

Manuel Pimentel Leal [[Buscar autor en Medline](#)]
 Miguel Ángel Lobo Álvarez [[Buscar autor en Medline](#)]
 Sara Nuñez Palomo [[Buscar autor en Medline](#)]



Seguimiento de la EPOC en Atención Primaria

La EPOC constituye una de las 5 enfermedades crónicas más frecuentemente atendidas en Atención Primaria (10 – 12% de las consultas ¹). Teniendo en cuenta la accesibilidad del médico de familia, la práctica totalidad de estos pacientes acudirán a lo largo de su vida. Nuestra práctica asistencial incluirá:

- **Prevención primaria**. Actuando sobre el tabaquismo fundamentalmente. Se recomienda preguntar en cada visita a consulta, tanto médica como de enfermería, sobre el consumo de tabaco, y registrarlo en la historia clínica. La periodicidad mínima de esta detección debe ser cada 2 años (PAPPS ²).
- **Prevención secundaria**. Considerando el infradiagnóstico de la EPOC ^{3, 4}, muchos aconsejan realizar espirometría forzada en la población fumadora de entre 40 y 50 años ^{5,6}; puede ser útil para objetivar declives posteriores de la función pulmonar indicativos de fumadores “susceptibles”. Se debe practicar a personas con clínica compatible (tos, aumento de la producción de esputo, o disnea), y/o historia de exposición a factores de riesgo. Los profesionales de Atención Primaria deben tener acceso a la técnica espirométrica.
- **Monitorización y evaluación del curso de la enfermedad**. Una vez diagnosticado y establecido el tratamiento adecuado, deberemos valorar periódicamente al paciente, y:
- **Asegurar el correcto cumplimiento terapéutico**.
 - **Actuando sobre los factores patogénicos**. La abstención de fumar es la intervención más simple y rentable para reducir el riesgo de desarrollar EPOC y detener su progresión (**Evidencia A**) (**figura 1**) ⁷. Puede ser eficaz un consejo breve al fumador, de tres minutos de duración (**Evidencia A**) y es lo mínimo que debe hacerse en cada visita médica / de enfermería.
 - **Dieta**, con el objetivo de lograr un peso óptimo. Insistir en la ingesta diaria de 1,5 litros de agua. Aumentar el aporte de calcio cuando se estén utilizando corticoides orales.
 - **Actividad física** adaptada a las posibilidades de cada enfermo. Lo más recomendable es caminar (20 minutos dos veces al día), descansando cuando se necesite. Los programas de rehabilitación controlados mejoran la tolerancia al ejercicio y la sensación de disnea (**Evidencia A**) ⁸. No parece modificar la supervivencia, aunque disminuyen las agudizaciones y los ingresos. Existen recomendaciones elaboradas por la SEPAR ⁹.
- **Tratamiento farmacológico**. La reducción del tratamiento una vez alcanzado el control sintomático normalmente no es posible. El deterioro progresivo de la función pulmonar suele requerir la introducción sucesiva de nuevos procedimientos. En cada visita de seguimiento debe discutirse el régimen terapéutico, ajustándolo a la situación clínica del paciente. Revisaremos el grado de adhesión, evaluando periodicidad y dosis, la propia técnica inhalatoria y la aparición de efectos secundarios.
- **Vacunaciones**. Se recomienda vacunación antigripal anual, ya que reduce la morbimortalidad durante los períodos epidémicos ¹⁰ (**Evidencia A**). Respecto a la vacuna antineumocócica, no existen datos suficientes que sustenten su uso generalizado en pacientes con EPOC ¹¹ (**Evidencia B**). Su administración reduce la posibilidad de bacteriemia. Ambas vacunas pueden administrarse conjuntamente, en brazos separados; la antineumocócica se pone una sola vez o cada 5 años ¹². Las posibles actualizaciones sobre el tema, en <http://www.msc.es/farmacia/infmedic>.

Diagnóstico y tratamiento de las exacerbaciones.

Suponen un deterioro en la situación clínica del paciente que cursa con aumento de la expectoración, esputo purulento, aumento de la disnea, o cualquier combinación de estos

bibliografía

1. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Informe del Gabinete de estudios sociológicos Bernard Krief. SEPAR. 1995.
2. Córdoba García R, Ortega Sánchez-Pinilla R, Cabezas Peña C, Forés García D, Nebot Adell M, Robledo de Dios T. Grupos de Expertos del PAPPS. Grupo de Trabajo de Educación Sanitaria y de Prevención Cardiovascular. Recomendaciones sobre estilo de vida. Aten Primaria 2001.Vol. 28. Supl. 2. (Full text/PDF).
3. Sobradillo V, Miravittles M, Jiménez CA, Gabriel R, Viejo JL, Masa JF. Estudio IBERPOC en España: prevalencia de síntomas respiratorios habituales y de limitación crónica al flujo aéreo. Arch Bronconeumol 1999; 35: 159-166. (Full text/PDF).
4. Pauwels RA, Buist AS, Calverley PMA, Jenkins CR, Hurd SS. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: NHLBI/WHO Workshop National Heart, Lung, and Blood Institute. World Health Organization. Updated 2003. www.goldcopd.com
5. Álvarez-Sala JL, Cimas E, Masa JF, Miravittles M, Molina J, Naberan K, et al. Recomendaciones para la atención al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. SemFYC – SEPAR. Arch Bronconeumol 2001; 37: 269-278. (Full text/PDF). **Ver más**

enlaces

No hay enlaces de interés



síntomas (criterios clásicos de Anthonisen ¹³).

Las infecciones son la causa más frecuente (50– 75%), con etiología bacteriana en más de la mitad de los casos (en nuestro medio *H. Influenzae*, *S. Pneumoniae* y *M. Catarrhalis*). El resto es causado por virus, *Chlamydia Pneumoniae* y, excepcionalmente, por otros microorganismos (en EPOC grave que requiere ventilación asistida, la infección puede estar causada por un bacilo gramnegativo). La contaminación ambiental también puede jugar un papel importante. En un 30% de los casos no se identifica la etiología.

La disnea es un síntoma progresivo en el curso de la enfermedad. Por ello, se aconseja su valoración periódica; por su sencillez y facilidad de registro, la SEPAR recomienda como escala la propuesta por el British Medical Research Council ¹⁴ (**tabla 1**). Otro sistema se muestra en la **tabla 2** .

El tratamiento de las exacerbaciones se establecerá atendiendo a criterios de gravedad de la EPOC, factores de riesgo asociados (**tabla 3**) y severidad clínica de la exacerbación. Así, el paciente con EPOC leve-moderada (FEV1 > 50% según GOLD; > 40% según SEPAR-semFVC) y sin criterios de gravedad (**tabla 4**), será tratado primero ambulatoriamente, con seguimiento a las 48 – 72 horas para ver la evolución. Para los EPOC graves (FEV1 < 50% o < 40%) se aconseja la derivación hospitalaria desde el inicio.

El tratamiento domiciliario incluye el aumento de la dosis y/o frecuencia del tratamiento broncodilatador previo (**Evidencia A**), añadiendo anticolinérgicos si no los utilizaban anteriormente. Los corticoides sistémicos, en pautas cortas, son beneficiosos en el tratamiento de las exacerbaciones (**Evidencia A**).

Respecto al uso de antibióticos, debemos tener presente la elevada resistencia a los antimicrobianos en España . Por este motivo su utilización para la EPOC leve a moderada será recomendable sólo cuando se presenten dos o más criterios de exacerbación ¹⁵ (**Evidencia B**); En la EPOC grave es aconsejable el antibiótico ante un solo criterio de exacerbación ⁴ . Existe guía práctica ¹⁶ (SEPAR, semFVC y SEQ, **tabla 5**), en la que se establece la pauta de antibioticoterapia empírica más apropiada en función de:

- Gravedad de la EPOC (en función del valor del FEV1).
- Edad del paciente (mayor o menor de 65 años).
- Existencia o no de comorbilidad significativa.
- Riesgo de participación de *P. Aeruginosa* en la exacerbación (si > 4 ciclos de antibiótico durante el año previo).

El tratamiento antibiótico debe mantenerse un tiempo medio de 7 a 10 días; 5 días con levofloxacino y moxifloxacino; 3 a 5 días con azitromicina.

El comportamiento general ante una exacerbación puede resumirse en el algoritmo de la **figura 2** , adaptado de ⁵ .

Monitorización de la progresión de la enfermedad y del desarrollo de complicaciones .

En las visitas de seguimiento se indagará sobre la aparición de nuevos datos que alerten sobre la presencia de complicaciones. Así, la elevación de la presión venosa yugular y los edemas en tobillos evidencian cor pulmonale, agudo o crónico. Cambios en las características del esputo (¿hemoptisis?) y la aparición de un síndrome constitucional obligan a descartar una neoplasia; Hinchazón y dolor en una pierna pueden indicar una trombosis venosa profunda; Somnolencia diurna excesiva, acompañada incluso de accidentes, obligan a realizar un estudio del sueño para descartar un síndrome de apnea del sueño (síndrome de “overlap”).

En la EPOC es de prever un empeoramiento de la función pulmonar con el paso del tiempo, incluso con medidas terapéuticas correctas. La espirometría nos ayuda a controlar el desarrollo de complicaciones y determinar cuándo debe ajustarse el tratamiento. La periodicidad dependerá del nivel de gravedad de la enfermedad y de la disponibilidad en cada área de salud o centro hospitalario. Por ejemplo, anual, cada 6-12 meses y cada 6 meses (EPOC leve, moderado y severo respectivamente) ⁵ .

En los pacientes con EPOC grave o con signos de insuficiencia respiratoria o cardiaca derecha, deberán medirse los gases arteriales; generalmente no es accesible desde Atención Primaria (derivación a Neumología). En muchos centros de salud y servicios de urgencia se emplea la pulsioximetría, que mide la saturación de oxígeno en la sangre. Aunque no sustituye a la gasometría en la valoración completa de los enfermos respiratorios, sí permite apreciar la insuficiencia respiratoria crónica y evaluar la gravedad de la insuficiencia respiratoria aguda ¹⁷ . Para su interpretación hay que recordar la curva de disociación de la hemoglobina (**figura 3**). La **tabla 6** recoge la forma de actuar en función de la saturación.

Relación con el ámbito especializado (Neumología, hospital).

El manejo del paciente con EPOC debe ser una responsabilidad compartida entre Atención Primaria, Neumología y Hospital. Una buena comunicación entre los diferentes niveles es una premisa esencial. Los diferentes consensos proporcionan recomendaciones sobre los criterios de derivación, resumidos en la **tabla 7** . En cualquier caso, es aconsejable establecer un calendario de visitas adaptado a la presencia o no de factores de riesgo e insuficiencia respiratoria. Una opción es la propuesta de SEPAR – semFYC ⁵ (**tabla 8**).

