



Original

Neumología para atención primaria: recomendaciones en enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma

Juan Antonio Trigueros Carrero^{a,*}, José Miguel Valero Pérez^b

^aCentro de Salud Menasalbas. Toledo. ^bCentro de Salud Betera. Valencia.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 16 de febrero de 2023

Aceptado el 24 de febrero de 2023

On-line el 23 de marzo de 2023

Palabras clave:

EPOC

Asma

Consenso

Recomendaciones

R E S U M E N

Objetivos. El principal objetivo de este trabajo fue establecer, de manera consensuada, recomendaciones sobre determinadas situaciones clínicas, actitudes diagnósticas y terapéuticas y utilización de recursos en el abordaje de las enfermedades respiratorias que cursan con obstrucción bronquial al flujo aéreo por parte de los médicos de atención primaria (AP) en condiciones reales de práctica clínica. El objetivo secundario fue valorar el grado de acuerdo frente a dichas recomendaciones en relación con el abordaje de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma.

Material y métodos. Se convocó a 237 médicos de AP con interés en patología respiratoria obstructiva crónica a una reunión donde, mediante televotación anonimizada, puntuaron, en una escala de Likert del 1 (totalmente en desacuerdo) al 9 (totalmente de acuerdo), 10 recomendaciones relativas al diagnóstico, tratamiento y ámbito asistencial.

Resultados. Se obtuvieron los resultados estadísticos, que en todas las recomendaciones alcanzaron un valor de la mediana que superaba el punto de corte, por lo que los expertos mostraron acuerdo en la afirmación expresada en dichas recomendaciones.

Conclusiones. Se obtuvo consenso en el acuerdo para las diez recomendaciones propuestas.

© 2023 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Pulmonology for primary care: recommendations in chronic obstructive pulmonary disease and asthma

A B S T R A C T

Objectives. Main objective was to establish recommendations by consensus on certain clinical situations, diagnostic and therapeutic attitudes, and resources in the management of respiratory diseases with bronchial airflow obstruction for Primary Care in real conditions of clinical practice. The secondary objective was to assess the degree of agreement with those recommendations in relation to the management of patients with chronic obstructive pulmonary disease and asthma.

Methods. At primary care, 237 physicians were selected for their interest in chronic obstructive respiratory disease and invited to a meeting. They were asked to score 10

Keywords:

COPD

Asthma

Consensus

Recommendations

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: triguexx57@gmail.com (J.A. Trigueros Carrero).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2023.001>

2254-5506 / © 2023 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

recommendations, related to treatment, diagnostic and healthcare settings, on a Likert scale from 1 (totally disagree) to 9 (totally agree).

Results. Statistical results reached a median that exceeded the cut-off point, so that the majority of responses in every recommendation agreed and were positioned in favor.

Conclusions. Consensus was obtained for the ten proposed recommendations.

© 2023 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A

Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el asma son dos procesos respiratorios de alta prevalencia en nuestro entorno^{1,2}. A los importantes efectos sobre la salud de los individuos y de la población, hay que añadir un fuerte impacto económico. En la evolución natural de ambas enfermedades son frecuentes las situaciones de progresivo deterioro clínico, exacerbaciones, problemas con la cumplimentación y adhesión terapéutica, comorbilidades, etc, que hacen necesario proponer a entidades y administraciones públicas, medidas de índole organizativa o científica con el fin de conseguir mejorar las cifras de control de dichas enfermedades.

La EPOC es una enfermedad compleja, multicomponente, crónica y progresiva. Los síntomas principales son la disnea, la tos y la expectoración. Su presentación clínica es muy heterogénea. En ella se pueden definir diversas formas clínicas o fenotipos con repercusión clínica, pronóstica y terapéutica³. Su prevalencia alcanza el 11,8 %¹. Por sexos, la prevalencia es de 14,6 % en hombres y 9,4 % en mujeres¹. Más de la mitad de enfermos de EPOC en España son mujeres (52,6 %), con una edad media de 60,2 años (DE 11,1)¹.

Algunos puntos clave en la EPOC son el alto grado de infradiagnóstico, que se estima en un 74,7 % en España¹, y la progresiva reducción del infratratamiento³. La deshabituación tabáquica es la medida más eficaz para prevenir la EPOC y frenar su progresión³. La EPOC supone un coste elevado, tanto en consumo de recursos sanitarios como en pérdida de la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes³.

El asma es una de las enfermedades crónicas más prevalentes en España: alcanza cifras en torno al 10 % de los adultos y adolescentes^{2,4-6}.

Objetivos

El presente estudio se plantea conocer la opinión de un grupo de expertos en relación con las 10 propuestas elaboradas por los autores y comunicadas como recomendaciones y que pretenden identificar una serie de actuaciones que podrían conducir a un mejor y más homogéneo abordaje diagnóstico, terapéutico y asistencial en EPOC y asma.

Material y métodos

Dos representantes del Grupo de Patología Respiratoria de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) revisaron una selección bibliográfica previa y seleccionaron 10 recomendaciones con el objetivo de presentarlas al colectivo de profesionales de atención primaria (AP) y administraciones sanitarias.

Se escogieron 237 profesionales por su acreditado interés en las enfermedades crónicas obstructivas respiratorias, cualificación profesional, publicaciones y docencia, que se reunieron en Málaga el 29 de febrero de 2020. Puntuaron cada una de las 10 recomendaciones en una escala de Likert del 1 (totalmente en desacuerdo) al 9 (totalmente de acuerdo) en un tiempo de 1 minuto para cada recomendación. Se recogieron los datos de valoración de cada uno de los asistentes mediante sistema informático de televotación anonimizada. Las recomendaciones abarcaban diversos ámbitos: diagnóstico, dotación de recursos, tratamiento y valoración asistencial.

Una vez efectuadas las votaciones, se realizó una valoración estadística con media, mediana y medidas de dispersión. Se consideró que la recomendación evaluada estaba acordada cuando la mediana de las valoraciones quedaba dentro del área del 7,8 y 9.

Resultados

Acerca de la primera recomendación, sobre si se debiera realizar siempre una intervención mínima sobre tabaquismo en todos los pacientes fumadores activos con EPOC, la respuesta mayoritaria fue de total acuerdo (76,32 %) con una media de 7,61 (DE 2,87) (tabla 1).

Segunda recomendación: en cuanto a la dotación de recursos, se planteó si debe existir un miniespirómetro que pueda medir el FEV₁ (volumen espiratorio máximo en el primer segundo) y su relación con el FEV₆ (volumen espiratorio máximo en 6 segundos) en los centros de AP que permita realizar cribado de obstrucción de la vía aérea en pacientes con sospecha de EPOC o asma. Se obtuvo unanimidad en este punto, con 124 respuestas totalmente de acuerdo (65,61 %, media de 7,87 (DE 2,07) (tabla 2).

A la vista de las altas tasas de infradiagnóstico de EPOC en mujeres, se preguntó a los participantes en la tercera reco-

Tabla 1 – Recomendación 1: “En cualquier consulta a demanda con síntomas respiratorios de un/una paciente fumador/a activo/a con EPOC siempre se debería realizar una intervención mínima contra el tabaquismo”.

	Respuestas	
	Porcentaje	Recuento
Totalmente en desacuerdo	14,74 %	28
Bastante en desacuerdo	0,53 %	1
En desacuerdo	0,53 %	1
Parcialmente en desacuerdo	0,00 %	0
Neutral	0,00 %	0
Parcialmente de acuerdo	1,58 %	3
De acuerdo	3,68 %	7
Bastante de acuerdo	2,63 %	5
Totalmente de acuerdo	76,32 %	145
Totales	100 %	190
Media	7,61	
Mediana	9,00	
Varianza	8,25	
Desviación estándar	2,87	

1: totalmente en desacuerdo; 9: totalmente de acuerdo.

Tabla 2 – Recomendación 2: “En todos los centros de salud debería existir un miniespirómetro o medidor de FEV1/FEV6 para realizar cribado de obstrucción de la vía aérea en pacientes con sospecha”.

	Contestaciones	
	Porcentaje	Recuento
Totalmente en desacuerdo	4,23 %	8
Bastante en desacuerdo	1,06 %	2
En desacuerdo	1,59 %	3
Parcialmente en desacuerdo	0,53 %	1
Neutral	4,23 %	8
Parcialmente de acuerdo	5,82 %	11
De acuerdo	8,47 %	16
Bastante de acuerdo	8,47 %	16
Totalmente de acuerdo	65,61 %	124
Totales	100 %	189
Media	7,87	
Mediana	9,00	
Varianza	4,27	
Desviación estándar	2,07	

1: totalmente en desacuerdo; 9: totalmente de acuerdo.

Tabla 3. Recomendación 3: “Se debería realizar al menos una medida de función pulmonar en mujeres fumadoras o exfumadoras por encima de 40 años, aun en ausencia de síntomas”.

	Contestaciones	
	Porcentaje	Recuento
Totalmente en desacuerdo	4,10 %	8
Bastante en desacuerdo	2,56 %	5
En desacuerdo	3,59 %	7
Parcialmente en desacuerdo	2,56 %	5
Neutral	5,64 %	11
Parcialmente de acuerdo	7,69 %	15
De acuerdo	13,33 %	26
Bastante de acuerdo	11,79 %	23
Totalmente de acuerdo	48,72 %	95
Totales	100 %	195
Media	7,31	
Mediana	8,00	
Varianza	5,20	
Desviación estándar	2,28	

1: totalmente en desacuerdo; 9: totalmente de acuerdo.

Tabla 4 – Recomendación 4: “Todos los centros de salud deberían estar dotados convenientemente de medidores de PEF para facilitar el diagnóstico del asma y la adecuada atención de la exacerbación asmática”.

	Contestaciones	
	Porcentaje	Recuento
Totalmente en desacuerdo	1,57 %	3
Bastante en desacuerdo	2,62 %	5
En desacuerdo	1,05 %	2
Parcialmente en desacuerdo	0,00 %	0
Neutral	4,71 %	9
Parcialmente de acuerdo	6,28 %	12
De acuerdo	14,66 %	28
Bastante de acuerdo	13,61 %	26
Totalmente de acuerdo	55,50 %	106
Totales	100 %	191
Media	7,82	
Mediana	9,00	
Varianza	3,32	
Desviación estándar	1,82	

1: totalmente en desacuerdo; 9: totalmente de acuerdo.

mendación si, en su opinión, se debería realizar al menos una medida de función pulmonar en mujeres fumadoras o exfumadoras por encima de 40 años, aunque no tuvieran síntomas respiratorios. El 73,85 % estuvieron de acuerdo, bastante de acuerdo o totalmente de acuerdo, con una puntuación media de 7,31 (DE 2,28) (tabla 3).

En el ámbito del diagnóstico, se preguntó la opinión a los participantes en la cuarta recomendación acerca de si todos

los centros de salud deberían estar dotados convenientemente de medidores de flujo espiratorio máximo (PEF) para facilitar el diagnóstico del asma y la adecuada atención de la exacerbación asmática. El 55,50 % se mostraron totalmente de acuerdo, con una puntuación media de 7,82 (DE 1,82) (tabla 4).

Acera del tratamiento de la agudización de asma o EPOC en los centros de salud se planteó en la quinta recomendación: se debería priorizar la utilización de cámara de inhalación

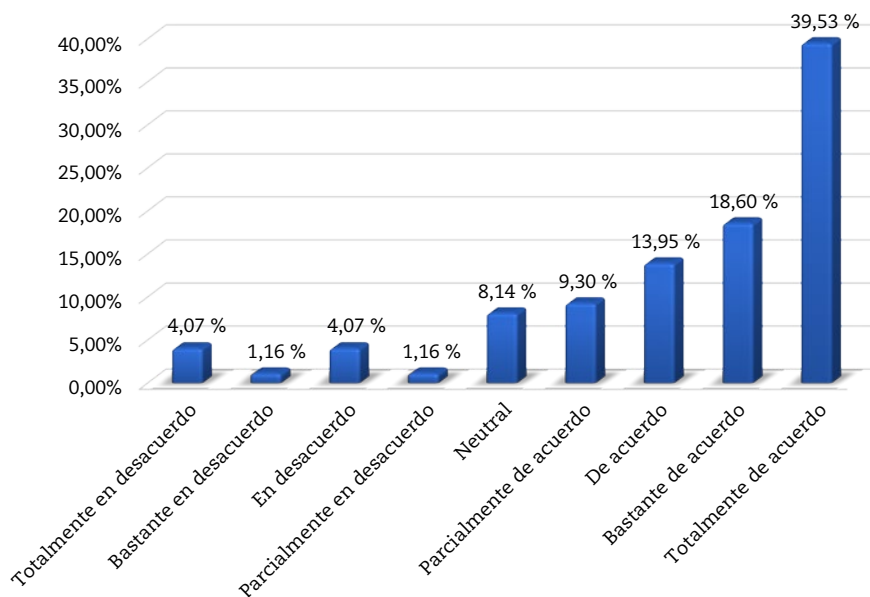


Figura 1 – Recomendación 5: “En los centros de salud se debería priorizar la utilización de cámara de inhalación para la administración de broncodilatadores en la atención de la agudización de asma o EPOC” (1: totalmente en desacuerdo; 9: totalmente de acuerdo).

Respuestas: media 7,22; mediana 8,0; varianza 4,65; desviación estándar: 2,16

Tabla 5 – Recomendación 6: “Se debe desarrollar y realizar con carácter preferente un programa específico formativo de actualización y capacitación para enfermería en cuidados neumológicos en atención primaria”.

	Contestaciones	
	Porcentaje	Recuento
Totalmente en desacuerdo	1,57 %	3
Bastante en desacuerdo	1,05 %	2
En desacuerdo	0,52 %	1
Parcialmente en desacuerdo	0,00 %	0
Neutral	1,57 %	3
Parcialmente de acuerdo	1,57 %	3
De acuerdo	8,38 %	16
Bastante de acuerdo	9,95 %	19
Totalmente de acuerdo	75,39 %	144
Totales	100 %	191
Media	8,39	
Mediana	9,00	
Varianza	2,17	
Desviación estándar	1,47	

1: totalmente en desacuerdo; 9: totalmente de acuerdo.

Tabla 6 – Recomendación 7: “Se debería establecer un programa práctico de consejo mínimo estructurado y personalizado de actividad física para pacientes respiratorios crónicos en las consultas de atención primaria”.

	Contestaciones	
	Porcentaje	Recuento
Totalmente en desacuerdo	1,10 %	2
Bastante en desacuerdo	0,55 %	1
En desacuerdo	0,55 %	1
Parcialmente en desacuerdo	0,00 %	0
Neutral	3,85 %	7
Parcialmente de acuerdo	3,30 %	6
De acuerdo	19,78 %	36
Bastante de acuerdo	13,74 %	25
Totalmente de acuerdo	57,14 %	104
Totales	100 %	182
Media	8,05	
Mediana	9,00	
Varianza	2,12	
Desviación estándar	1,46	

1: totalmente en desacuerdo; 9: totalmente de acuerdo.

para la administración de broncodilatadores en la atención de la agudización de asma o EPOC. Se obtuvo diversidad de respuestas, con mayoría de ellas posicionadas en el total acuerdo (figura 1).

La sexta recomendación se planteó en relación con el abordaje del paciente: “Se debería desarrollar y realizar con carácter preferente un programa específico formativo de actualización y capacitación para enfermería en cuidados neumológicos en

AP”. La gran mayoría estuvo totalmente de acuerdo (75,39 %) (media 8,39, DE 1,47) (tabla 5).

En el ámbito de la educación al paciente, se propuso la recomendación de establecer un programa práctico de consejo mínimo estructurado y personalizado de actividad física para pacientes respiratorios crónicos en las consultas de AP. El 91 % de los participantes (165) estuvieron de acuerdo o totalmente de acuerdo (57,14 % totalmente de acuerdo) (media 8,05, DE 1,46) (tabla 6).

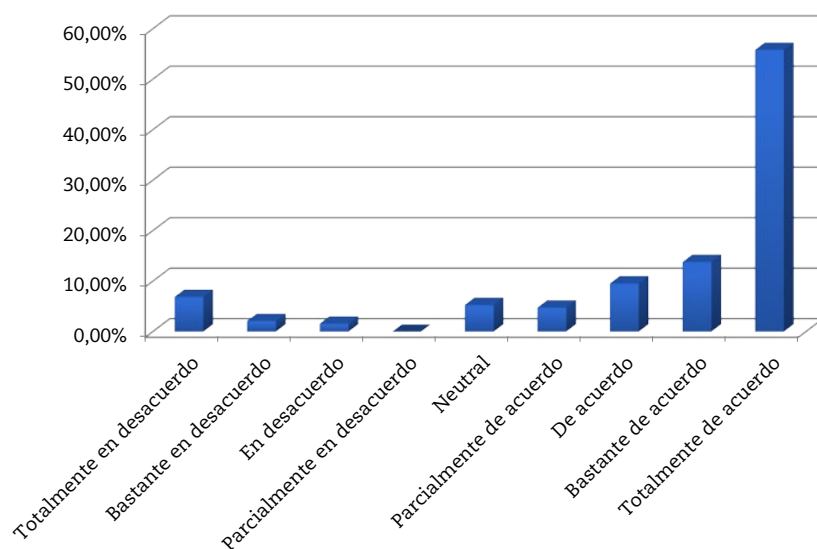


Figura 2 – Recomendación 8: “Se debería impulsar un programa formativo integral sobre educación y manejo de los dispositivos inhaladores en establecimientos de farmacia”.

Respuestas: media 7,52; mediana 9,0; varianza 5,64; desviación estándar 2,38

Tabla 7. Recomendación 9: “Los sistemas informáticos para la asistencia sanitaria en las distintas comunidades autónomas deberían incorporar sistemas de alerta automática para advertir de la sobreprescripción de broncodilatadores de rescate mediados por agonistas β_2 -adrenérgicos de acción”.

	Contestaciones	
	Porcentaje	Recuento
Totalmente en desacuerdo	3,21 %	6
Bastante en desacuerdo	0,00 %	0
En desacuerdo	0,53 %	1
Parcialmente en desacuerdo	1,07 %	2
Neutral	2,67 %	5
Parcialmente de acuerdo	2,67 %	5
De acuerdo	8,02 %	15
Bastante de acuerdo	14,44 %	27
Totalmente de acuerdo	67,38 %	126
Totales	100 %	187
Media	7,52	
Mediana	9,00	
Varianza	5,64	
Desviación estándar	2,38	

1: totalmente en desacuerdo; 9: totalmente de acuerdo.

La mayoría de los participantes (105, 55,85 %) estuvieron totalmente de acuerdo con la recomendación de impulsar un programa formativo integral sobre educación y manejo de los dispositivos inhaladores en farmacias (puntuación media de 7,52, DE 2,38).

En relación con la sobreprescripción de broncodilatadores de acción corta, se propuso como recomendación que los sistemas informáticos para la asistencia sanitaria en las distin-

tas comunidades autónomas incorporaran sistemas de alerta automática para advertir de la sobreprescripción de broncodilatadores de rescate mediados por agonistas β_2 -adrenérgicos de acción corta (salbutamol y terbutalina) por encima de 1 envase cada 2 meses. En este punto se obtuvo consenso: 126 participantes a favor (67,38 %), puntuación media de 8,17 (DE 1,72).

Se propuso la recomendación de desarrollar un programa estructurado para cuidadores a domicilio en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas graves; la mayoría de participantes (104, 55,32 %) estuvieron en total acuerdo. Se obtuvo una puntuación media de 7,95 (DE 1,50).

Comentarios

Diagnóstico

El retraso en el diagnóstico en AP reduce la oportunidad de intervenciones⁷. El cribado poblacional o la detección de casos en la población de alto riesgo son objetivos en la detección precoz de EPOC⁷. Este es el caso de los pacientes fumadores, puesto que la deshabituación tabáquica es la medida más eficaz para prevenir la enfermedad y frenar su progresión³. Por todo ello, es muy importante efectuar tareas eficientes de educación sanitaria entre las que se encuentra el consejo mínimo antitabaco desarrollado en las consultas a demanda de los médicos de AP.

Para reducir el infradiagnóstico del asma, a todo paciente con sospecha clínica se le debe realizar una espirometría con prueba broncodilatadora (PBD), aunque una espirometría normal no excluye el diagnóstico⁴.

El infradiagnóstico de la EPOC en las mujeres españolas es del 80,6 %, frente al 74,6 % en hombres¹. En mujeres, la prevalencia y mortalidad por EPOC ha aumentado significativamente, pues se ha incrementado al doble de casos en los últimos 20 años⁸.

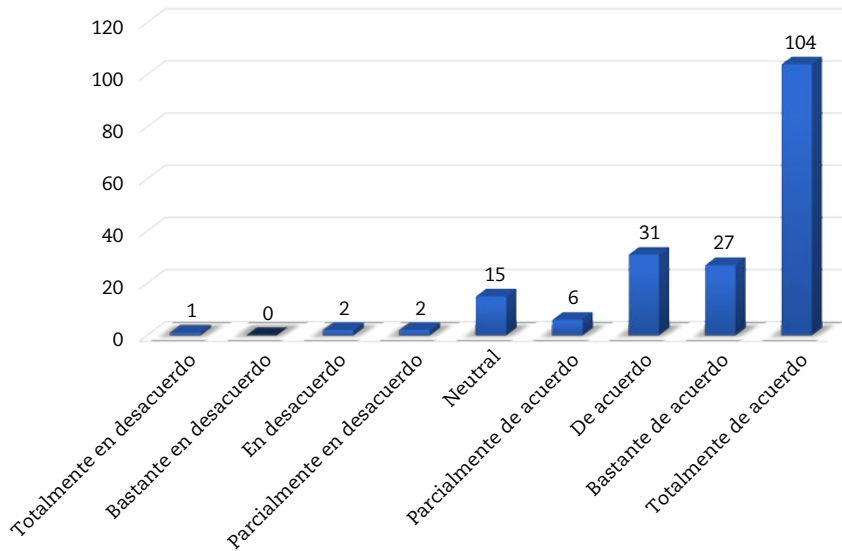


Figura 3 – Recomendación 10: “Se debería desarrollar un programa estructurado para cuidadores a domicilio en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas graves”.

Respuestas: media 7,52; mediana 9,0; varianza 5,64; desviación estándar 2,38

El retraso en el diagnóstico de casos de EPOC en mujeres es más frecuente que en varones, por lo que se realiza en estadios más avanzados de la enfermedad. Puede ser consecuencia del desconocimiento de los síntomas clave y de la ausencia de información al médico por parte de las mujeres afectadas⁸.

En España las comorbilidades en mujeres con EPOC son similares a las de los hombres. Los desórdenes metabólicos (osteoporosis) son más frecuentes en mujeres, mientras que los hombres padecen más enfermedades cardiovasculares⁹. La efectividad y seguridad del tratamiento de la EPOC son las mismas en los dos sexos¹⁰.

Una de las recomendaciones planteadas es la medida de la función pulmonar en mujeres fumadoras o exfumadoras por encima de 40 años, aunque no tuvieran síntomas respiratorios. Esta recomendación fue consensuada por los participantes; su desarrollo permitiría minimizar los efectos del infradiagnóstico en mujeres y facilitar el tratamiento en fases precoces.

Recursos

Algunos de los factores de riesgo de exacerbación asmática son el mal control de la enfermedad, las exacerbaciones previas, los factores derivados del tratamiento, comorbilidades (rinosinusitis, poliposis nasal, reflujo gastroesofágico, obesidad, alergia alimentaria, trastornos psicológicos, embarazo), la exposición ambiental y otros agravantes. Por todo ello, es imprescindible un abordaje exigente de la agudización del asma.

Uno de los factores determinantes en el abordaje de las enfermedades respiratorias es la insuficiente dotación de recursos a los centros de salud⁶. Por ello, se plantea a los participantes la valoración de la recomendación de dotarles de recursos diagnósticos: miniespirómetros y medidores de PEF.

Tal y como se indica en las principales Guías y recomendaciones, no se debe hacer un diagnóstico centrado exclusivamente en los síntomas y la historia clínica sin haber realizado al menos una prueba objetiva de función pulmonar⁵. Según

una encuesta previa a centros de AP, el 92 % dispone de espirometro, el 70 % de medidor de PEF y el 93 % de dispositivos inhaladores⁴.

La espirometría constituye el método de diagnóstico y de seguimiento del paciente asmático⁴ y es un marcador reconocido del nivel de salud respiratoria de los pacientes y de la población¹¹; sin embargo, en ocasiones y por diversos motivos, la necesidad de realizarla se ve dificultada. En estas ocasiones puede ser una opción conveniente la realización de una minoespirometría por medio de la valoración de la relación FEV1/FEV6, tal como se acuerda en otra recomendación del estudio.

Los medidores de PEF pueden ser de gran utilidad en el diagnóstico y monitorización del asma y para la adecuada atención de la exacerbación asmática¹². En el cribado de la EPOC se ha demostrado que el uso del cuestionario *Chronic Obstructive Pulmonary Disease-Population Screener* (COPD-PS), junto con la medición de PEF, pueden ser una manera de detección de casos de EPOC en AP y con ello reducir un 90 % el número de espirometrías realizadas⁷.

Tratamiento

En época de pandemia por SARS-CoV-2 se ha centrado la atención de manera especial en el tratamiento de las enfermedades respiratorias, con especial preocupación por la seguridad tanto del paciente como del personal que le atiende. A pesar de todo, es fundamental que cada enfermo reciba el tratamiento adecuado para su caso. La *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* aconseja que los pacientes con EPOC mantengan su terapia habitual, incluyendo el tratamiento con inhaladores en quienes lo necesiten¹³.

En el contexto de la pandemia, las técnicas que requieran nebulizaciones deben limitarse a lo clínicamente imprescindible⁴; también se debe evitar el uso de nebulizadores en las agudizaciones de asma en los centros sanitarios, para prevenir la diseminación de SARS-CoV-2 a otros pacientes o personal

sanitario. Se recomienda sustituirlos por dispositivos adaptados a cámara espaciadora⁵.

Se propone a los participantes la recomendación de que en los centros de salud se priorice la utilización de la cámara de inhalación para la administración de broncodilatadores en la atención de la agudización de asma o EPOC. La gran mayoría de las respuestas estuvo a favor.

El tratamiento puede incluir la administración de broncodilatadores adrenérgicos de acción corta (SABA), tales como salbutamol o terbutalina, y los glucocorticoides inhalados (GCI) u orales. Los SABA inhalados administrados con una antelación de unos 10-15 minutos son los medicamentos de elección para prevenir la broncoconstricción inducida por ejercicio². El uso de un SABA inhalado a demanda más de 2 veces al mes para tratar los síntomas (sin contar cuando se utilice de forma preventiva antes del ejercicio), o haber tenido exacerbaciones en el año previo o un FEV₁ menor de 80 %, indican un control inadecuado del asma y requiere valorar el cambio de la terapia de mantenimiento².

En ocasiones, el paciente puede considerar su enfermedad controlada cuando limita los síntomas por medio del uso frecuente de la medicación de rescate con SABA sin conocer los riesgos de morbimortalidad que esta práctica conlleva⁴.

Se propone a los asistentes la recomendación de incorporar sistemas informáticos de alerta automática para advertir de la sobreprescripción de broncodilatadores de rescate, mediados por agonistas β_2 -adrenérgicos de acción corta en los módulos de prescripción de las distintas comunidades autónomas. Esta recomendación, cuyo fin sería controlar el abuso de tratamiento con SABA, contó con el acuerdo unánime de los participantes.

Ámbito asistencial

Se calcula que la prevalencia de EPOC es del 15,0 % en fumadores, del 12,8 % en exfumadores y del 4,1 % en no fumadores³. El 30,9 % de los enfermos de EPOC son fumadores (1,14). Aunque la EPOC no es una enfermedad curable, la deshabituación tabáquica es la medida más eficaz para prevenirla y frenar su progresión³; por ello se recomienda la deshabituación tabáquica en población general y especialmente en los pacientes con patología respiratoria como el asma².

Un elevado número de pacientes con EPOC son fumadores activos. El tabaco es causa, además de EPOC, de múltiples cánceres, enfermedades cardíacas, complicaciones del embarazo y otras muchas afecciones, con el consiguiente elevado coste económico¹⁵. A una legislación insuficiente¹⁶ se une el hecho de que en las consultas de AP no se aborde el tabaquismo de forma sistemática¹⁷. Frente a esta situación, la gran mayoría de participantes estuvo de acuerdo con la recomendación de realizar, en una consulta con síntomas respiratorios de un paciente fumador activo con EPOC, una intervención mínima contra el tabaquismo. El resultado está en línea con la *Guía Española para el Diagnóstico y Tratamiento de pacientes con EPOC*, en la que se consideran las diferentes recomendaciones para el adecuado abordaje de los pacientes de EPOC que, a pesar de su enfermedad, siguen consumiendo tabaco¹⁸. Se recogen diversas recomendaciones de intervención mínima en consulta frente al tabaquismo¹⁹⁻²¹.

Otro de los temas clave propuestos fue el ejercicio físico. Se planteó en la reunión la recomendación sobre si se debiera establecer un programa práctico de consejo mínimo estructu-

rado y personalizado de actividad física para pacientes respiratorios crónicos en las consultas de AP. Las respuestas obtenidas mostraron un resultado estadístico que confirmó la asunción de la recomendación.

Según una encuesta realizada recientemente en centros de AP, se dispone de material educativo para pacientes asmáticos en 78 % de ellos⁶. No obstante, el plan propuesto por el Grupo de Patología Respiratoria de SEMG expone la necesidad de implementar un plan de formación al paciente que cubra requisitos mínimos, como son la información clave sobre el asma y su abordaje, un plan de acción sencillo y comprensible y el entrenamiento con la terapia inhalada²². La educación del paciente asmático sobre su enfermedad es parte de un adecuado proceso asistencial; de hecho, es uno de los indicadores de calidad asistencial en el abordaje del asma, según la guía de manejo terapéutico GEMA².

El equipo multidisciplinar para la rehabilitación pulmonar debe estar integrado por neumólogos, médicos físicos, fisioterapeutas, médicos de AP, farmacéuticos, dietistas y terapeutas ocupacionales²³. Como para cualquier enfermedad crónica, es fundamental que el paciente esté implicado activamente en su tratamiento y autocuidado, y es función de los profesionales sanitarios proveerle del conocimiento y habilidades necesarios²².

El apoyo al paciente con EPOC requiere un equipo multidisciplinar^{22,23}. Los profesionales de enfermería son esenciales en la atención del paciente con asma⁴ y deben colaborar en los programas de rehabilitación pulmonar, que son efectivos en la reducción de síntomas y la mejora del estado de salud y tolerancia al ejercicio en pacientes con EPOC²³.

Según datos recogidos recientemente en el entorno de AP, se pone en evidencia la falta de recursos para la enfermedad respiratoria: los centros encuestados afirman no disponer de profesional médico (64 %) o de enfermería (62 %) referentes en enfermedad respiratoria en su centro⁶.

Se plantea la recomendación de desarrollar y realizar con carácter preferente un programa específico formativo de actualización y capacitación para enfermería en cuidados neumológicos en AP. La respuesta obtenida, que alcanzó un rotundo acuerdo, se alinea con el documento de consenso de la SEMG sobre cómo implementar un programa estructurado mínimo de educación en asma para los pacientes²², que expone la necesidad de abordar la falta de control desde un abordaje asistencial integrado e indica que para mejorar los resultados es necesaria la formación y actualización de los profesionales y la educación de los pacientes en esta enfermedad^{6,22}.

En relación con el papel de las farmacias comunitarias en la gestión de las enfermedades respiratorias, se acuerda que se debería impulsar un programa formativo integral sobre educación y manejo de los dispositivos inhaladores en farmacias comunitarias. El farmacéutico puede ofrecer educación sanitaria, ayudar a mejorar la adhesión y el control del asma, y obtener mejores resultados clínicos y económicos; en caso necesario, puede remitir al paciente a la consulta médica².

La mayoría de respuestas a favor de la recomendación de desarrollar un programa estructurado para cuidadores en domicilio de pacientes con enfermedades respiratorias crónicas graves avala el papel de estos profesionales en el cuidado y ayuda al paciente, lo que contribuye al control de su enfermedad.

Conclusiones

Las respuestas a las recomendaciones señalan necesidades y situaciones mejorables de la atención del paciente con enfermedades respiratorias, y abren camino al diseño de estrategias que permitan mejorar el abordaje del paciente con enfermedad pulmonar en los centros de AP^{4,6}.

Es necesario proporcionar recursos materiales y humanos a dichos centros para atender las necesidades de los pacientes respiratorios crónicos, tanto más en tiempo de pandemia²⁴.

Para conseguir el control de enfermedades respiratorias es necesario dotarlos de profesionales debidamente formados⁶, puesto que el abordaje del paciente respiratorio crónico es complejo y requiere la coordinación de equipos multidisciplinares².

Es imprescindible la participación activa del propio paciente en programas formativos para mejorar la evolución y el pronóstico de su enfermedad².

Se identifica una serie de acciones encaminadas a mejorar cuestiones clave en relación con factores de riesgo, diagnóstico, abordaje de las enfermedades respiratorias crónicas y mejoras formativas en diversos niveles, que son acordadas como recomendables por los expertos participantes.

Fuente de financiación

Beca facilitada por Teva Pharma.

BIBLIOGRAFÍA

- Soriano JB, Alfageme I, Miravittles M, de Lucas P, Soler-Cataluña JJ, García-Río F, et al. Prevalence and determinants of COPD in Spain: EPISCAN II. *Arch Bronconeumol.* 2021; 57(1): 61-9.
- Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. GEMA5.1. Guía española para el manejo del asma. [Internet]. LUZÁN 5; 2021.
- Grupo de Trabajo de GesEPOC. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) - Guía Española de la EPOC (GesEPOC). *Arch Bronconeumol.* 2012; 48(Suppl 1): 2-58.
- Carretero Gracia JÁ, Rodríguez Fernández F, Gómez Sáenz JT, Molina París J, Gómez Ruiz F, López Carrasco V, et al. Criterios de derivación en asma: Actualización documento de consenso. *Open Respir Arch.* 2021; 3(4): 100131.
- Román Rodríguez M, Ginel Mendoza L, Blanco Aparicio M, Rodríguez Rodríguez M, Bárcena Caamaño M. What not to do in the therapeutic management of bronchial asthma. Delphi consensus recommendations for physicians who treat asthma. *Aten Primaria.* 2021; 53(7): 102101.
- Molina París J, Mascarós Balaguer E, Ocaña Rodríguez D, Simonet Ainetto P, Campo Sien C. Healthcare resources for asthma management at primary care level: Asthmabarmeter Project. *Aten Primaria.* 2020; 52(4): 258-66.
- Soriano JB, Molina J, Miravittles M. Combining case-finding Methods for COPD in primary care: A large, two-stage design study. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2018; 22(1): 106-11.
- McIvor ER, Saraiva I, Denning J, Andrew McIvor R. Women with COPD. *Breathe.* 2020; 16(4): 1-4.
- Trigueros JA, Riesco JA, Alcázar-Navarrete B, Campuzano A, Pérez J. Clinical features of women with COPD: Sex differences in a cross-sectional study in Spain ("The ESPIRAL-ES study"). *Int J COPD.* 2019; 14: 2469-78.
- Ohar JA, Ozol-Godfrey A, Goodin T, Sanjar S. Effect of gender on lung function and patient-reported outcomes in patients with COPD receiving nebulized glycopyrrolate. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2020; 15: 995-1004.
- Olaquibel JM, Alobid I, Alvarez Puebla M, Crespo-Lessmann A, Domínguez Ortega J, García-Río F, et al. Functional examination of the upper and lower airways in asthma and respiratory allergic diseases: Considerations in the post-SARS-CoV-2 era. *J Investig Allergol Clin Immunol.* 2021; 31(1): 17-35.
- Lobo, Miguel Ángel; Muñoz Gall, Xavier, Pimentel Leal M. Uso de peak flow en el diagnóstico del asma. *Luzán 5*; 2014.
- Hess MW. Nebulized Therapy in the COVID-19 Era: The right tool for the right patient [Letter]. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2020; 15: 2101-2.
- Jiménez-Ruiz CA, Riesco Miranda JA, Altet Gómez N, Lorza Blasco JJ, Signes-Costa Miñana J, Solano Reina S, et al. Treatment of smoking in smokers with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Bronconeumol.* 2013; 49(8): 354-63.
- Curso on line de Tabaquismo. Módulo 2. Coordinador Juan Antonio Trigueros Carrero. Formación Mayo. 2020.
- Feliu A, Martínez C, Fernández E. Lights and shadows for public health: A critical analysis of the tobacco legislation in Spain. *Gac Sanit.* 2022; 36(1): 48-52.
- Gómez Menor C. El papel de atención primaria en la asistencia al tabaquismo y su adaptación a la pandemia. *Prev Tab.* 2020; 22(3): 101-4.
- Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA, et al. Spanish Guidelines for Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (GesEPOC) 2017. Pharmacological treatment of stable phase. *Arch Bronconeumol.* 2017; 53(6): 324-35.
- Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Guía de tratamiento del tabaquismo [Internet]. SEPAR; 2010. Disponible en: http://www.ahrq.gov/clinic/tobacco/treating_tobacco_use08_sp.pdf
- Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, et al. Interventions for tobacco smoking cessation in adults, including pregnant persons: US preventive services task force recommendation statement. *JAMA.* 2021; 325(3): 265-79.
- International Primary Care Respiratory Group. Helping patients quit tobacco: Very Brief Advice (VBA). An easy, positive and effective way to help tobacco users quit: Ask, advice and act. *IPCRG.* 2019; (4).
- Trigueros JA, Ocaña D, Hidalgo A, Delgado JPV, Plaza V. Cómo implementar un programa estructurado mínimo de educación en asma para los pacientes. *Med Gen Fam.* 2020; 9(1): 41-6.
- Tsutsui M, Gerayeli F, Sin DD. Pulmonary rehabilitation in a post-COVID-19 world: Telerehabilitation as a new standard in patients with copd. *Int J COPD.* 2021; 16: 379-91.
- Russell R. COVID-19 and COPD: A personal reflection. *Int J Chronic Obstr Pulmon Dis.* 2020; 15: 883-4.