5. Gamboa. The epidemiology of drug allergy-related consultations in Spanish Allergology services: Alergológica-2005. Journal Investigation Allergology Clinical Immunology 2009; 19 Supple 2: 45-50.
6. Patterson. Enfermedades alérgicas. 2011. Séptima edición. Capítulo 17. Alergia medicamentosa. Pagina 247
7. Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. JAMA. 1998; 279 (15): p. 1200-1205.
8. Thong BY, Leong KP, Tang CY, Chang HH. Drug allergy in a general hospital: results of a novel prospective inpatient reporting system. Ann Allergy Asthma Immunol 2003; 90: 342-7.
9. Gomes E, Cardoso MF, Praça F, Gomes L, Mariño E, Demoly P. Selfreported drug allergy in a general adult Portuguese population. Clin Exp Allergy 2004, 34; 1598-601.
10. Sade K, Holtzer I, Levo Y, et al. The economic burden of antibiotic treatment of penicillin- allergic patients in internal medicine wards of a general tertiary care hospital. Clin Exp Allergy 2003; 33:501-506.