Semergen. 2013;39(3):150–154

Medicina de Familia
SEMERGEN
www.elsevier.es/semergen

DOCUMENTO DE CONSENSO

Consenso sobre atención integral de las agudizaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (ATINA-EPOC). Parte VII☆

Consensus on integrated care of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (ATINA-EPOC). Part VII

A. Arnedillo Muñoz

Unidad de Gestión Clínica de Neumología y Alergia, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España. Coordinador Documento de Consenso y grupo autores◊

Recibido el 12 de febrero de 2012; aceptado el 15 de marzo de 2012
Disponible en Internet el 19 de mayo de 2012

Automanejo en las agudizaciones de la EPOC

Bases y controversias en los programas de automanejo

Desde hace años existen controversias sobre la aplicabilidad de los programas de automanejo en la EPOC, y las evidencias para hacer recomendaciones firmes de su uso en esta enfermedad no están plenamente aceptadas. Una reciente revisión Cochrane que realizó un análisis de la bibliografía hasta el año 2006[1] encontraba una reducción de al menos una hospitalización entre los pacientes del grupo de intervención sobre el grupo control, aunque con pobres o nulas mejoras en el resto de variables analizadas. No obstante, la heterogeneidad de las intervenciones, grupos de pacientes, tiempo de seguimiento y resultados hacían difícil la obtención de resultados claros al respecto. Otra revisión Cochrane[2] que incluía aquellos estudios publicados hasta mediados del año 2009, y que evaluaban un plan de acción frente a las agudizaciones, que es un componente básico de los programas de automanejo, con limitada educación, ayudó a los pacientes a reconocer la agudización y a aumentar la probabilidad de uso de antibióticos o glucocorticosteroides, pero ello no conllevó un menor uso de los servicios sanitarios o mejoría de la calidad de vida relacionada con la salud. Un ensayo clínico aleatorizado publicado tras la anterior revisión Cochrane, que incluyó 142 pacientes para evaluar si el autotratamiento con un plan de acción más un programa de automanejo no intensivo tenía efecto sobre la gravedad de la agudización y era coste-efectivo, encontró que en los pacientes que tenían más días de agudizaciones al año, el programa disminuía de forma significativa el número de días de agudización y logró un menor uso de los servicios sanitarios y costes[3]. En otro estudio aleatorizado publicado también con posterioridad a la mencionada revisión Cochrane y en el que se seguían durante un año a 166 pacientes con un programa de automanejo integral, un plan de acción escrito y soporte sanitario estrecho y específico, logró reducir el número de hospitalizaciones en el grupo de intervención[4].

Aunque es obvio que los resultados obtenidos en las diferentes revisiones sistemáticas no han sido satisfactorios en todos los aspectos analizados, muchos autores reconocen que la heterogeneidad de las intervenciones educativas realizadas puede haber sido un factor clave en la falta de

☆ Documento de Consenso publicado íntegramente en la *Revista Española de Patología Torácica*, Suplemento 1, año 2012.

Correo electrónico: arnedillo@comcadiz.com

◊ Véase el anexo al final del artículo para consultar el grupo de autores y las sociedades participantes.

1138-3593/$ - see front matter © 2012 Publicado por Elsevier España, S.L.
http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2012.04.007

resultados positivos. Muchos estudios se han centrado en proveer educación sin un objetivo de modificación de la conducta del paciente, y con un programa educacional centrado en aspectos genéricos de la enfermedad y no enfocado a sus necesidades ni en mejorar las habilidades y técnicas para el automanejo de la enfermedad[5].

Por otro lado, los programas de automanejo más efectivos son aquellos que ofrecen una visión integral, con un seguimiento estrecho y soporte para el paciente en el sentido de un sanitario encargado de su caso, con unos profesionales coordinados y con formación para cambiar las conductas relacionadas con la enfermedad, con programas adaptados a las necesidades del paciente y que contemple todas las dimensiones terapéuticas (farmacológicas y no farmacológicas) de la enfermedad y con inclusión de planes de acción frente a las exacerbaciones[6].

En resumen, las últimas publicaciones apoyan la idea de que los planes de automanejo en la EPOC pueden reducir las hospitalizaciones y disminuir el uso de recursos sanitarios. No obstante, es prioritario para su diseño el identificar los componentes claves para que el programa de automanejo sea efectivo y diseñarlos específicamente adaptados a las necesidades de los pacientes.

Componentes claves en los planes de automanejo en la EPOC

Para cualquier plan de automanejo en la EPOC los componentes fundamentales son un buen conocimiento de su enfermedad por el paciente, así como una buena educación sanitaria. Con estas premisas, bien aprendidas, el paciente debe saber qué hacer tanto en el curso normal de la enfermedad como en las agudizaciones de la misma[7,8].

Conocimiento de la enfermedad

Los contenidos que debe abordar por la educación sanitaria son: anatomía y fisiología respiratoria, irritantes ambientales de vías aéreas (tabaco y sus efectos nocivos), clínica respiratoria (estable y en agudización), infecciones, hidratación, nutrición y medicación. Desde atención primaria se podrían aprovechar las visitas de los pacientes para ir paulatinamente formándolo en el conocimiento de la EPOC.El paciente debe conocer cuáles son las medidas necesarias para disminuir la progresión de la enfermedad y qué hacer en caso de empeoramiento de la misma.

Educación sanitaria

La educación sanitaria del paciente con EPOC consiste en una experiencia en la que se emplean una combinación de consejos y técnicas de modificación de conductas con el objetivo de que el paciente participe de un modo activo en la vigilancia de su salud.

La educación del paciente debe tener como objetivo la comprensión de las características de la enfermedad, así como de las posibilidades terapéuticas reales que el médico le puede ofrecer. Debe ir encaminada a una mejora de los conocimientos en las medidas preventivas, en la cumplimentación terapéutica y en la detección temprana de sintomatología que haga sospechar un empeoramiento de la enfermedad.

Incluye intervención avanzada individual en fumadores, la realización de ejercicio físico y rehabilitación respiratoria, vacunación antigripal y antineumocócica (cuando esté indicada).

Automanejo de las agudizaciones de la EPOC

El automanejo de las agudizaciones de la EPOC se puede realizar por parte del paciente solo en caso de reagudización leve, sin ningún criterio de gravedad.

La primera opción terapéutica del tratamiento de la agudización de la EPOC es el incremento de la dosis y/o de la frecuencia de broncodilatadores.

Los antibióticos y los esteroides se deben utilizar en las indicaciones ya comentadas en los capítulos de tratamiento. De todas formas, todos los aspectos terapéuticos de las agudizaciones deben individualizarse con arreglo a las características de los pacientes.

Propuestas de planes de automanejo en nuestro medio

Un plan de automanejo ayudará a reconocer síntomas diarios y a aprender a manejarse en el día a día para mantenerse bien. Así mismo, permitirá al paciente detectar empeoramientos de síntomas y situaciones que los desencadenan, y conocer los mecanismos para prevenirlos. En definitiva, un plan de automanejo ayuda al paciente a sentirse más independiente frente a su enfermedad.

Hábitos de vida saludables

1. Dejar de fumar, evitar ambientes con humo de tabaco y polución así como huir de las temperaturas extremas.
2. Mantener un peso adecuado con una dieta equilibrada: utilizar alimentos con alto valor proteico y energético. Elegir alimentos tiernos y fáciles de masticar. Comer con mayor frecuencia y en menor cantidad, así como masticar pausadamente.En el caso de estar tomando corticosteroides es importante aumentar las cantidades de leche y derivados para aumentar el aporte de calcio.
3. Realizar ejercicio regularmente: el programa debe incluir tanto ejercicio aeróbico (nadar, andar, correr, montar en bicicleta) como ejercicio anaeróbico, que ayuda a fortalecer los miembros superiores e inferiores.Es importante que un experto realice una evaluación para conocer el nivel de ejercicio adecuado a cada persona según sus circunstancias.
4. Conseguir un sueño adecuado y reparador: intentar mantener una rutina y conseguir acostarse tranquilo y sosegado, utilizando técnicas de relajación, escuchando música o tomando un baño caliente. Es importante evitar las comidas pesadas y las bebidas estimulantes, situaciones estresantes o programas de televisión en horas previas. No utilizar mantas pesadas e intentar tener la habitación adecuadamente humidificada. Tener la medicación (inhaladores y cámaras espaciadoras), en la mesita de noche. No forzarse a dormir; es mejor estar levantado más tiempo que dar vueltas en la cama intentando conciliar el sueño.
5. Mantener una vida sexual adecuada: evitar situaciones que puedan empeorar los síntomas como el uso de perfumes, lociones aromáticas, velas, etc. Como con cualquier

otro ejercicio, se puede tomar el inhalador broncodilatador de inicio rápido una media hora antes del inicio de la actividad sexual.Utilizar posiciones que requieran menos energía y que no presionen el tórax, usar almohadas para reclinar la espalda. Si es necesario, dejar que el papel más activo lo adopte la pareja. Utilizar técnicas de control de tos, de respiración y de relajación.

6. Actividades de tiempo libre: escoger ambientes que no agraven los síntomas. Respetar las fuerzas, limitaciones y habilidades de cada persona. Dedicar tiempo a relajarse.
7. Planificación de viajes: conseguir un informe médico con sus enfermedades, alergias y medicación, incluyendo dosis y pauta. Llevar la medicación suficiente para el viaje, previendo posibles retrasos. Realizar los trámites necesarios en caso de utilizar oxigenoterapia domiciliaria. Tener un plan de acción preparado en caso de agudización, incluyendo corticosteroides orales y antibióticos.Es importante conocer el riesgo de hipoxemia durante el viaje en avión en personas con EPOC grave, hipoxemia crónica o agudización reciente.

Prevención de agudizaciones

Reconocer los diferentes cambios y síntomas de agudización.

Identificar y evitar aquellos factores y circunstancias que pueden provocarlo.

Tener un plan de acción negociado con su médico (tratamiento adicional, técnicas de respiración, control de la ansiedad, etc.), o contactar con su médico o referencia sanitaria cuando lo necesite.

Vacunación antigripal y antineumocócica, según protocolos.

Adherencia y manejo adecuado de la medicación

Usar puntos de referencia en el día para recordar las tomas de medicación (utilizar el inhalador justo al levantarse de la cama, etc.)

Aprender la técnica de inhalación de los diferentes dispositivos que tenga que utilizar, revisando estas habilidades regularmente con el personal sanitario.

Control del estrés y la ansiedad

Utilizar técnicas de relajación (de control de respiración) y de comunicación asertiva.

Planificar acciones ante situaciones de estrés.

Expresar problemas y temores, sin rehusar pedir ayuda cuando crea que sea necesario.

Intentar resolver los problemas uno a uno. Mantener una actitud positiva.

Manejo de la respiración

Utilizar diferentes técnicas de respiración y de control de la tos que le puedan mejorar la calidad de vida.

La respiración con labios fruncidos reduce la frecuencia de respiración y la falta de aliento, y ayuda a recuperar la respiración normal tras el ejercicio e incrementa la sensación de control de la respiración.

La posición inclinada hacia delante mejora la falta de aliento. Ambas técnicas combinadas pueden ayudar también en una crisis de disnea.

Técnicas de control de la tos y de movilización de esputo.

Principios de conservación de energía

Priorizar y planificar las actividades a realizar, ir a un ritmo adecuado conociendo cada paciente sus limitaciones, manejar técnicas de respiración y mantener una actitud positiva.

Anexo. Grupo de autores

Bernardino Alcázar Navarrete

Área Integrada de Gestión de Medicina. Unidad de Neumología. Hospital de Alta Resolución de Loja. Granada. NEUMOSUR.

balcazar@telefonica.net

Inmaculada Alfageme Michavilla

Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla. NEUMOSUR. inmaculada.alfageme.sspa@juntadeandalucia.es

Francisco Javier Álvarez Gutiérrez

Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla. NEUMOSUR.

fjavieralvarez2008@gmail.com

Vidal S. Barchilon Cohen

Centro de Salud UGC Rodríguez Arias, San Fernando. Cádiz. Grupo de respiratorio de la SAMFYC.

vbarchilon@comcadiz.com

Pablo Berenguel Martínez

AIG Cuidados Críticos y Urgencias. Empresa Pública Hospital de Poniente. El Ejido. Almería. Grupo de Trabajo de Respiratorio de la SEMG.

pabloberenguelmartinez@hotmail.com

Antonio Bienvenido Rodríguez

DCCU La Janda-Litoral (UGC DCCU Chiclana-La Janda). Distrito APS Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz. Grupo de Urgencias de la SAMFYC.

bienve01@hotmail.com

José Calvo Bonachera

Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería. NEUMOSUR.

josecalvo07@orange.es

Virginia Carrasco Gutiérrez

DCCU La Janda-Litoral. Distrito APS Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz. Grupo de Urgencias de la SAMFYC.

vcarrascogutierrez@gmail.com

Francisco Casas Maldonado

Servicio de Neumología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. NEUMOSUR.

franciscocasas@neumosur.net

Juan Antonio Corrales Cruz

Centro de Salud Cisneo Alto-Las Naciones. Sevilla. SEMERGEN-Andalucía. jucocr@hotmail.com

Vicente Alfonso Corral Aliseda

UGC Puerto Sur. El Puerto de Santa María. Cádiz. Grupo de Respiratorio de SAMFYC.

vicenteacorral@gmail.com

Adolfo Doménech del Río

UGC Enfermedades Respiratorias. HRU Carlos Haya. Málaga. NEUMOSUR. adomenec@separ.es.

Mercedes Espigares Jiménez

Grupo Respiratorio de la SAMFYC. Centro de Salud Olivar de Quinto. Dos Hermanas. Sevilla.

mercedesespigares@gmail.com

José Fernández Guerra
Unidad de Neumología. Hospital Costa del Sol de Marbella Málaga. NEUMOSUR.
jfguerra@wanadoo.es
Antonio Fernández Natera
DCCU de San Fernando. Distrito Sanitario Bahía de Cádiz. La Janda. Cádiz. SAMFYC.
natera38@gmail.com
Antonio García Hidalgo
Unidad de Neumología. Hospital Punta Europa de Algeciras. Cádiz. NEUMOSUR.
anto816@separ.es
Luis Rafael García Martínez
Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia. SEMES.
luichigm@hotmail.com
Leovigildo Ginel Mendoza
Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. GRAP. SEMERGEN-Andalucía.
lginel@gmail.com
Francisco González Vargas
Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. NEUMOSUR.
fgv958@gmail.com
Francisco Javier La Rosa Salas
UGC de Cuidados Críticos y Urgencias. Complejo Hospitalario de Jaén. SAMIUC.
franla_rosa@hotmail.com
Antonio León Jiménez
UGC de Neumología y Alergia. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. NEUMOSUR.
anleji@hotmail.es
Cristina Lucas Fernández
U.G.C. DCCU. Distrito Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz. Grupo de Trabajo de Urgencias de la SAMFYC.
crluc@hotmail.com
Francisco Marin Sánchez
Servicio de Neumología. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. NEUMOSUR.
pmarinsanchez@yahoo.es
Sonia María Martínez Cabezas
Unidad de Hospitalización Polivalente. Hospital de Alta Resolución del Toyo. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería. Grupo de Trabajo de Respiratorio de la SEMG.
sonyheads@yahoo.es
Teodoro Montemayor Rubio
Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. NEUMOSUR.
teodoro.montemayor@gmail.com
Ana Morán Rodríguez
UGC-DCCU de San Fernando. Cádiz. Grupo de Trabajo de Respiratorio y de Urgencias de la SAMFYC. GRAP.
anamoran@comcadiz.com
Luis Muñoz Cabrera
UGC de Neumología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. NEUMOSUR. luis1494@separ.es
Francisco Ortega Ruiz
Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla. NEUMOSUR. francisco.ortega.sspa@juntadeandalucia.es
Pablo Panero Hidalgo
UGC Órgiva. Granada. SEMERGEN-Andalucía.
med018118@gmail.com
Gerardo Pérez Chica
Servicio de Neumología. Hospital Médico-Quirúrgico de Jaén. Jaén. NEUMOSUR.
gerardoperezchica@yahoo.es
Inmaculada Pérez López
DCCU Janda Litoral. UGC Chiclana-La Janda. Cádiz. Grupo de Trabajo de Urgencias de SAMFYC.
inmapel@ono.com.
María José Rodríguez González
DCCU de la UGC Bahía. Distrito Cádiz-La Janda. El Puerto de Santa María. Cádiz. Grupo de Urgencias de la SAMFYC.
mariajose.rodriguez@yahoo.es
Fernando Javier Sánchez Lora
UGC de Medicina Interna. Hospital Clínico-Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. Grupo de Trabajo de EPOC de la FEMI. SADEMI. javiersanchezlora@yahoo.es
Cristóbal Trillo Fernández
Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga. GRAP.
ctrillof@gmail.com
Agustín S. Valido Morales
Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. NEUMOSUR.
asvmtino@neumosur.net
José Manuel Varela Aguilar
Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. SADEMI.
jmvarelaa@gmail.com
Dr. Diego A. Vargas Ortega
Unidad de Hospitalización Polivalente. Hospital de Alta Resolución del Toyo. Hospital de Poniente El Ejido. Almería. Grupo de Trabajo Respiratorio SEMG.
vdiegoa_@hotmail.com

Sociedades participantes

GRAP: Grupo de Respiratorio de Atención Primaria.

SAMIUC: Sociedad Andaluza de Medicina Intensiva, Urgencias y Coronarias.

NEUMOSUR: Asociación de Neumología y Cirugía Torácica de Sur.

SEMERGEN-ANDALUCÍA: Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria-Andalucía.

SADEMI: Sociedad Andaluza de Medicina Interna.

SEMES-ANDALUCÍA: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias-Andalucía.

SAMFYC: Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria.

SEMG-ANDALUCÍA: Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia-Andalucía

Bibliografía

1. Effing TW, Monninkhof EM, Van der Valk PDLPM, Zielhuis GA, Van Herwaarden CLA, Partridge MR, et al. Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007, http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002990.pub2. Art. No.: CD002990.

2. Walters JAE, Turnock AC, Walters EH, Wood-Baker R. Action plans with limited patient education only for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010;(Issue 5), http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD005074.pub3. Art. No.: CD005074.
3. Effing T, Kerstjens H, van der Valk P, Zielhuis G, van der Palen J. (Cost)-effectiveness of self-treatment of exacerbations on the severity of exacerbations in patients with COPD: the COPE II study. Thorax. 2009;64:956–62.
4. Sedeno MF, Nault D, Hamd DH, Bourbeau J. A self-management education program including an action plan for acute COPD exacerbations. COPD. 2009;6:352–8.
5. Bourbeau J, Nault D. Self-management strategies in chronic obstructive pulmonary disease. Clin Chest Med. 2007;28: 617–28.
6. Bourbeau J, van der Palen J. Promoting effective self-management programmes to improve COPD. Eur Respir J. 2009;33:461–3.
7. J, Nault D, Sedeno M, Eng B, Gagnon L, Poulin G. Keeping a healthy and fullfilling lifestyle in Living well with COPD. Réseau en Santé Respiratoire du FRSQ and The Lung Association's National COPD Working Group of Canada [consultado 28 Ago 2011]. Disponible en: www.livingwellwithcopd.com
8. Merino M, Arnedillo A, Reyes N. Estrategias de automanejo en la EPOC. Neumonews. 2008:23–30.