

Atención a la cronicidad. Práctica basada en la evidencia. Herramientas de apoyo en consulta

Attention to chronicity. Evidence-based practice. Consultation support tools

Luis Ruiz Bravo^A, Alejandro Soto Ramos^A y Mercedes Terrero Varilla^B

^A Enfermero de familia. UGC Olivares. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte.

^B Enfermera de familia y coordinadora de Cuidados. UGC Olivares. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte.

RESUMEN

La prevalencia de las enfermedades crónicas va en aumento. El modelo de atención a la cronicidad en atención primaria tiene como objetivos: mejorar la movilización de los recursos de la comunidad, desarrollar programas de autocuidados y educación al paciente y familia, rediseñar el sistema de prestación para garantizar la continuidad en la atención y asegurar el perfil competencial de los clínicos. Para ello es necesario que los gestores de cuidados lideren este modelo de cuidados asegurando que las decisiones que se toman a diario en la práctica asistencial estén basadas en las mejores evidencias disponibles, se evalúen los resultados y se replanteen las estrategias en caso de necesidad buscando siempre resultados en salud y la mejora de la calidad de vida en la atención a la cronicidad.

ABSTRACT

The prevalence of chronic diseases is increasing. The chronicity care model in primary care has the following objectives: improve the mobilization of community resources, develop self-care programs and patient and family education, redesign the delivery system to guarantee continuity of care and ensure that the competency profile of clinicians. For this, it is necessary that care managers lead this care model, ensuring that the decisions that are made daily in care practice are based on the best available evidence, the results are evaluated and the strategies are reconsidered in case of need, seeking always results in health and the improvement of the quality of life in the attention to chronicity.

INTRODUCCIÓN

Por todos es conocido que la prevalencia de las enfermedades crónicas va en aumento debido a múltiples factores, entre los que cabe destacar: el aumento de la esperanza de vida y los cambios en los hábitos de vida. Este escenario en el que nos hallamos inmersos y que condiciona mayores necesidades de atención para las personas que la sufren, ha obligado a las autoridades sanitarias a reorientar el sistema sanitario, centrado hasta ahora en las patologías agudas y empezar a tomar decisiones políticas en cuanto a la atención a la cronicidad. La planificación sanitaria, por tanto, se revela imprescindible para establecer las estrategias de atención, así como la redefinición de roles profesionales, donde las enfermeras de atención primaria asuman más competencias, convirtiéndose en profesionales clave en la atención al paciente crónico¹.

El modelo de cuidados de enfermedades crónicas es un marco organizativo, cuyo objetivo es la atención de la cronicidad en atención primaria y cuyas intervenciones son: mejorar la movilización de recursos de la comunidad, desarrollar programas de autocuidados y educación al paciente y a su familia, rediseñar el sistema de prestación para garantizar la continuidad de la atención, asegurar que los clínicos tengan los sistemas de apoyo necesarios para la toma de decisiones, desarrollar

sistemas de información y promover la utilización del modelo en todo el sistema de salud, marcando objetivos claros para todas las disciplinas, en función de las competencias y perfiles profesionales y fijando incentivos para ello².

Los gestores de cuidados, líderes de equipos, deben conocer cuáles son las consecuencias de las decisiones que se toman a diario en la práctica asistencial, elegir modelos de gestión de cuidados apropiados, medir y evaluar los resultados para replantar las estrategias en caso de necesidad, así como favorecer las mejores prácticas clínicas entre los profesionales, basando las decisiones en la mejor evidencia disponible.

JUSTIFICACIÓN

Actualmente y por todo lo expuesto anteriormente, en Andalucía nos encontramos inmersos en la implantación de la atención a pacientes crónicos con necesidades complejas, liderada por las enfermeras gestoras, quienes, junto con los equipos básicos de atención primaria, atienden a personas con comorbilidad, pluripatología, polimedicación y entorno de apoyo familiar y social dificultoso, a los que se le denominan "pacientes crónicos con necesidades de salud complejas". Esta intervención debe contribuir a mejorar la atención de las personas con problemas de salud crónicos, con impacto en resultados clínicos, en el entorno de las unidades de gestión clínica de atención primaria y con la cooperación de las unidades de gestión clínica hospitalarias implicadas en dicha atención³.

FECHA DE RECEPCIÓN: 5/11/2022

FECHA DE ACEPTACIÓN: 1/12/2022

Correspondencia: Mercedes Terrero Varilla

Correo electrónico: mterrero@gmail.com

Para ello se han facilitado herramientas para los equipos como son:

- Listado nominal de pacientes crónicos complejos priorizados. Las patologías priorizadas han sido la Insuficiencia cardíaca (IC) y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), además de otras patologías crónicas. Se genera así una lista priorizada de pacientes crónicos complejos, que permitirá centrar las intervenciones en los pacientes más vulnerables y con mayores necesidades.
- Plan de atención personalizado: herramienta incluida en la historia de salud y que consiste en el proceso de colaboración utilizado en la gestión de condiciones crónicas de salud en el cual pacientes o personas cuidadoras y los profesionales sanitarios establecen consensualmente los objetivos a lograr en el paciente y las intervenciones que se llevarán a cabo para ello.
- Seguimiento proactivo de pacientes crónicos complejos priorizados: herramienta incluida en la historia de salud, para de manera proactiva detectar precozmente signos y síntomas de alarma en los pacientes crónicos complejos priorizados y establecer las intervenciones y movilizar los recursos necesarios para evitar descompensaciones y re-ingresos prevenibles.

En la UGC de Olivares, perteneciente al distrito sanitario Aljarafe-Sevilla Norte, conscientes de la necesidad de desarrollar competencias, del papel de la enfermera en la atención a la cronicidad y de la falta de conocimientos o escasa actualización entre los profesionales, hemos desarrollado cuatro herramientas de apoyo en consulta, para que de una manera resumida y de fácil manejo, los profesionales tengan a su alcance la evidencia disponible basadas en guías de práctica clínica, así como los principales recomendaciones para el autocuidado de los pacientes con las patologías priorizadas: la insuficiencia cardíaca y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Presentamos por tanto estas cuatro herramientas; manejo de la IC en atención primaria (anexo I), recomendaciones para pacientes con IC (anexo II), manejo de la EPOC en atención primaria (anexo III) y Tipos de fármacos (anexo IV). Esperamos sirvan de apoyo a las enfermeras de atención primaria inmersas en el cuidado de pacientes crónicos con necesidades complejas y comprometidas con la calidad de nuestras intervenciones y la práctica basada en las evidencias disponibles.

BIBLIOGRAFÍA

1. Patricia Gómez-Picard, Juli Fuster Culebras. Atención a la cronicidad: desafío estratégico, macrogestión y políticas de salud. *Enfermería Clínica*. 2014. Vol 24. Num. 1: 12-17
Disponible en <https://www.elsevier.es/es-exportar-rif-S1130862113001903>
2. Bengoa R. Innovaciones en la gestión de enfermedades crónicas. *JANO*. 2008; 1.718: 49-53
Disponible en: http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1718/49/00490052_LR.pdf
3. Atención a pacientes crónicos con necesidades de salud complejas. Estrategia de implantación. Gerencia del servicio andaluz de salud, 2016. Edición: escuela andaluza de salud pública.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Ruiz Bravo L, Soto Ramos A, Terrero Varilla M. Atención a la cronicidad. Práctica basada en la evidencia. Herramientas de apoyo en consulta. *Hygia de Enfermería*. 2022; 39(3): 159-168.

Anexo I

MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ATENCIÓN PRIMARIA

DIAGNÓSTICO Y SÍNTOMAS

Clasificación funcional de la NYHA:

Clase funcional NYHA	Tolerancia al esfuerzo
Clase funcional I	Sin limitación. Actividades físicas habituales no causan disnea, cansancio ni palpitaciones.
Clase funcional II	Ligera limitación de la actividad física. Actividad física habitual produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones.
Clase funcional III	Limitación marcada de la actividad física. Actividades menores producen síntomas.
Clase funcional IV	Incapacidad de realizar cualquier actividad sin síntomas. Aparecen síntomas incluso en reposo.

Síntomas típicos: disnea, ortopnea, fatiga, cansancio, disnea paroxística nocturna, baja tolerancia al ejercicio, edema en MMII.

Síntomas menos comunes: tos nocturna, sibilancias, palpitaciones, síncope, depresión, confusión en ancianos, pérdida de apetito, aumento de peso (> 2kg / semana) o pérdida de peso (IC avanzada).

PAPEL DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

La información y la educación sanitaria orientada hacia el autocuidado.

Deben conocer su enfermedad, medidas higiénico-dietéticas y TTO farmacológico.

- **IC:** comentar que el corazón no bombea la sangre como debería, pero con un buen autocuidado puede mejorar mucho la clínica y calidad de vida.
- **Alimentación:** equilibrada, restricción salina, toma de máx. 1,5-2 L de líquidos al día en IC grave...
- **Ejercicio físico:** Durante la actividad, la persona debe poder hablar. Si no pudiera, el ejercicio es excesivo.
 - Caminar por terreno llano, empezando 5-10 min unas 2 veces/día, e ir aumentando progresivamente hasta conseguir 30-40 min. de 5 a 7 veces por semana.
 - Nadar en agua templada (para evitar los cambios bruscos de temperatura) unos 15 min. al día.
 - Pasear en bicicleta en terreno llano (o bicicleta estática) 15 o 20 min. al día, con una resistencia baja e ir aumentando gradualmente según la tolerancia.
- **Intervención antibabaco:** si procede.
- **TTO farmacológico:** no dejar de tomarlo aunque la clínica mejore. No olvidemos que es una enfermedad crónica y que de ello depende que pueda haber descompensación y/o ingresos hospitalarios.

La detección precoz de síntomas para evitar descompensación.

- **Enseñar síntomas** típicos y menos comunes citados al inicio.

El fomento de la adherencia terapéutica.

- **Establecer una buena relación terapéutica** (no intimidar ni reñir al paciente). Escala Morinsky-Green.

La elaboración de planes de cuidados según las necesidades de cada individuo.

- **Se debe adaptar la intervención a sus rutinas**, y aceptar que el paciente es quien decide su propia salud.

El asesoramiento ante dudas y dificultades del paciente y su familia.

- Afecta tanto a nivel físico como a nivel mental. **Se puede ofrecer posibilidad de unirse a grupos de apoyo.**

El apoyo emocional para el mejor afrontamiento de la enfermedad y la posible pérdida de funcionalidad.

- **La disminución de actividad sexual** es común en IC y suele relacionarse con ansiedad y depresión.
- **Asesoramiento sexual:** No se aconseja restringir la vida sexual salvo en casos avanzados o IC descompensada, Es necesario acomodarla según tolerancia, evitando esfuerzos que originen aumento de síntomas.
- **En caso de disfunción eréctil** explicar que puede darse por efectos colaterales del TTO, síntomas psicológicos, enfermedades como diabetes, etc. Derivar a MAP si precisara ayuda farmacológica.

Asegurar la continuidad asistencial coordinándonos con MAP y con el segundo nivel.

- **Seguimiento:** CT, CE o VPR a las 48-72 horas tras alta o episodio de descompensación → 7-10 días → 3 meses

RECOMENDACIONES GENERALES A PACIENTES

1. Tomar la medicación como está prescrita (misma hora cada día) y no abandonarla aunque se encuentre mejor.
2. No olvidar ninguna dosis. Si esto ocurre y faltan pocas horas para la siguiente toma, no tomar el doble.
3. No dejar de tomar la medicación si presenta efectos adversos. Consultar antes con su médico o enfermera.
4. No tomar medicamentos ni productos de herboristería sin consultarlo antes con su médico o enfermera. Remedio natural no significa inofensivo, ya que pueden empeorar síntomas de la enfermedad o no ser compatibles con los fármacos. Esté atento para no quedarse sin medicación.
5. Elabore un listado con sus medicamentos: nombre, dosis, a la hora que lo toma y desde cuando los toma. Déjelo en un sitio visible como por ejemplo el frigorífico, un corcho, una pizarra, etc.
6. Si tiene dificultades para manejar la medicación, utilice un pastillero.
7. Controle en domicilio la tensión arterial según las cifras que le indique su enfermera, disnea o sensación de ahogo, la ganancia rápida de peso y edemas en miembros inferiores.
8. Si aparecen síntomas, contacte con su enfermero/médico de referencia.

MANEJO DE LA MEDICACIÓN

Es importante titular el fármaco: incrementos paulatinos de dosis en función de parámetros clínicos y analíticos, hasta conseguir la dosis efectiva. Esto implica un control y seguimiento estrecho del paciente.

En caso de que TA < 90/60 mmHg o la FC < 60 lpm habrá que reducir dosis y realizar seguimiento hasta resolución.

No todas las personas necesitan todos los medicamentos, depende de síntomas, el estado de salud y los hábitos de vida.

POR ORDEN DE USO	EFECTOS	SECUNDARIOS	VIGILAR																																	
Beta-bloqueante. (- lol)	Dism TA y FC.	Mareos, inestabilidad en la marcha, hipoglucemia, disfunción eréctil, depresión, empeoramiento de síntomas de IC.	EKG: bradicardia, bloqueos, enfermedades en nódulo A-V.																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>BETABLOQUEANTE</th> <th>DOSIS DE COMIENZO</th> <th>DOSIS OBJETIVO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bisoprolol</td> <td>1,25 mg /24 h</td> <td>10 mg / 24h</td> </tr> <tr> <td>Carvedilol</td> <td>3,125 mg /12h</td> <td>25-50 mg /12h</td> </tr> <tr> <td>Metoprolol succinato</td> <td>12,5/25 mg /24 h</td> <td>200 mg/24h</td> </tr> <tr> <td>Nebivolol</td> <td>1,25 mg /24h</td> <td>10 mg / 24h</td> </tr> </tbody> </table>			BETABLOQUEANTE	DOSIS DE COMIENZO	DOSIS OBJETIVO	Bisoprolol	1,25 mg /24 h	10 mg / 24h	Carvedilol	3,125 mg /12h	25-50 mg /12h	Metoprolol succinato	12,5/25 mg /24 h	200 mg/24h	Nebivolol	1,25 mg /24h	10 mg / 24h	<p><i>Al inicio puede haber descompensación, hipotensión o empeoramiento de IC → aumentar dosis poco a poco.</i></p> <p><i>Titulación de dosis: se hará doblando la dosis en cada visita (cada 2-4 semanas) hasta alcanzar dosis objetivo.</i></p>																		
BETABLOQUEANTE	DOSIS DE COMIENZO	DOSIS OBJETIVO																																		
Bisoprolol	1,25 mg /24 h	10 mg / 24h																																		
Carvedilol	3,125 mg /12h	25-50 mg /12h																																		
Metoprolol succinato	12,5/25 mg /24 h	200 mg/24h																																		
Nebivolol	1,25 mg /24h	10 mg / 24h																																		
IECA. (- pril)	Dism TA.	Mareos, tos, erupción cutánea.	Analítica: aum K y peor función renal (urea, creatinina y filtrado glomerular).																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>IECA</th> <th>DOSIS DE COMIENZO</th> <th>DOSIS OBJETIVO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Captopril</td> <td>6,25 mg/8 h</td> <td>50 mg/8 h</td> </tr> <tr> <td>Enalapril</td> <td>2,5 mg/12 h</td> <td>10-20 mg/12 h</td> </tr> <tr> <td>Ramipril</td> <td>1,25 mg/12 h</td> <td>5 mg/12 h</td> </tr> <tr> <td>Trandolapril</td> <td>0,5 mg/24 h</td> <td>4 mg/24 h</td> </tr> <tr> <td>Lisinopril</td> <td>2,5-5,0 mg/24 h</td> <td>20-35 mg/24 h</td> </tr> <tr> <td>Perindopril</td> <td>2 mg/24 h</td> <td>8-16 mg/24 h</td> </tr> <tr> <td>Quinapril</td> <td>5 mg/12 h</td> <td>20 mg/24 h</td> </tr> <tr> <td>Fosinopril</td> <td>5-10 mg/24 h</td> <td>40 mg/24 h</td> </tr> </tbody> </table>			IECA	DOSIS DE COMIENZO	DOSIS OBJETIVO	Captopril	6,25 mg/8 h	50 mg/8 h	Enalapril	2,5 mg/12 h	10-20 mg/12 h	Ramipril	1,25 mg/12 h	5 mg/12 h	Trandolapril	0,5 mg/24 h	4 mg/24 h	Lisinopril	2,5-5,0 mg/24 h	20-35 mg/24 h	Perindopril	2 mg/24 h	8-16 mg/24 h	Quinapril	5 mg/12 h	20 mg/24 h	Fosinopril	5-10 mg/24 h	40 mg/24 h	<p><i>Vigilar TA. Si está prescrito una vez al día, tomar antes de acostarse para evitar marearse durante el día.</i></p> <p><i>Si IECA no funciona, tiene intolerancia o demasiados efectos adversos se puede usar ARA II.</i></p>						
IECA	DOSIS DE COMIENZO	DOSIS OBJETIVO																																		
Captopril	6,25 mg/8 h	50 mg/8 h																																		
Enalapril	2,5 mg/12 h	10-20 mg/12 h																																		
Ramipril	1,25 mg/12 h	5 mg/12 h																																		
Trandolapril	0,5 mg/24 h	4 mg/24 h																																		
Lisinopril	2,5-5,0 mg/24 h	20-35 mg/24 h																																		
Perindopril	2 mg/24 h	8-16 mg/24 h																																		
Quinapril	5 mg/12 h	20 mg/24 h																																		
Fosinopril	5-10 mg/24 h	40 mg/24 h																																		
ARA II. (- sartán)	Dism TA.	Mareos.	Analítica: aum K y peor función renal (urea, creatinina y filtrado glomerular).																																	
Antagonistas de Aldosterona.	Dism TA.	Hiperpotesemia.	Analítica: aum K y peor función renal (urea, creatinina y filtrado glomerular).																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DOSIS INICIAL</th> <th>DOSIS OBJETIVO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Eplerenona</td> <td>25 mg/día</td> <td>50 mg/día</td> </tr> <tr> <td>Espirinolactona</td> <td>25 mg/día</td> <td>25-50 mg/día</td> </tr> </tbody> </table>				DOSIS INICIAL	DOSIS OBJETIVO	Eplerenona	25 mg/día	50 mg/día	Espirinolactona	25 mg/día	25-50 mg/día	<p><i>Titulación de dosis: aumentar dosis en cada visita (cada 4-8 semanas) hasta alcanzar dosis objetivo.</i></p> <p><i>Realizar analítica al menos 1 vez al año (Si tiene IRC cada 6 meses) para valorar iones y función renal.</i></p>																								
	DOSIS INICIAL	DOSIS OBJETIVO																																		
Eplerenona	25 mg/día	50 mg/día																																		
Espirinolactona	25 mg/día	25-50 mg/día																																		
+																																				
Diuréticos.	Alivian disnea y edema.	Fatiga, calambres musculares, mareos, hormigueo, palpitaciones.	Analítica: aum K y peor función renal (urea, creatinina y filtrado glomerular).																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>DIURÉTICO</th> <th>DOSIS DE COMIENZO</th> <th>DOSIS DIARIA USUAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">Diuréticos de asa</td> </tr> <tr> <td>Furosemda</td> <td>20-40 mg</td> <td>40-240 mg</td> </tr> <tr> <td>Torasemida</td> <td>5-10 mg</td> <td>10-20 mg</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Tiazidas</td> </tr> <tr> <td>Hidroclorotiazida</td> <td>25 mg</td> <td>12,5-100 mg</td> </tr> <tr> <td>Indapamida</td> <td>2,5 mg</td> <td>2,5-5 mg</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Diuréticos ahorradores de potasio</td> </tr> <tr> <td>Espirinolactona/Eplerenona</td> <td>+IECA/ARA II 12,5-25 mg</td> <td>-IECA/ARAI 50 mg</td> </tr> <tr> <td>Amilorida</td> <td>2,5 mg</td> <td>5 mg</td> </tr> <tr> <td>Triamtereno</td> <td>25 mg</td> <td>50 mg</td> </tr> </tbody> </table>			DIURÉTICO	DOSIS DE COMIENZO	DOSIS DIARIA USUAL	Diuréticos de asa			Furosemda	20-40 mg	40-240 mg	Torasemida	5-10 mg	10-20 mg	Tiazidas			Hidroclorotiazida	25 mg	12,5-100 mg	Indapamida	2,5 mg	2,5-5 mg	Diuréticos ahorradores de potasio			Espirinolactona/Eplerenona	+IECA/ARA II 12,5-25 mg	-IECA/ARAI 50 mg	Amilorida	2,5 mg	5 mg	Triamtereno	25 mg	50 mg	<p><i>Suelen tener la necesidad de ir al baño aprox. 1 hora después de tomarlos → tener en cuenta para planificar salidas (adaptarlo a la rutina del paciente).</i></p> <p><i>Llevar un registro diario del peso y controlar el aumento o la pérdida de peso rápidos para prevenir signos y síntomas de congestión cardíaca, además de la toma de tensión arterial.</i></p>
DIURÉTICO	DOSIS DE COMIENZO	DOSIS DIARIA USUAL																																		
Diuréticos de asa																																				
Furosemda	20-40 mg	40-240 mg																																		
Torasemida	5-10 mg	10-20 mg																																		
Tiazidas																																				
Hidroclorotiazida	25 mg	12,5-100 mg																																		
Indapamida	2,5 mg	2,5-5 mg																																		
Diuréticos ahorradores de potasio																																				
Espirinolactona/Eplerenona	+IECA/ARA II 12,5-25 mg	-IECA/ARAI 50 mg																																		
Amilorida	2,5 mg	5 mg																																		
Triamtereno	25 mg	50 mg																																		

Bibliografía utilizada: Cuidados de Enfermería a personas con Insuficiencia Cardíaca Crónica en Atención Primaria. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC).

Anexo II

RECOMENDACIONES PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

RECOMENDACIONES INSUFICIENCIA CARDÍACA



HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE

- ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA, DIETA BAJA EN SAL.
- REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA.
- ABANDONO DEL TABACO.



TOMA DE MEDICACIÓN

- TOMA DE MEDICACIÓN A LA MISMA HORA.
- NO ABANDONAR EL TRATAMIENTO, AUNQUE SE ENCUENTRE MEJOR.
- NO DEJAR DE TOMAR LA MEDICACIÓN, AUNQUE APAREZCAN EFECTOS ADVERSOS.
- SI TIENE DUDAS, DEBE CONSULTAR A SU MÉDICO O ENFERMERA.



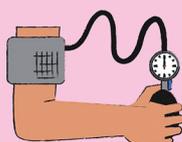
ELABORE UN LISTADO DE MEDICAMENTOS

- ANOTE: NOMBRE, DOSIS, LA HORA Y DESDE CUANDO LO TOMA.
- DÉJELO EN UN SITIO VISIBLE: CORCHO, FRIGORÍFICO...



UTILICE UN PASTILLERO

- SI TIENE DIFICULTADES PARA EL MANEJO DE LA MEDICACIÓN, UN PASTILLERO LE VENDRÁ MUY BIEN.



CONTROL EN DOMICILIO

- TENSIÓN ARTERIAL (SEGÚN CIFRAS MARCADAS POR SU ENFERMERA).
- CONTROL DE PESO (PARA DETECTAR SI HAY AUMENTO RÁPIDO DE PESO).
- VIGILANCIA DE HINCHAZÓN DE PIES Y TOBILLOS.



ACUDA A SU CENTRO DE SALUD

- ACUDIR SI APARECE O EMPEORAN LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: FÁTIGA, CANSANCIO, ASFIXIA, HINCHAZÓN DE PIERNAS, AUMENTO O DESCENSO RÁPIDO DE PESO.

Anexo III

MANEJO DE LA EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA

DIAGNÓSTICO

Sospecha clínica: exposición a factores de riesgo (FR) y con síntomas como disnea y/o tos crónica con o sin esputo. FR: hábito tabáquico (ppal), exposición laboral a polvos, gases, humos tóxicos, humos por combustibles biomasa.

Diagnosticada con espirometría: indicada con prueba broncodilatadora en mayores de 35 años con tabaquismo de al menos 10 años y síntomas respiratorios persistentes.

Una vez confirmado el diagnóstico se clasifica el grado de obstrucción al flujo aéreo en 4 niveles:

Escala GOLD	
GOLD – 1	FEVI \geq 80
GOLD – 2	FEVI 50 - 79
GOLD – 3	FEVI 30 - 49
GOLD – 4	FEVI < 30

PAPEL DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

La información y la educación sanitaria orientada hacia el autocuidado.

- **EPOC:** comentar que es una enfermedad pulmonar crónica que obstruye el flujo de aire de los pulmones.
- **Alimentación:** buscaremos un IMC entre 21 y 25. La mejor bebida es el agua: cantidad aprox. de 1,5 L al día.
 - 4-6 comidas al día, ligeras y poco abundantes. Dietas pobres en HC (favorecen hipercapnia).
 - Alimentos de fácil masticación: evitar masticación prolongada o alimentos que causen flatulencias o digestiones pesadas (col, coliflor, cebolla, etc.).
 - Prevenir estreñimiento y evitar alimentos muy fríos/calientes que puedan irritar faringe y causar tos.
- **Ejercicio físico:** Mejora disnea, tolerancia al ejercicio, calidad de vida, reduce ansiedad y depresión, ayuda a los fumadores a dejar de fumar. Mejora el estado de ánimo.
 - Durante la actividad, la persona debe poder hablar. Si no pudiera, el ejercicio es excesivo.
 - Caminar en terreno llano y al ritmo que tolere. 30 min-1h al día entre 3 y 7 días a la semana. Podemos empezar con 15 min / día y aumentar 5 min c/sem hasta un máx. de 60 min / día.
 - Evitar el ejercicio 3h después de comidas o en los inicios/final del día. Evitar T°C extremas.
 - Cuando NO hacer ejercicio: fiebre, dificultad respiratoria severa, dolor torácico o inflamación articular.
- **Rehabilitación Respiratoria:**
 - Postura erguida, hombros relajados, coger aire por nariz y soltar por boca como si soplara.
 - Empezar realizando 5 min en mañana y 5 min en tarde, y aumentar 5 min c/sem hasta máx 30 min.

- Cada ejercicio se hace 5 veces, se descansa 1 min y se hace otras 5 veces (suave y progresiva).
- No olvidar inhalador: detenerse si dificultad respiratoria, tomar inhalador, respirar hondo y tener los descansos necesarios. Se recomienda iniciar la rehabilitación respiratoria inmediatamente tras finalizar el TTO de la exacerbación o en el periodo comprendido en las tres semanas siguientes.
- Ejercicios de brazos: Permanecer en cada posición de 3 a 5 seg.
 1. Subir brazos mientras cogemos aire por la nariz, mantenerlos arriba y bajarlos soltando el aire.
 2. Abrir brazos en horizontal, mantenerlos y volver a posición original.
 3. Flexionar codos hacia arriba, mantener y volver a posición original.
- **Intervención antitabaco:** Es la medida más eficaz para detener la progresión de la enfermedad.
- **Vacunación:** captación para adecuada cobertura vacunal (Gripe, Neumococo, Covid-19).
- **Tratamiento (TTO) farmacológico:** no dejar de tomarlo aunque clínica mejore. Es una enfermedad crónica y de ello depende que pueda haber descompensación y/o ingresos hospitalarios.

La detección precoz de síntomas para evitar descompensación.

- **Descompensación:** empeoramiento mantenido de la situación clínica, generalmente de inicio rápido, y se manifiesta con aumento de tos, ahogo y esputo, o cambios en su coloración y/o consistencia.
- **Causa más frecuente:** infecciones respiratorias y factores como contaminación o abandono del TTO.
- **¿Qué hacer en caso de descompensación?**
 - Tomar la medicación de rescate sin sobrepasar los límites. Reducir actividad física.
 - Evitar cambios bruscos de T°C y ambientes contaminados. Comprobar la T°C corporal.
 - Hacer comidas ligeras, poco abundantes y frecuentes, aumentando la ingesta de líquidos.
 - Proporcionar a la persona con EPOC un plan de actuación para casos de exacerbaciones.

El fomento de la adherencia terapéutica.

- **Establecer una buena relación terapéutica** (no intimidar ni reñir al paciente). Escala Morinsky-Green.

La elaboración de planes de cuidados según las necesidades de cada individuo.

- **Se debe adaptar la intervención a sus rutinas**, y aceptar que el paciente es quien decide su propia salud.

El asesoramiento ante dudas y dificultades del paciente y su familia.

- Afecta tanto a nivel físico como a nivel mental. **Se puede ofrecer posibilidad de unirse a grupos de apoyo.**

El apoyo emocional para el mejor afrontamiento de la enfermedad y la posible pérdida de funcionalidad.

- La disminución de actividad sexual es común y suele relacionarse con la ansiedad y la depresión.
- **Asesoramiento sexual:** Se puede continuar con la vida sexual. Usar la medicación de rescate si se precisa. Programarla cuando se sienta más descansado. Posiciones cómodas que no dificulten la respiración. Si aparece ahogo, parar y descansar. La intimidad, cariño y sensación de sentirse querido son experiencias que pueden hacer que una relación de pareja sea plena sin necesidad, a veces, de una actividad sexual física.

Asegurar la continuidad asistencial coordinándonos con MAP.

RECOMENDACIONES GENERALES A PACIENTES

- Recordar importancia de alimentación, ejercicio físico, deshabituación tabáquica, vacunación y cumplir TTO.
- Aseo personal: Se puede sentar para realizar actividades que resulten dificultosas.
 - Placa de ducha mejor que bañera. Aconsejable esterillas antideslizantes y barras de sujeción.
 - Tener objetos que más use en un lugar accesible. Evitar desodorantes o sprays irritantes.
 - Cepillos de mango largo para limpiar pies o espalda, o albornoz/toallas grandes para secado.
- Planificar compras: Organizar lista de compra y su ubicación en supermercado. Evitar horas de aglomeración. Dejar la compra a una altura adecuada para guardarla (no en el suelo).
- Subir escaleras: Descansar delante de la escalera. Inspirar y coger el aire que se pueda. Subir mientras se echa el aire con los labios fruncidos. Pararse al final de la espiración y descansar. Volver a inspirar y seguir la pauta.
- Viajes: No olvidar medicamentos, saber dosis y si necesitará O₂ en avión. Preguntar si tendrá problemas en el control de seguridad. Si viaja a lugares con T°C muy extremas, consultar con el médico/a y elegir otra época.
- Detección precoz de descompensación y actuación en exacerbaciones.

MANEJO DE LA MEDICACIÓN

El TTO no es estático → hay que revisar, evaluar y ajustar la medicación periódicamente. Para ello hay que evaluar cumplimiento del TTO, técnica inhalatoria y adecuación del dispositivo para ver si ha influido en el control inadecuado de la enfermedad.

Para el TTO inicial se clasifica a pacientes según gravedad (basándose en la sintomatología: disnea y exacerbaciones).

GRUPO DE PACIENTES		TRATAMIENTO
A	Disnea 0-1 ≤ 1 exacerbación/año moderada (no requiere hospitalización)	SABA o SAMA (a demanda) o LABA o LAMA (si los síntomas son persistentes)
B	Disnea ≥ 2 ≤ 1 exacerbación/año moderada (no requiere hospitalización)	LABA o LAMA^a o LABA + LAMA (si la disnea es grave)
C	Disnea 0-1 ≥ 2 exacerbaciones/año moderadas o ≥ 1 que requieren hospitalización	LAMA^b
D	Disnea ≥ 2 ≥ 2 exacerbaciones/año moderadas o ≥ 1 que requieren hospitalización	LAMA o LABA + LAMA^c o CI + LABA^d

La intensidad de la disnea se clasifica según la Clasificación MRCm (Medical Research Council modificada).

Broncodilatadores de acción corta: SABA (agonista beta-2) y SAMA (anticolinérgico).

Broncodilatadores de acción larga: LABA (agonista beta-2), LAMA (anticolinérgico) y CI (corticoesteroide inhalado).

a: No existen evidencias suficientes para recomendar un LAMA frente a un LABA en este grupo de pacientes.

b: Los LAMA son superiores a los LABA para reducir exacerbaciones.

c: Considerar si la sintomatología es muy importante (disnea y/o limitación al ejercicio).

d: Considerar si la cifra de eosinófilos en sangre es ≥300 células/μl o hay solapamiento asma/EPOC.

El TTO de la EPOC se puede realizar con:

- **Monoterapia:**
 - 1 broncodilatador (LABA o LAMA). Como en la mayoría de los pacientes, recomendándose los LAMA en monoterapia si las exacerbaciones son frecuentes o graves.
- **Doble terapia:**
 - 2 broncodilatadores (LABA+LAMA). Si sintomatología importante (disnea grave y/o limitación ejercicio)
 - Corticoesteroide inhalado junto a LABA (CI+LABA). Si hay solapamiento asma/EPOC o si recuento de eosinófilos en sangre es ≥ 300 células/ μ l.
- **Triple terapia** (LABA+LAMA+CI). No se usa en el TTO inicial. Se considera en pacientes con:
 - Disnea persistente o limitación al ejercicio a pesar del TTO con CI+LABA.
 - Exacerbaciones persistentes a pesar del TTO con CI+LABA o LABA+LAMA.

Seguimiento del TTO:

- Si la respuesta inicial es buena, se recomienda mantenerlo.
- Si la respuesta es mala, se controlará síntoma predominante (disnea o exacerbaciones). Si ambas predominan, se sigue el protocolo de exacerbaciones.

TIPOS DE FÁRMACOS

Ver anexo IV.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía para el abordaje de los cuidados a personas con EPOC en Atención Primaria en el SSPA. Servicio Andaluz de Salud. Edición enero 2017.
2. Guía de bolsillo para el diagnóstico, manejo y prevención de la EPOC. Una guía para profesionales de la asistencia sanitaria. Edición de 2022. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease G.
3. EPOC : actualización del tratamiento. Centro Andaluz de documentación e información de medicamentos. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud y Consumo. 5 de marzo de 2021.

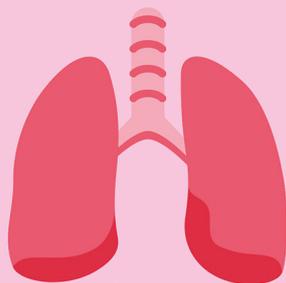
Anexo IV

TIPOS DE FÁRMACOS

GRUPO		FÁRMACO	MEDICAMENTOS	TIPO DE DISPOSITIVO
BD acción corta (a demanda)	SABA	Salbutamol	Salbutamol Sandoz	ICP
			Ventilastin Novolizer	IPS Novolizer
	SAMA	Ipratropio	Atroaldo	ICP
			Atrovent	ICP
BD acción larga (mantenimiento)	LABA	Formoterol	Broncoral Neo	ICP
			Foradil Aerolizer	IPS Aerolizer
			Formatris Novolizer	IPS Novolizer
			Formoterol Aldo Union	IPS Aerolizer
			Formoterol Stada	IPS Aerolizer
			Oxis Turbuhaler	IPS Turbuhaler
		Indacaterol	Hirobriz Breezhaler	IPS Breezhaler
			Onbrez Breezhaler	IPS Breezhaler
			Oslif Breezhaler	IPS Breezhaler
			Olodaterol	Striverdi Respimat
	Salmeterol	Beglan	ICP, IPS Accuhaler	
		Betamican	ICP, IPS Accuhaler	
		Inaspir	ICP, IPS Accuhaler	
		Serevent	ICP, IPS Accuhaler	
	LAMA	Aclidinio	Bretaris Genuair	IPS Genuair
			Eklira Genuair	IPS Genuair
		Glicopirronio	Enurev	IPS Breezhaler
			Seebri	IPS Breezhaler
			Tovanor	IPS Breezhaler
		Tiotropio	Braltus	IPS Zonda
Gregal			IPS Zonda	
Spiriva			IPS Handihaler	
Umeclidinio	Spiriva Respimat	IVS Respimat		
Corticosteroides inhalados	Budesonida	Pulmicort Turbuhaler	IPS Turbuhaler	
		Fluticasona	Flixotide	ICP, IPS Accuhaler
	Fluticasona	Flusonal	ICP, IPS Accuhaler	
		Inalacor	ICP, IPS Accuhaler	
		Trialona	ICP, IPS Accuhaler	
LABA / LAMA (doble broncodilatación)	Formoterol / Aclidinio	Brimica Genuair	IPS Genuair	
		Duaklir Genuair	IPS Genuair	
	Indacaterol / Glicopirronio	Ultibro Breezhaler	IPS Breezhaler	
		Ulnar Breezhaler	IPS Breezhaler	
		Xoterna Breezhaler	IPS Breezhaler	
	Olodaterol / Tiotropio	Spiolto Respimat	IVS Respimat	
		Yanimo Respimat	IVS Respimat	
	Vilanterol / Umeclidinio	Anoro	IPS Ellipta	
		Laventair	IPS Ellipta	
	LABA / CI	Formoterol / Beclometasona	Formodual 100/6	ICP
Formodual Nexthaler 100/6			IPS Nexthaler	
Foster 100/6			ICP	
Foster Nexthaler 100/6			IPS Nexthaler	
Formoterol / Budesonida		Buformix Easyhaler	IPS Easyhaler	
		BiResp Spiromax	IPS Spiromax	
		DuoResp Spiromax	IPS Spiromax	
		Gibiter Easyhaler	IPS Easyhaler	
		Rilast	ICP	
		Rilast Turbuhaler	IPS Turbuhaler	
		Symbicort	ICP	
Symbicort Turbuhaler		IPS Turbuhaler		
Salmeterol / Fluticasona		Aerivio Spiromax	IPS Spiromax	
		Airflusal Forspiro	IPS Forspiro	
		Anasma Accuhaler	IPS Accuhaler	
		Inaladuo Accuhaler 50/500	IPS Accuhaler	
		Plusvent Accuhaler 50/500	IPS Accuhaler	
		Seretide Accuhaler 50/500	IPS Accuhaler	
Vilanterol / Fluticasona		Relvar Ellipta	IPS Ellipta	
		Revinty Ellipta	IPS Ellipta	
LABA / LAMA / CI		Formoterol / Glicopirronio / Beclometasona	Trimbow	ICP, Nexthaler
		Vilanterol / Umeclidinio / Fluticasona	Trelegy Ellipta	IPS Ellipta
		Budesonida / Formoterol / Glicopirronio	Trixeo	ICP
	Indacaterol / Glicopirronio / Mometasona	Zimbus	Easyhaler	

BD (broncodilatadores); BD de acción corta: SABA (agonista beta-2), SAMA (anticolinérgico); BD de acción larga: LABA (agonista beta-2), LAMA (anticolinérgico); y CI (corticosteroide inhalado). ICP (inhalador de Cartucho Presurizado); IVS (inhalador de vapor suave); IPS (inhalador de polvo seco).

Anexo V

RECOMENDACIONES PARA PACIENTES CON EPOC

RECOMENDACIONES E P O C



HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE

- ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA, EVITE DIGESTIONES PESADAS, HAGA COMIDAS LIGERAS.
- REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA, SEGÚN TOLERANCIA.
- ABANDONO DEL TABACO.
- REHABILITACIÓN PULMONAR.



TOMA DE MEDICACIÓN

- TOMA DE MEDICACIÓN A LA MISMA HORA.
- NO ABANDONAR EL TRATAMIENTO, AUNQUE SE ENCUENTRE MEJOR.
- NO DEJAR DE TOMAR LA MEDICACIÓN, AUNQUE APAREZCAN EFECTOS ADVERSOS.
- SI TIENE DUDAS, DEBE CONSULTAR A SU MÉDICO O ENFERMERA.



ELABORE UN LISTADO DE MEDICAMENTOS

- ANOTE: NOMBRE, DOSIS, LA HORA Y DESDE CUANDO LO TOMA.
- DÉJELO EN UN SITIO VISIBLE: CORCHO, FRIGORÍFICO...



VACUNACIÓN

- ES RECOMENDABLE LA VACUNACIÓN FRENTE A:
 - GRIPE
 - NEUMOCOCO
 - COVID-19



EVITAR DESCOMPENSACIÓN

- EVITE EXPOSICIÓN A HUMOS, CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA, ESTRÉS O ANSIEDAD, ACTIVIDAD FÍSICA EXCESIVA.



ACUDA A SU CENTRO DE SALUD

- ACUDIR SI APARECE O EMPEORAN LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: FÁTIGA, CANSANCIO, ASFIXIA, RUIDOS RESPIRATORIOS Y TOS QUE PUEDE ACOMPAÑARSE DE MUCOSIDAD.