



Protocolo de **e**ducación **t**erapéutica en pacientes con EPOC

Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce

Servicio Andaluz de Salud

Consejería de Salud



Julio 2016

Documento del Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce elaborado por un grupo de profesionales con el objetivo de normalizar la educación terapéutica a pacientes con EPOC atendidos por profesionales de Enfermería.

AUTORES

NOMBRE

Aurelio Campos Rico
Milagros Espinar Toledo
Francisco Fernández Vargas
Pilar Izquierdo Luzón
Rafael Poyato Ramos
Francisca Villa Estrada

CENTRO DE SALUD

El Cónsul
Rincón de la Victoria
Victoria
Alhaurín de la Torre
Ciudad Jardín
Miraflores

REVISIÓN

Francisco Javier Martín Santos

Dirección de Cuidados

Justificación

La EPOC es una enfermedad muy prevalente, caracterizada por una obstrucción poco reversible al flujo aéreo. Se calcula que afecta aproximadamente al 10% de la población española entre 40 y 80 años, cifra que puede elevarse al 20% en los mayores de 65 años y supone una fuente importante de morbimortalidadⁱ.

La EPOC es actualmente la cuarta causa de muerte en el mundo, estimando la OMS que será la tercera en el año 2030ⁱⁱ. En España la EPOC fue responsable del 11,4% del total de defunciones en el 2008ⁱⁱⁱ.

El gasto de la EPOC en España ha sido estimado en un coste global de 3.538 euros anuales por paciente. El 85% de estos es directamente atribuible a admisiones hospitalarias, principalmente debidas a exacerbaciones^{iv}.

La EPOC está estrechamente vinculada con estilos de vida siendo, por tanto, previsible y tratable mediante intervenciones desde los Servicios de Salud.

El abandono del tabaco es la medida más eficaz y coste-efectiva en el tratamiento de la EPOC^v.

Tradicionalmente se han utilizado los parámetros de función pulmonar para realizar el seguimiento de los pacientes y para valorar la respuesta al tratamiento. Sin embargo, en los últimos años, se ha comprobado que la EPOC afecta a múltiples sistemas y esferas de la vida de la persona que la padece, y que la mejoría o el empeoramiento no siempre se correlacionan con cambios en la función pulmonar.

En los últimos años se han ido introduciendo otros parámetros (tolerancia al ejercicio, índice de masa corporal, alimentación de calidad, etc) que, en definitiva, tratan de testar la calidad de vida del paciente con EPOC.

Consecuentemente, el abordaje de la persona con esta enfermedad debe realizarse desde una perspectiva integral, valorando su función pulmonar, exacerbaciones, comorbilidades, ingresos hospitalarios, pero también su alimentación, peso e IMC, tolerancia al ejercicio, limitación para las actividades de la vida cotidiana, sueño/descanso, en definitiva, una aproximación más centrada en la vivencia de las personas; se trata pues de incorporar aspectos que nos hablan de calidad de vida percibida.

Es un hecho conocido que la relación entre el síntoma central de la enfermedad, la disnea, y la gravedad de la EPOC (según el FEV1) es débil^{vi} dada la complejidad de factores tanto fisiológicos como psicológicos^{vii} que intervienen en ella.

Por otro lado numerosos autores han mostrado la correlación existente entre las variables conocidas de gravedad de la EPOC (disnea, agudizaciones, FEV1) y la puntuación de los test de calidad de vida relacionada con la salud^{viii}, existiendo diferencias significativas entre los pacientes frágiles y no frágiles.

Por todo ello, la atención a las personas con EPOC debe llevarse a cabo desde una visión integral, contemplando contenidos que van más allá del tratamiento y complicaciones y que implican valorar la calidad de vida de estas personas, determinando sus recursos y potenciando las intervenciones educativas y preventivas.

Por otro lado hay un alto porcentaje de pacientes con EPOC que tienen escasa conciencia de enfermedad (salvo en estadios moderados/avanzados), dado que van habituándose a su progresiva limitación de actividad y no reconocen enfermedad salvo en los episodios de crisis o agudizaciones; son pacientes que, con frecuencia, hacen un pobre seguimiento de su problema de salud, infraestiman la gravedad de su enfermedad^{ix}, no acude al centro sanitario (salvo para renovar medicación o en agudizaciones) y está poco fidelizado con el equipo de salud.

Ante esta situación parece recomendable una modificación de la actitud del profesional que debe tomar conciencia de la necesidad de un acercamiento más proactivo hacia estos pacientes crónicos.

En este sentido, sería interesante contemplar la captación activa para este grupo de pacientes y la posibilidad de un seguimiento telefónico proactivo por parte de enfermería (o técnico de cuidados) que ha demostrado un efecto positivo y dispone de una evidencia alta para el seguimiento del paciente crónico^x.

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que se desarrollan en el documento se despliegan en atención a los nuevos roles que los profesionales deben incorporar en su quehacer cotidiano y a la orientación que debe guiarlos para la mejor atención a los pacientes crónicos:

- Una atención centrada en la persona con una enfermedad crónica tipo EPOC, y no en la enfermedad.

- Un proceso de atención que, como no puede ser de otra forma, debe ser abordado conjuntamente por el equipo básico de atención primaria o Unidad de Atención Familiar, esto es, principalmente médico y enfermera.

Así pues, parece recomendable establecer una líneas de actuación para todas la unidades del Distrito Sanitario Málaga Guadalhorce que contemplen, desde la identificación de la población diana, los objetivos a conseguir, la captación, las intervenciones a realizar con dicha población y los contenidos terapéuticos y educativos adecuados a cada situación de salud.

Población diana: pacientes con Proceso Asistencial Integrado EPOC

Objetivos generales:

- mejorar la atención al paciente con EPOC
- disminución de reingresos hospitalarios

Objetivos específicos:

- garantizar los contenidos de educación terapéutica y promoción de la salud
- disminuir la variabilidad clínica en sus cuidados
- mejorar las capacidades de autocuidados en los pacientes con EPOC

PROPUESTAS Y DESARROLLO

Desarrollamos una serie de iniciativas que consideramos recomendables implementar en las UGCs para los objetivos propuestos.

1. Captación activa del paciente con EPOC y gestión de recursos

Planteamos pues, como primer paso, la proactividad del equipo de Atención Primaria para la captación activa del paciente con EPOC, ya sea a través del contacto oportunista en consulta médica o la captación activa por enfermería.

Existen dos momentos centrales para la captación activa de estos pacientes, la realización de una espirometría anual y la vacunación antigripal.

La realización de una espirometría anual sería el punto de entrada y de contacto para iniciar una intervención de educación en salud en profundidad.

Dado que se trata de una intervención central, ya sea para el diagnóstico de la enfermedad o para su seguimiento, debemos contar con los recursos (espacio, profesional y tiempo) necesarios para que la técnica se realice con la calidad exigida. Para ello consideramos necesario:

- la derivación del paciente para la realización de la espirometría, ya sea realizado por su médico o enfermera, se realizará con la oportuna **información asequible** para cada paciente (Anexo 1 Instrucciones al paciente previas a la espirometría).
- la realización esta técnica, no exenta de complejidad en un buen número de pacientes, exige que el profesional esté bien formado y exista la menor variabilidad posible, por lo que se es necesario **detectar las necesidades formativas** y garantizar que todos los profesionales pueden realizar la técnica con la calidad necesaria.
- para la realización de la técnica y de la intervención confluyente en educación para la salud, se precisa un tiempo que estimamos en unos **30 minutos por paciente**, en el primer contacto. En este sentido la variabilidad intercentros es conocida y dado que la técnica que conlleva una prueba broncodilatadora supone una espera del paciente tras la administración del fármaco, parece oportuno normalizar agendas en todos los centros que permitan al profesional intervenir en el sentido y con las acciones que se proponen.

2. Espirometría y Educación para la Salud

La participación activa de la persona en el manejo de su situación de salud depende, principalmente, de su *estadio motivacional*, de forma que debemos proceder en primer lugar a tratar de determinar en que situación se encuentra el paciente, sin que ello sea óbice para la intervención en educación para la salud.

En este contacto para la realización de la espirometría debemos garantizar los contenidos en educación para la salud y testar el empoderamiento del paciente para con su situación de salud

Proponemos pues, en el mismo acto que realizamos la espirometría, un abordaje estructurado con la siguiente secuencia:

- **Encuadre motivacional:**

1. comunicación empática: congruente y con respeto.
 2. evaluación:
 - a) Que síntoma o limitación de la enfermedad le preocupa más?
 - b) Piensa que puede mejorar su situación?
 - c) Está dispuesto a trabajar para ello?
 3. Elegir y priorizar objetivo:
 - a) que piensa que puede mejorar con nuestra ayuda? y
 - b) en qué medida quiere que le ayudemos?
- **Registro de constantes, IMC y actividad física:** dado que, necesariamente deberemos registrar los datos antropométricos (peso, talla e IMC), registraremos éstos en su historia clínica, junto con la TA y FC que todo paciente crónico o pluripatológico debe tener al menos una vez al año. Igualmente, es el momento idóneo para testar la actividad física que viene realizando habitualmente, dado que ésta es uno de los componentes esenciales para la mejora de la calidad de vida en el paciente con EPOC.
 - **Pulsioximetría:** determinación del porcentaje de saturación de oxígeno mediante medición no invasiva que complementa la información espirométrica y permite una rápida evaluación del compromiso respiratorio a corto plazo. Es una técnica que se realiza en 1-2 minutos simultáneamente a la información, determinación de talla/peso y para la que disponemos de pulsioxímetro en todos los centros (de hecho ya se está realizando en algunas UGCs).
 - **Calidad de vida del paciente con EPOC:** el PAI_EPOC 2015^{xi} recomienda valorar el impacto en la calidad de vida, y para ello proponemos utilizar el cuestionario CAT (COPD Assessment Test) (anexo 2), informando al paciente de la importancia de reconocer, tanto para él mismo como para el profesional sanitario, el impacto de la enfermedad en su bienestar y vida diaria. Se trata de un cuestionario autoadministrado, de 8 ítems, con escala tipo Likert de 0 (signo/síntoma no presente) a 5 (siempre presente), de fácil cumplimentación y que se realiza en 2-3 minutos.
 - **Conocimiento de la enfermedad, tratamiento y seguimiento:** por repetido no es menos cierto que no siempre sabemos el grado de conocimiento y cumplimiento del tratamiento que presentan nuestros pacientes crónicos; para

determinar, en un primer momento, y posteriormente evaluar las mejoras conseguidas en el mayor empoderamiento del paciente proponemos un test, que llamaremos cuestionario de autocuidados en el paciente con EPOC (anexo 3), para cuestionar conocimientos y habilidades trascendentes en la persona con EPOC:

- este cuestionario es complementario y congruente con el enfoque motivacional, puesto que permite identificar a paciente y profesional el empoderamiento del paciente en su situación de salud y posibilita la continuidad para la siguiente visita. Este cuestionario cumple dos objetivos, por una parte determina donde se encuentra la persona en relación a su proceso de salud/enfermedad y la necesidad de más intervención por parte del equipo sanitario además de poner en evidencia el estado de motivación y por otra, señala las necesidades a cubrir en posteriores intervenciones, aportando el nexo de continuidad para la próxima visita, ya sea médica (para lectura de valores espirométricos), como de enfermería (para complementar educación para la salud en áreas de mejora).

Esta primera intervención, entendemos que compleja pero asequible, debe finalizar con la derivación a médico de familia para valoración de los datos de la espirometría y, si la situación de manejo y autocuidado del paciente lo precisa, volver nuevamente con su enfermera de familia para continuar con la intervención en educación para la salud, **acordando con el paciente los objetivos** a conseguir en sus autocuidados.

Esta segunda visita recomendamos se realice en un periodo no superior a las 3-4 semanas y si es posible coincidiendo en fecha con la visita médica.

Registro de la intervención:

- HSC con el motivo Espirometría: recogemos valores de la técnica según consenso ya establecido.
- HSC con el motivo Educación terapéutica: recogeremos sucintamente los contenidos aportados.
- Plan de cuidados: en atención a la valoración y necesidades detectadas, desarrollamos el plan de cuidados, prestando especial atención a las respuestas alteradas de:
 - Conocimientos deficientes.

- Incumplimiento del tratamiento.
- Gestión ineficaz de la propia salud (en DIRAYA: Manejo ineficaz del régimen terapéutico).

En el caso de que la adherencia del paciente al régimen terapéutico sea satisfactoria para alcanzar los objetivos específicos de salud que se hayan marcado tendremos:

- Gestión eficaz de la propia salud (en DIRAYA: Manejo efectivo del régimen terapéutico).

3. Visitas de seguimiento y continuidad de cuidados

El paciente con la primera intervención realizada y en situación de mejorar su autocuidado será atendido por su enfermera de familia para reforzar los contenidos en educación para la salud del paciente con EPOC en los que se han detectado áreas de mejora tanto en el CAT como en el cuestionario de autocuidados.

Evaluamos los objetivos pactados con el paciente en la primera visita y continuamos con el plan de cuidados, reevaluando las posibles respuestas alteradas detectadas.

Los posibles contenidos en posteriores intervenciones son (anexo 4):

- parrilla para el correcto uso de inhaladores (si se ha detectado deficiencia).
- educación para la realización de las actividades cotidianas (subir escaleras, ir de compras, aseo, vida sexual, ocio y relaciones) y práctica de ejercicio^{xii}.
- como actuar ante episodios de disnea.
- recomendaciones en alimentación (saciedad precoz, flatulencia, anorexia, disnea/fatiga, estreñimiento).
- identificación de signos de alarma y exacerbaciones.
- consejo vacunal.
- consejo antitabaco.

Aportaremos la información por escrito de aquellos consejos que sea preciso, conciliando con el paciente sus necesidades al respecto.

Tanto en esta como en la primera visita sería deseable que el paciente viniera acompañado de su familiar o acompañante de referencia para hacerle participe de la educación y de su implicación en los cuidados.

En esta segunda visita, la enfermera determina la necesidad de continuar con el proceso de educación, en atención a las necesidades

del paciente/familia, programando de común acuerdo visitas de refuerzo o seguimiento.

Pacientes con oxigenoterapia domiciliaria

Además de todo lo contemplado anteriormente, el paciente con prescripción de oxígeno en domicilio precisa de una información y educación específica relativa al medicamento en sí y a las fuentes de administración del oxígeno, forma de administración idónea para cada persona, su mantenimiento, precauciones y riesgos que desarrollamos en el anexo 5.

Evaluación

Entendemos que los indicadores de resultados en salud como número de ingresos o consultas a dispositivos de urgencias y exacerbaciones de los pacientes con EPOC ya están contemplados en los AGC de las unidades, por lo que proponemos los siguientes indicadores de seguimiento:

1. pacientes con PAI EPOC con HSC "Educación Terapéutica".
2. pacientes con PAI EPOC con Plan de Cuidados desarrollado en alguno de los diagnósticos de conocimientos o gestión de su situación de salud.
3. pacientes con PAI EPOC con cuestionario de calidad de vida, según el modelo propuesto.
4. pacientes con PAI EPOC y cuestionario de autocuidados.

Referencias

ⁱ Ancochea J, Badiola C, Duran-Tauleria E, Garcia Rio F, Miravittles M, Muñoz L, et al. **The EPI-SCAN survey to assess the prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in Spanish 40-to-80 years old: protocol summary.** Arch Bronconeumol, 2009; 45: 41-7

ⁱⁱ WHO. **World health statistics 2008.** Disponible en : http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_Full.pdf.2010

ⁱⁱⁱ Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Alfaro M, **Patrón de mortalidad en España, 2008.** Madrid. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011. Disponible en: <http://www.msc.es/ca/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/Patrones de Mortalidad en España 2008.pdf>

-
- ^{iv} Bousquet J, Kiley J, Bateman ED, Viegi G, Cruz AA, Khaltayev N et al. **Prioritised research agenda for prevention and control of chronic respiratory diseases**. Eur Respir J. 2010;36:995-1001
- ^v Godtfredesen NS, Lam TH, Hansel TT, Leon ME, Gray N, Dresler C, et al. **COPD-related morbidity and mortality after smoking cessation: status of the evidence**. Eur Respir J. 2008;32:844-45.
- ^{vi} Bestall JC, Paul EA, Garrod R, Garnaham R, Jones PW, Wedzicha JA. **Usefulness of the Medical Research Council (MRC) dyspnea scale as a measure of disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease**. Thorax. 1999;54:581-6
- ^{vii} Marín JM. **Manifestaciones clínicas: la disnea y su importancia en el paciente con EPOC**. Arch Bronconeumol. 2001;37 Supl 1:8-13
- ^{viii} Francisco Javier Álvarez-Gutiérrez, Marc Miravittlesb, Miriam Callec, Elena Gobarttd, Francisco López, Antonio Martín y el Grupo de Estudio EIME. **Impacto de la EPOC en la vida diaria de los pacientes. Resultados del estudio multicéntrico EIME**. Arch Bronconeumol. 2007;43(2):64-72
- ^{ix} Rennard S, Decramer M, Calverley PMA, Pride NB, Soriano JB, Vermeire PA, et al. **Impact of COPD in North America and Europe in 2000 subjects perspective of confronting COPD International Survey**. Eur Respir J. 2002;20:799-805
- ^x Health Services Management Centre (HSMC). **Evidence por transforming community services. Review: Services for long term conditions**. Birmingham: University of Birmingham; 2009
- ^{xi} **Proceso Asistencial Integrado Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica**. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 3ª edición 2015; disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_Genera/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/pai/epoc_v3?perfil=org
- ^{xii} Manual de Rehabilitación Respiratoria para pacientes con EPOC. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; disponible en http://www.escueladepacientes.es/ui/aula_guia.aspx?stk=Aulas/EPOC/Guias_Informativas/Manual_de_Rehabilitacion_Respiratoria_para_personas_con_EPOC