



05

artículo

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



Enfoque multiprofesional: atención integrada y longitudinal, coordinación de niveles y guías clínicas.

Introducción

El médico de familia debe conocer el contexto sanitario donde trabaja para poder desarrollar una estrategia de atención sanitaria efectiva. Ello incluirá aspectos personales, relativos a la competencia de los sanitarios (ligados a conocimientos, habilidades y actitudes), a la política sanitaria local (nivel gerencial) y general (nivel autonómico o estatal), o a las demandas y características de la población que atiende. El adecuado balance de todos estos factores es lo que permitirá una atención de calidad. En esta primera parte desarrollaremos los aspectos que anteceden a los relativos a la práctica directa entre sanitarios y pacientes: la atención integrada y longitudinal y la implantación de guías locales y generales.

Carga de trabajo que supone el paciente con EPOC en las consultas de atención primaria.

La atención sanitaria del paciente con EPOC tiene una justificación médica –basada en la morbimortalidad de la enfermedad- y otra de tipo organizativo, ligada al consumo de servicios (consultas, prescripción de recetas, uso de personal y otros recursos...). Esto último justificaría por sí solo el desarrollo de medidas facilitadoras para optimizar la atención de la EPOC.

Los estudios realizados sobre la importancia de la patología respiratoria y, en este caso, de la EPOC, en la atención primaria (AP) en España son escasos, pero suficientes para valorar su dimensión real ¹. Así, **Turabián** encontró un incremento significativo del asma (de un 3 % a un 5 %) tras una década, permaneciendo estable la EPOC (3 %) ². En una comunidad rural, Fernández detectó hasta un 24 % de ancianos con asma o/y EPOC ³. En el ámbito urbano, **Ausejo** describió que la enfermedad obstructiva crónica (EPOC) fue el tercer diagnóstico más frecuente, ocupando el asma el décimo lugar ⁴. En un estudio multicéntrico sobre 206.661 consultas realizadas correspondientes a 102.118 episodios de enfermedad sobre 41.898 pacientes, **Palomo** detectó que la EPOC ocupaba el primer lugar en el número de consultas realizadas por episodio de enfermedad, tanto en el medio rural como urbano, durante los años 1993-94 ⁵. En otro estudio, **Arnau** observó que, de las cinco patologías más prevalentes (hipertensión arterial, EPOC, diabetes, cardiopatía isquémica y asma), la EPOC era la segunda más frecuentada (4,9 %) , después de la hipertensión arterial (16,7 %) y ,de igual modo, era la segunda causa de prescripción crónica tras hipertensión (4,7 % y 10, 9 %, respectivamente) ⁶. En un estudio realizado en nuestro medio, el grupo terapéutico “respiratorio” ocupó el cuarto lugar, después de los grupos de patología cardiovascular, digestiva y del sistema nervioso ⁷. Un estudio sobre prescripción inducida objetivó que el asma y la EPOC ocupaba el noveno lugar, por delante de patologías como la digestiva, la cardiovascular, la urinaria o la artrosis ⁸.

La patología respiratoria no es sólo un problema para la atención primaria , sino para la salud pública en general. Sin embargo, el asma, la bronquitis crónica y el enfisema han pasado del tercer lugar como causa de muerte en 1975 al noveno en 1988, en parte justificado por el cambio de criterio diagnóstico de estas enfermedades por la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 9ª revisión (CIE-9), ocurrido en 1980. Sin embargo, parece que hay un aumento continuado desde entonces ⁹.

El tabaco sigue siendo un factor ligado en gran medida al peso de la patología respiratoria en España. Una simulación del impacto que tendría en los próximos veinte años el reducir un 40 % el consumo de tabaco proyectó que los años de vida ganados serían de 57.329, siendo las muertes evitadas debidas principalmente a cáncer de pulmón, cardiopatía isquémica y EPOC, en orden decreciente: el máximo efecto de la intervención se

bibliografía

1. Calvo Corbella E. Introducción. En: Calvo Corbella E ed. Atención al paciente con Asma y EPOC en la consulta del médico de familia. Barcelona: Masson 2002, XI-XV.
2. Turabián JL, Gutiérrez V. Variación de la frecuencia de las enfermedades crónicas y factores de riesgo en atención primaria: 1985-1995. Aten Primaria 1996; 18: 65-69. (Full Text/PDF).
3. Fernández Merino MC, Vérez Vivero L, Gude Sampedro F. Morbilidad crónica y auto percepción de la salud en los ancianos de una comunidad rural. Aten Primaria 1996; 17: 108-112. (Full Text/PDF).
4. Ausejo Segura M, Sáenz Calvo A, Iñesta García A. Análisis de diagnósticos y prescripción de crónicos en un centro de salud. Aten Primaria 1997; 19: 35-40. (Full Text/PDF).
5. Palomo Cobos L, García Olmos L, Gervas J, García Calleja A, López Ruiz A, Sánchez Rodríguez. Red Española de Atención Primaria. Episodios de enfermedad atendidos en medicina general/de familia, según medio geográfico (y II): utilización. Aten Primaria 1997; 20: 82-89. (Full Text/PDF). **Ver más**

enlaces

No hay enlaces de interés



objetivaría a los 5 años para las enfermedades cardiovasculares y a los 10 años para la EPOC ¹⁰.

El asma y la EPOC también afectan en modo importante a otros niveles del sistema sanitario. Así, en un análisis de casuística y eficiencia de servicios de medicina interna en España, **Diez** estudió 71.430 altas sobre un total de 566.762 correspondientes al año 1992. La EPOC ocupó el primer lugar dentro de los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD), con el 6,5 %, seguido de las neumonías (6,1%), la insuficiencia cardiaca (5,9 %), el accidente cerebrovascular (4,5%) y el angor (2,4 %) ¹¹.

La atención "integrada"

La atención "integrada" atiende a una visión de la atención médica globalizadora, incluyendo aspectos sanitarios, económicos y sociales. En ella todos los participantes en la atención actúan en conexión, con un mismo objetivo, que es la salud. Hay experiencias en otras patologías crónicas respiratorias, como el asma, donde se demuestra su aceptabilidad por pacientes y médicos, además de ser coste efectiva, aunque no superior a la asistencia tradicional ¹². Una ventaja resultante es el aumentar la relación entre niveles de atención: atención primaria / hospital /atención secundaria-terciaria.

En la **figura 1** se representa gráficamente la evolución natural de la enfermedad, visualizando los diferentes motivos de intervención médica que será realizada por un equipo multidisciplinar.

No existe un consenso internacional sobre cómo atender a los pacientes con EPOC en atención primaria. **Foster y cols** han realizado un estudio multicéntrico en 11 países donde se aprecia una gran disparidad en relación a aspectos como el uso de la espirometría, el papel de la enfermería, el uso de guías o consensos de EPOC o la relación con otras especialidades ¹³. Este estudio está patrocinado por el **International Primary Care Respiratory Group (IPCRG)**, agrupación de colectivos de médicos de atención primaria interesados en la patología respiratoria.

Un documento de consenso en el Reino Unido ("**Bridging the Gap**") ha intentado establecer las áreas que deben ser fortalecidas para aumentar la integración de servicios ¹⁴. En la **tabla 1** se enumeran las expectativas que tienen los pacientes junto al listado de servicios que debería proveerse. En la **figura 2** esquematizamos todos los elementos que incluimos dentro de la atención "integrada" y, a continuación, desarrollaremos algunos de los aspectos enunciados en la **tabla 1**.

Hay un continuum entre asistencia y estado de la organización incluyendo, desde el uso de protocolos hasta la existencia de programas de gran envergadura, generalmente integradores de atención primaria con otros niveles. La evaluación de resultados en EPOC incluye, principalmente: 1) la frecuencia e intensidad de las exacerbaciones, 2) la mortalidad, 3) el uso de servicios de salud y 4) la información aportada por los test de calidad de vida: cuestionario de la enfermedad respiratoria crónica, cuestionario respiratorio de St George, diagrama de coste de oxígeno y el índice basal de evolución de la disnea ¹⁵.

¿Y qué criterios de derivación debe haber con la atención secundaria y terciaria?. Como señala **Martínez González** ¹⁶, dependerá de la experiencia del EAP en el manejo de estas patologías. Deben consensarse previamente, basado en una comunicación "coordinada". En la **tabla 2** se enumeran las indicaciones para derivar a neumología y servicios de urgencias.

La atención "longitudinal".

El seguimiento continuado de los pacientes es una característica esencial de la atención primaria. El paciente, además de EPOC, padece otros procesos y requiere atención sanitaria por ellos. La historia clínica es un instrumento vivo que crece con la vida del paciente. A diferencia del hospital, el paciente puede ser valorado en varios instantes, ya sea durante una exacerbación, al acudir por unas recetas, en una revisión periódica, o cuando acude por motivos variados, como controlarse su tensión arterial o la glucemia.

Reeve y cols ¹⁷ estudiaron en 1994 la opinión de una muestra de médicos generales británicos sobre la posibilidad de incorporar a sus consultas a los pacientes que eran atendidos en consultas ambulatorias de atención secundaria. Fue mayoritaria la aceptación de dicha posibilidad en la mayoría de los casos, señalando la necesidad de incrementar los recursos en personal para atender los casos más complejos. Se valoró especialmente la necesidad de disponer de los informes de alta de los especialistas, así como acceder prontamente a éstos en los casos necesarios.

La EPOC y la "cartera de servicios", en España

En cada Servicio autonómico de Salud hay establecida una "cartera de servicios" (oferta básica de servicios de salud para grupos previamente especificados) diferenciada. En

teoría, se establece en relación a la epidemiología de cada área. Aunque existen variaciones geográficas en España, la atención a la EPOC se incluye de manera global en la "atención al adulto", dentro de los servicios que presta la atención primaria. En la mayoría de los casos se dan sólo directrices generales dentro de la "cartera de servicios". Hay experiencias, como en Andalucía y País Vasco, donde existen documentos formalizados en los que se recoge de manera oficial cómo será la atención a la EPOC, incluyendo aspectos clínicos y organizativos. Lo habitual, sin embargo, es realizar "protocolos de EPOC" locales, generalmente en el ámbito de un área de salud, réplicas de otros de mayor autoridad. Aun así, tienen interés, pues dan respuesta a aspectos concretos relacionados con la distribución, uso y gasto de recursos. Por este motivo, las guías internacionales defienden su existencia.

Protocolos y programas. El problema de las guías.

Como es sabido, un protocolo es una hoja donde se recogen las actividades que cada sujeto responsable debe realizar. Un programa incluye una población diana, metas, objetivos y procedimientos de evaluación. Un buen programa será producto de un correcto análisis de la situación local (ámbito: área de salud o centro de salud). Por el contrario, la mayoría de protocolos replican lo que las guías establecen, adaptadas a la situación local. En la **figura 3** damos un ejemplo de una hoja de protocolo ¹⁶.

Existen muchos consensos de EPOC a nivel internacional y nacional (**Figura 4**):

1. Guía GOLD (Global Initiative for Ob structive Lung Disease) ¹⁸
2. Chronic obstructive pulmonary disease NICE guideline (National Institute for Clinical excellence). Febrero 2004 ¹⁹
3. Guía de EPOC de la Sociedad Europea de Medicina Respiratoria (ERS) y de la Sociedad Americana del Tórax (2004) ²⁰
4. Consenso SEPAR/semFYC de EPOC ²¹
5. Consenso SEPAR/semFYC /SEQ de uso de antimicrobianos en la exacerbación de EPOC, 2001 ²²
6. Conferencia de consenso (España-2003) sobre enfermedad pulmonar obstructiva crónica ²³
7. Documento EPOC de la Sociedad Andaluza de MFyC ²⁴

