

Manejo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en la medicina primaria

L. Sánchez Agudo* y M. Miravittles**

*Servicio de Neumología. CIC y Medicina Preventiva. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

**Servicio de Neumología. Hospital General Universitario de la Vall d'Hebron. Barcelona.

En el tratamiento del paciente con EPOC hemos de tener en cuenta tres elementos de intervención:

a) La aplicación de aquellas medidas terapéuticas potencialmente eficaces, seleccionadas de forma individualizada para cada caso, en base a las características que dominan el trastorno de la función respiratoria.

b) El adiestramiento del paciente para que se adapte y se sienta capacitado para vivir con su limitación funcional.

c) La mejoría de la calidad de vida, la cual no siempre depende de intervenciones estrictamente terapéuticas, sino también de otros factores de índole emotiva como la seguridad de una pronta, cómoda y eficaz atención o el mantenimiento de la propia autoestima en función de su capacidad para realizar por sí mismo las actividades cotidianas.

Evidentemente, para poner en práctica estos elementos se requiere de un equipo multidisciplinar integrado por diferentes profesionales: neumólogo, fisioterapeuta, enfermera/o y médico de atención primaria son, entre otros, en los que recae en mayor medida la actividad de este equipo. Si tenemos en cuenta que el paciente con EPOC requiere tres diferentes niveles de intervención, hospitalario, ambulatorio y domiciliario, resulta igualmente evidente que, como en otras enfermedades crónicas, el eje establecido entre el especialista (en este caso el neumólogo) y el equipo de atención primaria es esencial para el adecuado mantenimiento de estos pacientes.

Sin embargo, el intento de delimitar las funciones de cada uno de estos dos profesionales no resulta nada fácil, y no precisamente porque la personalidad típicamente individualista del médico le haga poco proclive al trabajo en equipo, sino porque tropezamos con multitud de defectos organizativos y de infraestructura de nuestro sistema sanitario, los cuales dificultan

sensiblemente la puesta en práctica de esta cooperación. Es notorio que el Sistema Nacional de Salud se halla aún lejos de estar terminado y que, aunque el concepto de área sanitaria pone las vías y medios para una adecuada interrelación entre el ámbito primario y el hospitalario, todavía son excepcionales las áreas donde tiene lugar una adecuada interrelación entre estos dos niveles de asistencia, especialmente si excluimos las Comunidades Autónomas con competencias sanitarias transferidas.

Y no son únicamente los problemas organizativos los que dificultan una adecuada actuación en el control de la EPOC, también existen defectos fundamentales de infraestructura. El diagnóstico y seguimiento de este proceso se realiza en función de la valoración de la limitación al flujo aéreo (LFA), por tanto, según los resultados de la espirometría correctamente realizada. Lamentablemente, todavía son escasos en nuestro país los equipos de atención primaria que disponen de esta técnica o en los que se ejecuta de manera rigurosamente estandarizada. Ello impide a sus profesionales ejercer adecuadamente sus funciones para el control de esta enfermedad, pudiendo incluso deformar la imagen que de ella llegue a tener el médico de atención primaria, transcurridos años de ejercicio durante los cuales ha basado su diagnóstico y control de la EPOC únicamente en las manifestaciones clínicas, propias de las etapas muy evolucionadas, pero ausentes en los estadios iniciales. En un trabajo realizado en Barcelona¹, tan sólo el 36% de los médicos de medicina general en áreas básicas de salud solicitan pruebas funcionales respiratorias a sus pacientes con asma o EPOC. Sin duda alguna, la falta de disponibilidad y el retraso que implica la derivación de dicha exploración hacia el hospital condicionan este déficit. En la actualidad se está realizando un estudio nacional (proyecto EOLO) en el que colaboran neumólogos y médicos de atención primaria, uno de cuyos objetivos es establecer el perfil del paciente con EPOC desde la perspectiva de esta última especialidad. Los resultados de este proyecto permitirán, además de contrastar la hipóte-

Correspondencia: L. Sánchez Agudo.
Servicio Neumología. Instituto Carlos III. Madrid.

Arch Bronconeumol 1995; 31: 144-146

sis antes mencionada, conocer los elementos que se deben mejorar en el mantenimiento de la EPOC y estrechar la relación entre ambos colectivos de profesionales, sin lugar a dudas, imprescindible para el adecuado control de esta enfermedad. Pero lo que ya a su inicio ha puesto claramente de manifiesto es la dificultad para obtener, desde la consulta de primaria, una única espirometría en cada paciente con sospecha clínica de EPOC, lo que ha hecho necesario incluso cancelar el estudio en determinadas áreas geográficas para las que estaba proyectado. Es necesario superar estas limitaciones para conseguir una más eficaz intervención y control de esta enfermedad desde todos los sectores sanitarios.

La EPOC, proceso caracterizado por la disminución de los flujos espiratorios máximos y manifestado clínicamente por tos, producción de esputo y disnea, constituye una de las demandas de atención médica más frecuentes, encontrándose entre las seis primeras enfermedades crónicas atendidas, por orden de frecuencia, en equipos de atención primaria de nuestro país, lo que representa un 12,5% de las consultas realizadas a mayores de 65 años². Curiosamente, en un grupo de población general (n = 785) estudiado por nosotros, la proporción con la que aparece limitación al flujo aéreo ($FEV_1/FVC < 0,65$), en este mismo rango de edad, es idéntica (12,3%), lo que podría indicar que para este sector de la población la mayor parte de los pacientes con EPOC ya se encuentran diagnosticados y hacen uso de la atención primaria. Con toda probabilidad no sucederá lo mismo entre los sujetos de menor edad. En el grupo antes mencionado el 9,7% del total presentaba una relación FEV_1/FVC menor de 0,7 y el 5,9% inferior a 0,65, valores similares a los reportados por otros autores³. Pues bien, de todos los sujetos en los que se encontró evidencia de LFA, el 40,9% no estaban previamente diagnosticados. Estos datos ponen de manifiesto que la EPOC es una enfermedad de elevada prevalencia e insuficientemente diagnosticada. Es necesario, por tanto, que nuestro sistema sanitario se sensibilice y optimice para detectar a los sujetos que desconocen padecerla ofertándoles la atención adecuada.

No existe duda alguna de la importancia que el diagnóstico precoz de la enfermedad tiene para la prevención de los estadios avanzados y la aparición de complicaciones. Para ello es preciso demostrar la existencia de LFA mediante la espirometría forzada, en las etapas subclínicas del proceso. La SEPAR insiste a través de una de sus normativas⁴ en la necesidad de "la utilización más frecuente de la espirometría por parte del médico de familia" con lo que establece de manera clara una de las funciones de la medicina primaria en la EPOC. Para ello no es sólo necesaria la disponibilidad de un espirómetro; es preciso también no caer en la trampa que la aparente sencillez de la técnica y el fácil manejo de los nuevos dispositivos automáticos nos ponen, haciéndonos pensar erróneamente que se trata de una prueba fácil de ejecutar. Es imprescindible una puesta a punto del equipo y una ejecución de la técnica extremadamente rigurosas y

estandarizadas^{5,6}, lo que no siempre se hace, para obtener unos resultados reproducibles y fiables. Evidentemente, para ello es menester una adecuada formación del personal técnico responsable realizada por el equipo de neumología correspondiente.

El tabaquismo constituye el principal factor etiológico de la EPOC, siendo responsable de su desarrollo en el 95% de los casos. Por tanto, los fumadores constituyen el colectivo más destacado sobre el que debería enfocarse el diagnóstico precoz a través de los equipos de atención primaria. La prospección activa mediante espirometrías seriadas permitirá detectar en ellos la reducción ya instaurada o la disminución progresiva de los flujos máximos, anticipándose así el diagnóstico a la aparición de manifestaciones clínicas. Junto con los fumadores, los sujetos expuestos por su profesión a ambientes pulvigenos constituyen otro colectivo de riesgo⁷. En ambas circunstancias la labor de la atención primaria y de la medicina de empresa, apoyadas por una adecuada evaluación espirométrica, resulta esencial para descubrir los pacientes con EPOC en sus primeras etapas, pues a pesar de que algunos trabajos ponen de manifiesto que el empleo de cuestionarios autoadministrados o la asociación de determinados síntomas y signos físicos ofrecen información suficiente para la detección y monitorización de la severidad de la limitación al flujo aéreo^{8,9}, en realidad es la espirometría sola, o en conjunción con otras pruebas de función respiratoria, el único método capaz de diagnosticar eficazmente este proceso^{4,10,11} y, a su vez, es la detección precoz la única manera de evitar que el paciente llegue a los estadios avanzados de la enfermedad.

Si importante es el papel de la medicina primaria en el diagnóstico precoz de la EPOC, no lo es menos en su mantenimiento. La supresión del tabaquismo constituye la primera y principal medida preventiva y terapéutica. En ella, el médico de atención primaria resulta una pieza fundamental por su relación más estrecha con el paciente y familiares, y por la mayor frecuencia de contacto con ambos. Los métodos de intervención mínima (IM) basados en una adecuada información, dada con convicción y apoyada por la entrega de material impreso (guías para dejar de fumar y otros folletos informativos) suplementada con aporte de nicotina en los sujetos con elevada dependencia¹² y realizando un seguimiento continuado de las actitudes en cuanto al tabaco, son el primer nivel de ayuda al fumador para romper su dependencia y a la vez el más rentable por su sencillez y amplitud de aplicación; únicamente los individuos con sucesivos fracasos ante la IM y elevado nivel de dependencia son tributarios de tratamiento en unidades especializadas, dentro del ámbito hospitalario. Aunque la IM es una técnica al alcance de cualquier profesional sanitario, es deseable una mayor promoción de la formación sobre asistencia a fumadores desde la atención primaria, lo que sin duda alguna mejoraría los resultados y lograría una superior implicación de estos profesionales en el control del tabaquismo, único elemento con capacidad para prevenir la EPOC.

Del mismo modo, la mayor vinculación del especialista en atención primaria con el ámbito familiar y comunitario del paciente le coloca en una situación ventajosa para el ejercicio de la educación sanitaria y para facilitar el aprendizaje de los diferentes procedimientos terapéuticos, no sólo en la EPOC, sino también en otras situaciones con limitación al flujo aéreo¹³. El adiestramiento en el empleo de aerosoles presurizados, en la identificación y actuación frente a las agudizaciones o en la forma de adaptarse a la actividad cotidiana para evitar la aparición de disnea, en suma, la educación sanitaria, consigue incrementar la eficacia del tratamiento y reducir significativamente el gasto sanitario en comparación con un grupo control¹⁴, lo que tiene especial interés si consideramos que la elevada prevalencia y el carácter crónico invalidante de este proceso le posicionan en un lugar destacado entre aquellos con mayor consumo sanitario; concretamente en la cuarta posición con sólo evaluar el gasto farmacéutico².

La incapacidad funcional crónica y progresiva a la que se ven sometidos estos enfermos, junto con los trastornos funcionales (hipoxemia, hipercapnia, etc.), induce otra serie de repercusiones no respiratorias como disfunción sexual y estados de depresión^{15,16} cuyo control abre un campo específico para la actuación desde la atención primaria, el cual, por evidente y obvio, no requiere otros comentarios que el incremento de la calidad de vida que su adecuado tratamiento aporta al paciente.

Otro sector en el que sin duda se incrementará progresivamente la participación de la atención primaria en el mantenimiento de la EPOC es el del tratamiento domiciliario, aunque actualmente tan sólo el 6,8% de los pacientes controlados en domicilio desde la medicina primaria son respiratorios crónicos¹⁷. No cabe duda de que también en esta forma de asistencia la distancia que nos separa de la situación ideal es grande; pese a que es frecuente (en ocasiones excesivamente frecuente) el empleo de la oxigenoterapia en el domicilio, aún hay muchos elementos que mejorar (indicación, cumplimiento y equipamiento) algunos de ellos ajenos a las competencias del médico, pero sin lugar a dudas el día en que se superen estos déficit y se logre una organización comparable a la de otros países como Francia, Inglaterra o Estados Unidos, el papel del equipo de atención primaria en la visita domiciliaria resultará imprescindible.

De lo dicho hasta aquí parece evidente la amplia participación de los equipos de atención primaria en el control de la EPOC, pero no puede caerse en el error de considerar esta entidad dependiente únicamente de dicho escalón sanitario. La valoración funcional más sofisticada, las más recientes aportaciones terapéuticas y la necesidad de atención hospitalaria¹⁸⁻²¹ hacen del neumólogo el líder indiscutible del diagnóstico, prevención, tratamiento y, por supuesto, la investigación en la EPOC, proceso en el que la interacción cooperativa mutua entre estas dos especialidades permite al paciente alcanzar los máximos beneficios del tratamiento, hasta el extremo, demos-

trado suficientemente, de que la mayor accesibilidad a una adecuada atención primaria logra por sí sola reducir el número de hospitalizaciones²².

BIBLIOGRAFÍA

1. Naberan Toña C. Encuesta de la actitud terapéutica y de control de los médicos generales de las ABS de Barcelona, respecto a enfermedades obstructivas respiratorias. *Aten Primaria* 1994; 13: 112-116.
2. Segade XM, García A, Cinos L, Casais XL, Nieto E et al. Patologías crónicas y gasto farmacéutico en personas mayores de 65 años. *Aten Primaria* 1992; 10: 613-616.
3. Brotons B, Pérez JA, Sánchez-Toril F, Soriano S, Hernández J, Belenguer JL. Prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y del asma. Estudio transversal. *Arch Bronconeumol* 1994; 30: 149-152.
4. Montemayor T, Alfajeme I, Escudero C, Morera J, Sánchez-Agudo L. Normativa sobre diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Recomendaciones SEPAR n.º 11. Barcelona: Ed. Doyma, 14.
5. Sanchís J, Casan P, Castillo J, González-Mangado N, Palenciaño L, Roca J. Normativa para la práctica de la espirometría forzada. *Arch Bronconeumol* 1989; 25: 132-142.
6. Bosse CG, Criner GJ. Using spirometry in the primary care office. A guide to technique and interpretation of results. *Tostgrad Med* 1993; 93:122-136.
7. Oxman AD, Muir DC, Shanon HS, Stock SR, Hnizdo E, Langue HJ. Occupational dust exposure and chronic obstructive pulmonary disease. A systematic overview evidence. *Am Rev Respir Dis* 1993; 148: 38-48.
8. De Jong KJ, Oosting J, Peters GJ, Abraham-Inpijn L. Detecting medical problems in dentistry: a survey of 4.087 patients in The Netherlands. *Eur J Med*, 1992; 1: 23-29.
9. Van Schayck CP, Van Weel C, Harbers HJ, Van Herwaarden CL. Do physical signs reflect the degree or airflow obstruction in patients with asthma and chronic obstructive pulmonary disease? *Scand J Prim Health Care* 1991; 9: 232-238.
10. Dantzker DR, Pingleton SK, Pierce JA, Niewoehner DE, Thurlbeck WM, Buist AS. Standards for the diagnosis and care of patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) and Asthma. *Am Rev Respir Dis* 1987; 136: 225-244.
11. St John RC, Gadek JE, Pacht ER. Chronic obstructive pulmonary disease: less common causes- an algorithm for the primary care physician. *J Gen Intern Med* 1993; 8: 564-572.
12. Cummings KM, Biernbaum RM, Zevon MA, Deloughry T, Jaen CR. Use and effectiveness of transdermal nicotine in primary care settings. *Arch Fam Med* 1994; 3: 682-690.
13. Thapar A. Educating asthmatics patients in primary care: a pilot study of small group education. *Family Practice* 1994; 11: 39-43.
14. Tougaard L, Krone T, Sorknaes A, Ellegaard H. Economics benefits of teaching patients with chronic obstructive pulmonary disease about their illness. The PASTMA Group. *Lancet* 1992; 339: 1.517-1.520.
15. Walbroehl GS. Sexual concerns of the patients with pulmonary disease. *Postgrad Med* 1992; 91: 455-460.
16. Kellner R, Samet J, Pathak D. Dyspnea, anxiety, and depression in chronic respiratory impairment. *Gen Hosp Psychiatry* 1992; 14: 20-28.
17. Bilbao I, Gastaminza AM, García JM, Quindimil JA, López JL, Huidobro L. Los pacientes domiciliarios crónicos y su entorno en atención primaria de salud. *Aten Primaria* 1994; 13: 188-190.
18. González Mangado N. Utilidad clínica de la determinación de la transferencia (capacidad de difusión) pulmonar al monóxido de carbono. *Arch Bronconeumol* 1994; 30: 229-230.
19. Miravittles M, Vidal R, De Gracia J. Enfisema pulmonar por déficit de alfa-1-antitripsina. Situación actual y nuevas perspectivas para el tratamiento. *Arch Bronconeumol* 1992, 28: 296-302.
20. Escarrabill J, Monasterio C, Estopá R. Ventilación mecánica no invasiva. *Arch Bronconeumol* 1994; 30: 109-113.
21. Ferguson GT, Cherniack RM. Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *N Engl J Med* 1993; 328: 1.017-1.022.
22. Parchman ML, Culler S. Primary care physicians and avoidable hospitalizations. *J Fam Pract* 1994; 39: 123-129.