



Editorial

El papel de enfermería en el seguimiento de los pacientes con EPOC

The role of nursing in the follow-up of patients with COPD



Los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) van pasando por diferentes etapas a lo largo de su enfermedad. Los profesionales de enfermería les acompañan durante este camino, adaptándose continuamente a sus necesidades y modulando la educación en cada momento. Su intervención incluye la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el seguimiento del paciente estable y la atención en las agudizaciones. De esta forma, traspasa las fronteras de la consulta o el hospital, llegando hasta el domicilio del paciente y el ámbito comunitario. También se extiende hasta el final de la vida, e incluso después de la muerte, en el acompañamiento al duelo¹.

Los profesionales de enfermería ocupan una posición privilegiada en esta tarea, dada su cercanía al paciente. Los objetivos de sus cuidados son prevenir la aparición de la enfermedad, colaborar en el diagnóstico precoz, ralentizar su progresión, disminuir el número de exacerbaciones y mejorar su pronóstico y la calidad de vida². Además, ayudan a adaptar la vida diaria del paciente a los síntomas de su enfermedad, involucrando y dando soporte a su familia y a su entorno. Para conseguir todo esto, se valen de la educación terapéutica, un proceso educativo continuo que intenta facilitar al paciente y a sus familiares o personas cuidadoras las competencias (conocimientos, habilidades y actitudes) y el soporte necesario para integrar el tratamiento en su vida cotidiana. De este modo, la educación terapéutica es un tratamiento en sí mismo y, como tal, debe incluirse en cada parte del proceso³.

En el documento «Criterio de derivación en EPOC. Continuidad de la atención», recientemente publicado, se incluye un capítulo específico sobre el papel de enfermería en el manejo de los pacientes con EPOC⁴. Se trata de una guía práctica que ha sido elaborada por las principales sociedades científicas que atienden a los pacientes con esta enfermedad. Según se indica en la misma, las intervenciones y la educación sanitaria por parte de enfermería no deberían diferenciarse según el ámbito de asistencia, primaria u hospitalaria. Uno de los grandes retos es, precisamente, procurar que la atención sea complementaria, bidireccional y homogénea por los distintos ámbitos asistenciales por los que transita el paciente, con el objetivo final de satisfacer sus diferentes necesidades según el momento evolutivo, la complejidad asociada y su entorno⁵.

Las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad conforman una parte muy importante del trabajo de los profesionales de enfermería. Para lograr la prevención primaria, eliminando los factores de riesgo, se requieren intervenciones legislativas, pero dichos profesionales también pueden realizar intervenciones sanitarias, como las siguientes⁶:

- Detección de los factores de riesgo para poder intervenir sobre ellos. En ese sentido, es importante implementar medidas educativas destinadas a combatir el tabaquismo, especialmente entre las personas más jóvenes, e informar a los fumadores sobre los beneficios de los ambientes libres de tabaco, tanto intra como extradomiciliarios.
- Promover el cuidado materno y perinatal.
- Establecer medidas educativas que minimicen las infecciones respiratorias graves durante la infancia, como la vacunación, una nutrición adecuada y la lactancia materna.
- Educación sobre intervenciones ambientales que mejoren la calidad del aire.
- Reconocer las exposiciones ocupacionales y las enfermedades pulmonares asociadas a ellas.

Con el objetivo de disminuir el infradiagnóstico⁷, los profesionales de enfermería representan, desde cualquier ámbito asistencial, un elemento activo para la detección precoz y la identificación activa de los pacientes. Una vez establecida la sospecha clínica, su papel es fundamental, solicitando y/o realizando espirometrías de calidad, para lo cual es necesario garantizar la formación en la técnica y en la interpretación de las mismas.

No obstante, el papel de enfermería en el seguimiento de los pacientes con EPOC no se limita a la espirometría⁸. Actualmente las competencias de este colectivo siguen y seguirán avanzando para continuar ofreciendo unos cuidados de calidad basados en la evidencia a estos enfermos. Uno de los retos en este sentido es el reconocimiento de las competencias que, en la práctica diaria, ya son realizadas por estos profesionales⁹.

Para planificar el seguimiento del paciente, en primer lugar deben identificarse de una manera individualizada sus necesidades, según el momento asistencial en el que se encuentre, ya que puede requerirse intensificar la atención y/o adecuar el contenido¹⁰. Así, por ejemplo, en un paciente estable, de bajo riesgo, el seguimiento puede ser más espaciado, mientras que si tiene una EPOC de alto riesgo, debería ser más frecuente e incluir la atención durante las exacerbaciones, el seguimiento más estrecho después de estas y, en función de su complejidad, atención domiciliaria, atención específica a nivel de hospital de día, hospitalización a domicilio, activación de gestión de casos, y/o atención específica en el proceso de final de vida (en función de la disponibilidad de recursos según su comunidad autónoma). En la [tabla 1](#) se resumen los puntos que deberían abordarse en la primera visita, una vez realizado el diagnóstico, y durante las visitas de seguimiento^{4,10}. Como puntos clave en el seguimiento del paciente con EPOC, cabe destacar:

Tabla 1
Abordaje del paciente con EPOC

| Primera visita | Seguimiento |
|--|---|
| <p><i>Información sobre la enfermedad</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Qué es la EPOC, bases anatómicas y funcionales de la enfermedad, concepto de cronicidad y qué puede hacer el paciente para evitar la progresión y mejorar su calidad de vida | <p><i>Evaluar el conocimiento de la enfermedad</i> <i>Intervención para la cesación tabáquica</i> <i>Evitación de los factores de riesgo</i></p> |
| <p><i>Educación sanitaria sobre factores de riesgo que pueden influir en la progresión de la enfermedad</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Consumo activo de tabaco, tabaquismo pasivo, contaminación atmosférica, exposición al humo que generan cocinas y calefacciones (biomasa), exposición ocupacional <p><i>Anamnesis</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Registro de constantes: índice de masa corporal, saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria • Cálculo de consumo de tabaco actual y pasado: índice acumulado paquetes-año = número de cigarrillos al día por número de años fumando/20) <p><i>Registro de síntomas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala de disnea mMRC • CAT • Cuestionario de control clínico en la EPOC <p><i>Cálculo del nivel de actividad física</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mediante cuestionario breve CGPPAQ-EGPPAQ2124 (versión española del BPAAT) y valoración del tiempo sentado (horas/día) <p><i>Comprobar historia de exacerbaciones</i> <i>Revisar la medicación prescrita</i></p> | <p><i>Vacunación</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Antigripal, frente a SARS-CoV-2, neumococo, tosferina y herpes zóster <p><i>Monitorización de síntomas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Disnea: escala mMRC • Impacto en la calidad de vida: CAT • Cuestionario de control clínico en la EPOC <p><i>Evaluar el nivel de actividad física</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover actividad física y prescribir ejercicio aeróbico + fuerza + estiramientos <p><i>Valoración de rasgos tratables</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tos y expectoración (volumen y color) • Grado de disnea: escala mMRC • Desnutrición • Sedentarismo. Técnicas de ahorro energético • Insuficiencia respiratoria e hipercapnia • Estado emocional. Depresión • Situación social <p><i>Promoción de alimentación saludable. Evaluar estado nutricional</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Suplementar si es necesario <p><i>Monitorización de función pulmonar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Espirometría de calidad <p><i>Valoración de fenotipo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Agudizaciones previas, nivel de eosinófilos en sangre <p><i>Control de comorbilidades</i></p> <p><i>Tratamiento farmacológico y no farmacológico</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Efectos secundarios de fármacos (broncodilatadores, corticoides, azitromicina, antibióticos nebulizados/inhalados, morfina) • Terapias respiratorias domiciliarias: oxigenoterapia, ventilación mecánica no invasiva • Educación terapéutica <p><i>Evaluar la técnica inhalatoria y el grado de adhesión (test TAI)</i> <i>Exacerbaciones y hospitalizaciones desde la última visita</i> <i>Identificación de signos y síntomas de exacerbaciones y cómo tratarlas a tiempo</i> <i>Garantizar la continuidad sanitaria y la conciliación de la medicación</i></p> |

BPAAT: Brief Physical Activity Assessment Tool; CAT: COPD Assessment Test; mMRC: modified Medical Research Council; TAI: test de adhesión a los inhaladores. Fuente: elaboración propia; adaptado de SEMERGEN, SEPAR, semFYC, SEMG, SEFAC, GRAP⁴ y Gómez Neira et al.¹⁰.

- El paciente debe saber que tiene una EPOC y cómo limitar/mejorar su progresión.
- La educación sanitaria y las intervenciones de enfermería, individualizadas e integradas dentro de un programa de atención y seguimiento, son fundamentales para conseguir los objetivos.
- La intervención para la deshabituación tabáquica es prioritaria en la atención al paciente con EPOC.
- Es importante revisar la técnica inhalatoria y el grado de adhesión en cada visita.
- Es relevante reconocer de manera precoz los signos y síntomas de una exacerbación y cómo actuar.

En conclusión, los profesionales de enfermería y sus cuidados son capaces de vertebrar y sostener todo el camino que recorre el paciente con EPOC y su entorno. Están presentes en todo el proceso de atención y tienen el potencial de liderar cada una de sus partes, actuar con autonomía y participar en la toma de decisiones.

Financiación

Nada que reseñar.

Contribución de los autores

Todos los autores han contribuido intelectualmente por igual a la elaboración del trabajo, reúnen las condiciones de autoría y han aprobado la versión final del mismo.

Conflicto de intereses

Marta Padilla Bernáldez no declara conflicto de intereses.
Marta Villanueva Pérez no declara conflicto de intereses.
Javier de Miguel-Díez ha recibido honorarios y financiación de AstraZeneca, Bial, Boehringer Ingelheim, Chiesi, Esteve, FAES,

Ferrer, Gebro Pharma, GSK, Janssen, Menarini, MundiPharma, Novartis, Roche, Rovi, Teva y Pfizer.

Bibliografía

1. Fletcher MJ, Dahl BH. Expanding nurse practice in COPD: Is it key to providing high quality, effective and safe patient care? *Prim Care Respir J.* 2013;22:230–3.
2. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2024 report [consultado 2 Ene 2024]. Disponible en: <https://goldcopd.org/2024-gold-report/>
3. 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). Versión 2017. *Arch Bronconeumol.* 2017;53 Supl 1:1–64.
4. SEMERGEN, SEPAR, semFYC, SEMG, SEFAC, GRAP. Criterios de derivación en EPOC. Continuidad asistencial. Madrid: IMC; 2023.
5. Atxutegi Cárdenas I, Del Olmo Rubio MJ, Duarte Climent G, López Sánchez A, Ortega Atienza MC, Martínez Cuervo F. Marco de competencias de las/os enfermeras/os en el ámbito de la continuidad asistencial o enlace en la atención al paciente con problemas de salud crónicos. Madrid: Instituto español de investigación enfermera y consejo general de enfermería de España; 2021 [consultado 18 Feb 2023]. Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/profesion/competencias-enfermeras/send/70-competencias-enfermeras/1523-competencias-ambito-de-continuidad-asistencial-o-enlace-en-la-atencion-al-paciente-cronico-15-07-2021>
6. Stolz D, Mkorombindo T, Schumann DM, Agusti A, Ash S, Bafadhel M, et al. Towards the elimination of chronic obstructive pulmonary disease: A Lancet Commission. *Lancet.* 2022;400:921–72.
7. Soriano JB, Alfageme I, Miravittles M, de Lucas P, Soler-Cataluña JJ, García-Río F, et al. A new study on the prevalence of COPD in Spain: EPISCAN II. *Eur Respir J.* 2019;55:38–47.
8. Shakespeare J, Parkes E, Bryce M, Hull J. Advanced roles in respiratory healthcare science: It's not just spirometry. *Breathe (Sheff).* 2019;15:267–9.
9. Aranburu-Imatz A, Cruz López-Carrasco J, Moreno-Luque A, Jiménez-Pastor JM, Valverde-León M, Rodríguez-Cortés FJ, et al. Nurse-led interventions in chronic obstructive pulmonary disease patients: A systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19:1–11.
10. Gómez Neira MC, Mata Hernández MC, Padilla Bernáldez M, Palacios Gómez L, Consejo General de Enfermería. Guía de recomendaciones prácticas en Enfermería. EPOC. Madrid: IM&C; 2021.

Marta Padilla Bernáldez^{a,*}, Marta Villanueva Pérez^b y Javier de Miguel-Díez^c

^a Enfermera MSc, Servicio de Neumología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

^b Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria, EAP Ribes-Olivella (SAP Alt Penedés Garraf), Institut Català de la Salut, Sant Pere de Ribes, Barcelona, España

^c Servicio de Neumología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM), Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javier.miguel@salud.madrid.org
(M. Padilla Bernáldez).