

Eduardo Calvo Corbella [Buscar autor en Medline]
Gema Collada Holgueras [Buscar autor en Medline]
Raquel Marcos García [Buscar autor en Medline]



La organización de la consulta orientada hacia el paciente

Diagnóstico de EPOC y espirometría: ¿Tiene interés diagnosticar EPOC?

El diagnóstico de EPOC se realiza en base a resultados funcionales de obstrucción no reversible. La guía **GOLD**¹ establece que deben ser sometidos a cribado los "pacientes con historia de tabaquismo que, habitualmente a partir de la quinta década de la vida (mayores de 35 años en la guía **NICE**), presentantos y/o expectoración crónicas, infecciones respiratorias recurrentes y disnea progresiva". E Además, el diagnóstico de EPOC mediante espirometría permite vigilar la evolución a EPOC en grupos de riesgo y favorece el abandono del hábito tabáquico^{2,3}.

La intervención de una enfermera comunitaria al alta (en hospital) tras una reagudización de EPOC no modifica el número de reingresos, la calidad de vida u otros aspectos del manejo de la enfermedad por parte del paciente, en comparación con los cuidados habituales de la atención primaria⁴. No hubo diferencias en sexo y edad entre los grupos de intervención y control. La muestra total fue de 174 pacientes, 67 de 84 (80%) en grupo de intervención acaban el estudio, frente a 80 de 93 (86%) en el grupo control. Se observó un aumento de la actividad global, de la satisfacción y del conocimiento de la enfermedad, pero sin diferencias estadísticamente significativas, excepto en el conocimiento del paciente sobre su enfermedad, que mejoró

Educación y relación entre profesionales:

Uno de los mecanismos principales para mejorar la relación AP/AE (Atención Primaria/Especializada o secundaria) es facilitar la comunicación entre ambas. Ésta es bidireccional, e implica transmisión de conocimiento personal y científico. Existen varios sistemas:

1. la interconsulta (vehicula información sobre el paciente y expresa qué se espera de la consulta)
2. las sesiones de interconsulta en el centro de salud
3. cursos y talleres con docentes mixtos MF/AE
4. consensos locales y consensos de ámbito general

La interconsulta :

Las encuestas dirigidas a profesionales de la AE, destacan que éstos consideran que la información dada por los médicos de AP a través de sus informes es suficiente en el 70 % de los casos.

Existen múltiples causas para que un médico de familia decida derivar a su paciente a otro colega (**Tabla 1**)⁵. Rara vez la decisión depende exclusivamente de aspectos clínicos, siendo importantes aquéllos factores que dependen de las expectativas del paciente y la relación médico-paciente. Se reconoce que cada profesional tiene un "perfil" de derivación, que depende de la experiencia profesional y los años trabajados, principalmente. El perfil ideal sería aquél que manejara la mínima incertidumbre diagnóstica, derivando pacientes para realizar técnicas o tratamientos no accesibles en la AP, satisfaciendo ampliamente las expectativas de los pacientes.

En la práctica, el conocimiento de la actuación de la AE, modula muchas veces las futuras derivaciones, pues sabemos qué podemos esperar de nuestros colegas de AE, basándonos en experiencias previas.

La interconsulta en el centro de salud.

bibliografía

1. Jiménez-Ruiz CA, Sobradillo V, Gabriel R, Viejo JL, Masa JF, Miravitles M, Villasante C, Fernández-Fau L. Síntomas respiratorios y diagnóstico de EPOC en fumadores de distintas labores de tabaco. Resultados del estudio IBERPOC. Arch Bronconeumol 2002;38:530-5. (Full Text/PDF)
2. Masa JF, Sobradillo V, Villasante C, Jiménez-Ruiz CA, Fernández-Fau, Viejo JL, Miravitles M. Costes de la EPOC en España. Estimación a partir de un estudio epidemiológico poblacional. Arch Bronconeumol 2004; 40(2):72-9. (Full Text/PDF)
3. Rodríguez-Roisin R, Barberá JA, Sánchez-Agudo L, Molina París J, Sunyer J, Macián V, Navarro D, Hernando P, López Encuentra A, Puig F, Carné X. -Jurado de Consenso-, por el Grupo de Trabajo-Conferencia de Consenso para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Arch Bronconeumol 2003; 39(Supl 3):5-47. (Full Text/PDF)
4. Miguel Díez J, Izquierdo Alonso JL, Molina París J, Rodríguez González-Moro JM, Lucas Ramos P, Gaspar Alonso-Vega G. Fiabilidad del diagnóstico de la EPOC en Atención Primaria y Neumología en España. Factores predictivos. Arch Bronconeumol 2003; 39(5):203-8. (Full Text/PDF)
5. Clotet J, Gómez-Arbonés X, Ciria C, Albalad JM. La espirometría es un buen método para la detección y el seguimiento de la EPOC en fumadores de alto riesgo en Atención Primaria. Arch Bronconeumol 2004;40(4): 155-9. (Full Text/PDF) [Ver más](#)

enlaces

No hay enlaces de interés



Los médicos de AE valoran especialmente la comunicación personal y el contacto telefónico. Los médicos de familia encuentran en este sistema un método ideal (basado en pacientes reales) para conocer las pautas locales de actuación ante los problemas atendidos en la consulta.



El problema reside en el coste (tiempo del especialista y de AP), aunque se reconocen las ventajas que reporta: disminuye las derivaciones o las mejora cualitativamente. En ocasiones, el problema para el médico de familia no es conocer la teoría –lo que se debe hacer–, sino lo que se puede hacer en un ámbito concreto, con condicionantes sociosanitarios reales; y ello porque las posibilidades de actuación ante los problemas médicos son múltiples y escasean los estudios de eficiencia para saber cuál debería ser la actuación ideal.

La actuación “uniforme”, en un área de salud, ante problemas concretos, favorece la equidad, bien sea al diagnosticar y tratar, p.ej.osteoporosis, como al decidir si tratamos a un paciente con EPOC severa con mucolíticos. Aunque aceptemos la variabilidad entre profesionales debemos reducirla a un mínimo.

Curso y talleres con docentes mixtos.

El objetivo es similar al apartado anterior, pero en este caso el docente actúa atendiendo las necesidades formativas del médico de familia. Es fundamental determinar qué enseñar, priorizarlas y establecer un método adecuado de aprendizaje. Los talleres se deberán construir tomando como referente escenarios clínicos reales, partiendo de preguntas que serán respondidas en base a la evidencia disponible. En estos casos es adecuado contar con docentes que conozcan el medio hospitalario y la atención primaria, siendo deseable la complementariedad entre MF y AE.

Taller de uso de inhaladores en atención primaria, **Figura 1.**

Consensos locales y generales.

Ya hemos mencionado el interés de conocer qué se hace en nuestra área de salud acerca de la asistencia de problemas concretos de salud. Esto implica conocer maneras comunes de actuar, generalmente implícitas por la costumbre, a veces expresadas en forma de protocolos exclusivos de la AP, muy pocas veces incluidas en protocolos mixtos AP/AE. Unas normas mínimas de actuación común son exigibles. Así, debemos saber cuándo sería deseable derivar a un paciente, qué técnica podemos solicitar directamente (p.ej., espirometría, gasometría, RAST...) o aquélla que exige derivar al paciente (prick test, metacolina...).

Médicos y enfermeras de atención primaria con “especial interés”.

En el Reino Unido hay una tendencia a reconocer una “especialización” dentro de atención primaria. Así, la educación en asma, se realiza en centros monográficos con enfermeras previamente capacitadas en metodología docente. No pretendemos demandar “subespecializaciones” en atención primaria, pero sí reconocemos la importancia de los grupos de trabajo de médicos y enfermeras de atención primaria que, en España, amplían la participación de este medio en la atención a los pacientes.

Educación a pacientes y el “self management” (autocuidado).

En patologías crónicas respiratorias, como el asma, la educación tiene gran importancia y ha demostrado alta eficacia.

“**Self management**” se puede traducir como “automanejo” o autocuidado: “educar a los pacientes sobre cómo desempeñar las actividades habituales de manera óptima, de cara a su desarrollo fisiológico y para prevenir o disminuir la severidad de las exacerbaciones por medio de adaptación del estilo de vida” **6 . Monninkhof** realizó una revisión sistemática analizando ocho ensayos clínicos donde compararon el autocuidado con el cuidado habitual. No mejoró la tasa de admisión hospitalaria, ni la atención a urgencias, ni los días de trabajo perdidos ni la función pulmonar. Sí hubo mejoría en la necesidad de medicación de “rescate” o aliviadora , con mayor uso de corticoides orales y antibioterapia.

Los programas educativos para el autocuidado suelen incluir las siguientes áreas:

1. Suspensión del tabaco
2. Mejora del ejercicio físico
3. Nutrición
4. Autotratamiento de las exacerbaciones
5. Técnica de inhalación
6. Manejo de las actividades de la vida diaria
7. Un “plan de actuación”, definido como un plan escrito hecho a propósito para el autocuidado del paciente con exacerbaciones de EPOC

Otras intervenciones:

Las siguientes intervenciones exigen una actuación coordinada de los diferentes niveles asistenciales para su implementación, con diferentes grados de intervención de atención primaria.

Rehabilitación en AP.

Se ha demostrado (**evidencia A**) que todo paciente con EPOC se beneficia de un programa de rehabilitación respiratoria: mejoran la tolerancia al ejercicio, la disnea y la calidad de vida. Se ha demostrado beneficio con programas hospitalarios, ambulatorios o a domicilio. El documento de consenso 2003 sobre EPOC reconoce el déficit de soporte rehabilitador en España ⁷. El documento británico "Bridging de Gap", va aún más lejos y acepta su facilitación desde la atención primaria.

Oxigenoterapia.

La oxigenoterapia, junto al abandono del tabaco y la cirugía reductora pulmonar, son las únicas intervenciones que modifican y reducen el deterioro funcional en la EPOC (**evidencia A**). En España, durante muchos años, ocurrió una situación de "hiperprescripción" de oxigenoterapia. Actualmente, y tras la intervención de la administración, su uso se facilita mediante protocolos que exigen la dispensación por AE. Opcionalmente, un médico de familia puede hacer la prescripción "de inicio", con validez transitoria hasta la valoración por AE. Esto facilita, incluso, la prescripción de oxígeno a pacientes con EPOC que se trasladan por el territorio Español, sin dificultades.

Atención a exacerbaciones: ventilación no invasiva.

La revisión Cochrane realizada por Ram y cols demostró el beneficio de la VNI en las exacerbaciones de EPOC con fallo respiratorio, disminuyendo la tasa de intubaciones y la mortalidad ⁸. Obviamente, esto corresponde a la atención hospitalaria, pero el sistema de salud debe facilitar el acceso a VNI en los servicios de urgencias (no sólo en UCI).

Cuidados paliativos en el paciente con EPOC.

Los últimos meses de un paciente con EPOC pueden cursar con disnea (síntoma principal), confusión y depresión, entre otros. La atención integrada con servicios de asistencia social, médico y enfermera de AP y, en su caso, servicio de cuidados paliativos, puede facilitar una disminución de las visitas urgentes, mejora del sueño, la disnea y la ansiedad ⁹.

Control de calidad:

¿Cómo valorar el rendimiento organizativo?

Martínez González ⁵ establece que se necesitan diferentes tipos de evaluación según los diferentes objetivos pretendidos .En la **tabla 2** se proponen algunos criterios de evaluación de un programa de EPOC y, en las **tabla 3, 4 y 5**, se enumeran criterios de calidad , a modo de ejemplo. **Martínez González** es miembro del Grupo de respiratorio de la Sociedad Española de MFyC y en este trabajo referenciado recoge las propuestas del Grupo de Respiratorio de la Sociedad de MFyC de Euzkadi.

