

MODELO DE ENTREVISTA CLÍNICA SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA Y SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA EN EL PACIENTE CON EPOC



SEMERGEN Madrid Dra. Milagros González Béjar y Dr. Raúl de Simón Gutiérrez

SEMG Madrid Dra. Paola Tovar y Dr. Francisco Romero

SOMAMFYC Dr. Jesús Molina y Dr. Miguel Ángel Lobo

MODELO DE ENTREVISTA CLÍNICA SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA Y SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA EN EL PACIENTE CON EPOC

Introducción y Justificación

La actividad física y la sintomatología tienen un impacto importante sobre el pronóstico de la enfermedad del paciente con EPOC. Cuando un paciente con EPOC estable, experimenta un incremento de su sintomatología con respecto a su visita anterior, podemos estar ante un escenario de mal control de la enfermedad. Lo mismo podríamos aplicar a la actividad física que estos pacientes realizan. Un descenso de la misma también podría ser el punto de partida de un mal control y en ambas situaciones podríamos estar ante un aumento del riesgo futuro de tener complicaciones como las exacerbaciones.

Disponer de herramientas que nos ayuden a detectar de forma rápida el deterioro de la calidad de vida del paciente, el grado de sus síntomas o la necesidad de modificar estilos de vida y ajustar el tratamiento farmacológico con la finalidad de disminuir el impacto o mejorar el pronóstico y evolución de la enfermedad es lo que se plantea con este **“Modelo de entrevista clínica sobre actividad física y sintomatología asociada en el paciente con EPOC”**.

Finalmente hay que considerar la implicación y compromiso del paciente como algo importante y prioritario en el control de su enfermedad.

1-.Sintomatología en EPOC

Tradicionalmente, la evaluación de los pacientes con EPOC¹ y su gestión, se ha hecho en base a pruebas de función pulmonar. Hoy sabemos que esta evaluación es insuficiente, ya que la EPOC es una enfermedad muy heterogénea, y por eso pacientes con el mismo nivel de deterioro de la función pulmonar (FEV1) pueden presentar sintomatología diferente. Es precisamente la existencia de síntomas respiratorios, como la disnea, tos y/o expectoración, lo que determina el estado de salud y calidad de vida del paciente y conduce a la búsqueda de atención médica por parte del mismo²⁻⁵.

Así lo reconoce la Iniciativa Global para el abordaje de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (GOLD)¹ que categoriza a los pacientes en base a su sintomatología (medida por los cuestionarios: CAT -COPD Assessment Test-, de calidad de vida y mMRC -British Medical Research Council modificada- de disnea), y a la existencia o no de exacerbaciones.

De la misma forma, la iniciativa española para el abordaje de la EPOC (GesEPOC), establece la categorización de los pacientes en base a 4 fenotipos (1: no agudizador, con enfisema o bronquitis crónica; 2: mixto EPOC-asma; 3: agudizador con enfisema, y 4:

agudizador con bronquitis crónica)⁶. Los principales síntomas de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) son la tos, la expectoración y la disnea.

La disnea crónica y progresiva es el síntoma más característico del paciente con EPOC y es la primera causa de discapacidad y ansiedad relacionada con la enfermedad.

Estos síntomas pueden variar de un día a otro y preceder en años a la limitación del flujo aéreo.

La tos, es a menudo el primer síntoma de la EPOC y el que más relacionan los pacientes con el tabaquismo. Inicialmente la tos es intermitente, para producirse con posterioridad todos los días y la mayor parte del día.

La tos con expectoración aparece en más del 30% de los pacientes con EPOC y se asocia a un mayor riesgo de mortalidad¹.

Los pacientes, suelen referir diferentes grados de esputo que se acompañan con la tos. De hecho la presencia de tos con expectoración durante tres meses o más al año, al menos dos años consecutivos, es la clásica definición de bronquitis crónica.

En los pacientes que refieren gran cantidad de esputo, habría que descartar la presencia de bronquiectasias.

La presencia de esputo purulento refleja un aumento en los mediadores inflamatorios y su desarrollo puede identificar el inicio de una exacerbación bacteriana, aunque la asociación es relativamente débil.

Las sibilancias y la opresión torácica pueden aparecer en el transcurso de la enfermedad no siendo su presencia necesariamente indicativa de ASMA.

Los pacientes con EPOC a menudo tienen importantes enfermedades concomitantes en el momento del diagnóstico- comorbilidades-, especialmente en respuesta a los factores de riesgo comunes, tabaco, alcohol, mala alimentación, falta de ejercicio físico etc.

La EPOC también tiene efectos sistémicos extrapulmonares significativos, que se asocian a fases avanzadas de la enfermedad, como pérdida de peso, anorexia y disfunción del músculo esquelético- sarcopenia - que puede contribuir a la intolerancia al ejercicio y al mal estado de salud de los pacientes con EPOC. Es importante destacar que la disfunción del músculo esquelético es una causa rectificable de intolerancia al ejercicio¹.

Siendo la EPOC una enfermedad crónica, muchos de los síntomas pueden ser infravalorados por los pacientes⁷⁻⁸. En un reciente estudio observacional, se ha visto que más de la mitad de los pacientes españoles con EPOC (52,5%), en tratamiento estable y en cualquier estadio de gravedad de la enfermedad, experimentan síntomas que se asocian significativamente a una peor calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), con puntuaciones superiores tanto en la subescala de ansiedad como en la de depresión de

la HADS. Así mismo, los pacientes con síntomas nocturnos mostraron una peor calidad del sueño.³⁻⁴

La escala de ansiedad y depresión hospitalaria (Hospital Anxiety and Depression Scale [HADS]) es una escala auto administrada de 14 preguntas que mide los niveles de ansiedad y depresión (con 7 preguntas en cada subescala, respectivamente). Para cada subescala la puntuación oscila entre 0 y 21, indicando las puntuaciones más altas niveles más elevados de ansiedad o depresión)⁹.

La escala del impacto del sueño por asma y EPOC (*COPD and Asthma Sleep Impact Scale [CASIS]*)¹⁰ es una escala auto administrada de 7 preguntas que evalúa los problemas de sueño relacionados con la EPOC y el asma. La puntuación total es de 0 a 100, indicando las puntuaciones más altas un mayor deterioro del sueño en la última semana.

En este sentido, atención primaria tiene una posición privilegiada para detectar precozmente el deterioro del estado de salud del paciente, el aumento de los síntomas respiratorios y la disminución de la actividad física diaria.

Conclusiones

Los principales síntomas de la EPOC son la disnea, la tos y la expectoración.

La percepción de los síntomas respiratorios en los pacientes con EPOC es variable a lo largo del día y, a pesar de recibir tratamiento, más de la mitad de los pacientes españoles tienen síntomas a lo largo de todo el día.

La reducción de los síntomas, la mejoría del estado de salud y el aumento de la actividad física son los principales objetivos del tratamiento de la EPOC estable.

El médico de atención primaria tiene un papel importante en la detección precoz del aumento de la sintomatología respiratoria y debe actuar conjuntamente con el paciente para mejorar su estado de salud y calidad de vida.

2.-Actividad Física en la EPOC

Antes de comenzar a hablar sobre la importancia de la Actividad Física en la EPOC, es conveniente diferenciar dos términos relacionados. Por un lado, cuando se dice "Actividad Física" (AF) nos referimos a cualquier movimiento voluntario llevado a cabo por la musculatura esquelética que origine un gasto de energía más allá del que se produce en reposo. Por otra parte, "Capacidad de Ejercicio" (CE) es el estado que permite al sujeto cumplir con los requerimientos de la vida diaria, incluyendo el deporte, mediante la facultad del aparato respiratorio y circulatorio de aportar oxígeno durante una AF sostenida.

La AF es lo que el sujeto hace realmente, mientras que la CE es lo que el sujeto es “capaz de hacer”. La CE se relaciona mejor con determinados resultados de salud porque su cuantificación es más objetiva.¹²

Actividad Física y Pronóstico

El nivel e intensidad de la AF diaria de los pacientes con EPOC están reducidos respecto a controles sanos (57% en duración, 75% en intensidad y 56% en el conteo de actividad)¹³ La AF que realizan habitualmente los pacientes con EPOC grave es caminar.¹⁴ El grado de AF de estos pacientes es inferior al de las personas de su edad. A medida que la gravedad de la EPOC aumenta, según la escala GOLD, el índice BODE o el grado de disnea, la AF disminuye.

La AF también depende de aspectos psicosociales y ambientales (estado ocupacional, nivel educativo, estado civil, presencia de depresión, etc.).¹⁵

Diversos estudios han evaluado el papel de la AF en la disminución del riesgo de EPOC. Se ha observado que las personas fumadoras activas con un nivel de ejercicio físico moderado y alto pueden presentar menos riesgo de desarrollar EPOC que los fumadores activos con bajo nivel de ejercicio físico.¹⁶

Los pacientes con EPOC que realizan una AF de forma regular presentan menor número de exacerbaciones y menor riesgo de ingresos hospitalarios y mortalidad.¹⁷ Por lo tanto, un objetivo prioritario en el tratamiento de los pacientes con EPOC debería ser la mejora en la capacidad de ejercicio, mediante el aumento de los niveles de AF diaria.

Caminar es una AF que la mayoría de la gente puede hacer y por lo general es una actividad segura y de bajo costo. Se recomienda en pacientes crónicos un mínimo de AF a intensidad moderada durante treinta minutos y al menos cinco días a la semana, para mejorar y mantener su estado de salud.¹⁸

La disminución de la tolerancia al ejercicio es una de las principales y precoces manifestaciones de la limitación funcional de los pacientes con EPOC. Como consecuencia de esta intolerancia al ejercicio el paciente desarrolla una vida sedentaria con escasa AF, factor estrechamente relacionado con el riesgo de muerte.¹⁹

Medición de la Actividad Física en los pacientes con EPOC

La medición de la capacidad de ejercicio en los pacientes con EPOC es útil para establecer la gravedad y el pronóstico y para la evaluación de intervenciones farmacológicas y de rehabilitación respiratoria. Varios estudios han demostrado la superioridad del índice BODE frente al valor del FEV₁ para predecir el riesgo de exacerbación y de mortalidad.²⁰

La medida de la capacidad de esfuerzo como herramienta de seguimiento permite observar pequeñas diferencias clínicamente significativas que no se manifiestan con otras variables.

Se dispone de distintos métodos clásicos para medir la capacidad de ejercicio de los pacientes con EPOC, como son la *ergometría*, la prueba de marcha de lanzadera (SWT: *Shuttle Walking Test*) o la *prueba 6MM* (marcha durante 6 minutos o espacio recorrido por el paciente a su ritmo durante 6 minutos).

Entre ellos destaca la prueba 6MM, que se correlaciona adecuadamente con la función pulmonar, la calidad de vida, el consumo máximo de oxígeno (VO₂) y la mortalidad.²¹ Es, además una de las variables para el cálculo del índice BODE.

Otras formas de medición de la AF pueden ser mediante *cuestionarios*, con *sensores de movimiento* o evaluando el consumo energético.

Varios estudios han demostrado que los **cuestionarios**, por su subjetividad, suelen sobreestimar el tiempo de paseo y subestimar el tiempo que permanecen sentados los pacientes. En la actualidad hay consenso en que la medida de la AF se evalúa mejor de forma directa utilizando monitores de AF que con cuestionarios de actividad diaria.

Entre los cuestionarios de AF, los más utilizados en otras patologías y que han sido validados para los pacientes con EPOC son:

Cuestionario de actividad física de Yale (Yale Physical Activity Survey [YPAS]): El cuestionario YPAS refleja el volumen, la frecuencia y la intensidad de la AF expresada como equivalentes metabólicos de tarea (MET), es decir MET-hora/semana, que permite estimar los efectos de la AF como un parámetro continuo incluso en los niveles más bajos de actividad, como es el caso de la EPOC. Este cuestionario es de los más detallados y está disponible para sujetos de edad avanzada. Es un instrumento válido para clasificar la AF en pacientes con EPOC pero no para cuantificarla.²²

Cuestionario de Stanford de recordatorio de la actividad física de siete días (PAR: Stanford Seven-Day Physical Activity Recall questionnaire): Este cuestionario permite calcular el total del gasto energético y el tiempo en los diversos grados de AF (moderada, alta y muy alta). Puede ser útil para estratificar a los pacientes con EPOC de acuerdo a su nivel de AF.²³

Escala de actividad física en el paciente anciano (PASE: Physical Activity Scale in the Elderly): Este cuestionario es un instrumento para medir AF en el anciano. Puede ser útil para detectar baja AF pero no para discriminar todo el espectro de AF en el paciente con EPOC. Ofrece información específica sobre las actividades físicas diarias, lo que permite aconsejar al paciente acerca de incrementar determinadas actividades.²⁴

Se consideran dos tipos fundamentales de **sensores de movimiento**: el acelerómetro y el podómetro. Los monitores de actividad tipo acelerómetros, detectan los cambios en la velocidad y puede determinar la frecuencia, intensidad y duración de la actividad. La mayoría de ellos requieren programas informáticos complejos para el análisis de datos, y los datos no pueden ser vistos por el paciente; esto, unido a su elevado precio, es una desventaja para ser utilizados en la práctica clínica diaria. Los podómetros son dispositivos simples y baratos que miden los pasos mediante la detección de movimiento en un plano vertical utilizando un mecanismo de resorte, y pueden proporcionar datos del número de pasos, tiempo de actividad y calorías. La cuantificación de los pasos diarios puede ser una medida fácil para valorar la AF de los pacientes con EPOC. Un número de pasos inferior a 4.580 se asocia a una inactividad física severa.²⁵ Hay estudios que indican que establecer una meta de pasos es un factor de motivación clave para aumentar la AF diaria, por lo que el podómetro puede ser una

herramienta precisa, válida y de bajo costo, y podría ser un sustituto razonable de otro tipo de sensores.²⁶

Por otra parte hay estudios en que se correlacionan de forma significativa los pasos/día con la distancia recorrida en la prueba 6 MM.

Incentivación de la actividad física en los pacientes con EPOC

La rehabilitación respiratoria debería ofertarse a la mayor parte de los pacientes que, tras un tratamiento farmacológico óptimo, sigan limitados por los síntomas, especialmente si presentan una enfermedad de moderada a grave.

Actualmente todas las guías de práctica clínica de la EPOC recomiendan el entrenamiento al ejercicio como tratamiento básico inicial en estos pacientes.

La rehabilitación ha demostrado ser útil en todos los estadios de gravedad de la enfermedad. En la guía GOLD se recomienda el estímulo de la AF en los pacientes del grupo A y programas estandarizados de rehabilitación en los grupos de riesgo B-D.

A continuación se muestran las ventajas demostradas del Entrenamiento para el Ejercicio (EE) en los pacientes con EPOC¹²:

- El EE consigue disminuir la disnea, mejorar la calidad de vida relacionada con la salud y aumentar la capacidad de esfuerzo de los pacientes con EPOC (evidencia 1A), independientemente de:
 - El ámbito donde se desarrolle el programa, hospital o domicilio (evidencia 1A).
 - La gravedad del paciente (evidencia 2C).
 - El tiempo desde la última agudización (evidencia 1B).
- El EE no cambia los parámetros de función pulmonar (espirometría, volúmenes, difusión).
- El EE disminuye el número de días de ingreso hospitalario y el número total de hospitalizaciones (evidencia 2B) y es una intervención coste-efectiva (evidencia 2C).
- El EE puede aumentar la supervivencia (evidencia 2C). Tras la realización de un programa de EE se consiguen mejorías psicológicas (menor ansiedad, menor depresión, etc.) en estos pacientes (evidencia 2B).

La edad avanzada no suele ser un inconveniente para la rehabilitación, dado que la tolerancia y los resultados suelen ser buenos aun por encima de los 75 años.

Los pacientes que siguen fumando también se benefician de las ventajas de la rehabilitación a corto plazo, aunque, en general, son peores cumplidores. En este caso es conveniente ofrecer a estos pacientes fumadores su participación en un programa de deshabituación tabáquica.

Una alta motivación es un componente importante en la selección de casos para la inclusión en un programa de rehabilitación.

En general, se debe ofrecer EE a todos los pacientes con EPOC que persistan sintomáticos tras tratamiento farmacológico óptimo.²⁷⁻²⁸

Conclusiones

La capacidad para realizar ejercicio del paciente con EPOC tiene un gran valor pronóstico, como lo demuestra el hecho de que esté incorporada en el índice BODE mediante la prueba de la marcha de los 6 minutos (6MM).

Del mismo modo, se ha comprobado que la AF realizada por el paciente con EPOC guarda relación con variables pronósticas diversas.

Actualmente se considera que la medición de la AF realizada por el paciente con EPOC es una variable que podría tener tanta importancia pronóstica como la capacidad para realizar ejercicio.

Por todo ello, la AF realizada por el paciente con EPOC es una variable que debe ser potenciada y debe ser medida de una manera que pueda ser estandarizada.

Una forma sencilla de evaluar la AF realizada por el paciente con EPOC puede ser mediante el uso de podómetros o de aplicaciones de smartphones.

3.-Implicación del paciente en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

Las mejoras en las condiciones de vida y el progreso de la Medicina han acarreado un cambio demográfico y epidemiológico en la población, que esencialmente se ha traducido en un aumento en la esperanza de vida y en la prevalencia de las enfermedades crónicas. Del mismo modo, la EPOC, como paradigma actual de la cronicidad, ha supuesto en términos de morbi-mortalidad y de carga socio-sanitaria, un notable impacto para el sistema durante las últimas décadas. Estos cambios sugieren la necesidad de revisar el actual modelo organizativo, buscando sistemas más eficientes en términos asistenciales y de provisión de servicios.

Junto a las características propias del modelo sanitario, la capacidad que posea el paciente y sus cuidadores para comprender las manifestaciones clínicas de su enfermedad y actuar de la mejor manera posible, es aludida frecuentemente como un elemento clave en el abordaje de la EPOC. En este sentido, parece necesario plantear en dichos pacientes, una atención integrada que incluya aquellos factores determinantes en el auto-dominio de la enfermedad, como la educación sanitaria, la rehabilitación, la promoción del auto-cuidado y la implicación de los propios enfermos en la toma de decisiones.²⁹⁻³⁰

Por otra parte, el modelo actual de atención al paciente con EPOC está orientado por un ejercicio profesional excesivamente reactivo, basado en la demanda asistencial generada por el paciente, donde los profesionales de la salud y los enfermos rara vez interactúan, salvo en aquellas situaciones de agudización de la enfermedad.

Ciertamente sabemos que las propias exacerbaciones están firmemente relacionadas con la progresión y gravedad de la enfermedad, así como con el empleo de los recursos y sus costes. Sin embargo, esta perspectiva orientada exclusivamente a la demanda asistencial aguda, no es suficiente por sí misma si se pretenden alcanzar los mejores resultados en salud del enfermo con EPOC. Un enfoque proactivo, centrado en el paciente, antes de suceder la primera exacerbación puede reducir la severidad y la incidencia de las exacerbaciones y en consecuencia optimizar el control de la enfermedad.

El auto-cuidado debe estar encaminado a enseñar las habilidades necesarias que faciliten en el paciente un funcionamiento autónomo y responsable. Todo ello mediante el conocimiento y adiestramiento de prácticas pertinentes, la promoción de cambios en las conductas de salud y prestando el mejor soporte educacional a los pacientes para el control de su enfermedad.³¹ No obstante, la promoción del auto-cuidado no debe entenderse exclusivamente como un sinónimo de educación. La promoción del auto-cuidado debe tener en cuenta dos aspectos clave. Por un lado, la **educación para la salud** (en el sentido de proporcionar al paciente información inteligible para mejorar sus competencias y habilidades en salud) y por otro la **colaboración del propio paciente en la toma de decisiones**.

¿Es importante la implicación del paciente con EPOC en su enfermedad?

El efecto de la educación en auto-cuidado en la EPOC no reúne aún la evidencia suficiente como para poder emitir recomendaciones consistentes. La primera revisión Cochrane sobre el auto-cuidado fue publicada en 2003 por Monninkhof et al. Dicha revisión estaba destinada a aclarar la efectividad de los programas de auto-cuidado en la EPOC y la eficacia relativa de cada uno de sus componentes. Sin embargo, los autores no pudieron formular conclusiones sobre la efectividad del auto-cuidado debido a las grandes diferencias de las medidas de resultado empleadas, además de contar con un número limitado de estudios examinados.³²

Posteriormente, Effing et al realizaron en el año 2008 una revisión Cochrane con el objetivo de evaluar la eficacia de los diferentes programas de educación en auto-cuidado destinados a los pacientes con EPOC, y cómo éstos condicionaban los resultados en salud y en el uso de los servicios de asistencia sanitaria. Los revisores concluyeron, a la vista de los resultados analizados, que es probable que la educación en auto-cuidado pudiese asociarse con una disminución de los ingresos hospitalarios, sin que se encontrasen efectos nocivos en otros resultados. Según los autores este efecto en sí mismo podría ser motivo suficiente para recomendar la educación del auto-cuidado en la EPOC. Sin embargo, debido a la heterogeneidad de las intervenciones, las poblaciones de estudio, el período de seguimiento y las diferentes medidas de resultado, los datos obtenidos no serían suficientes todavía para formular recomendaciones claras sobre la forma y los contenidos de los programas de educación

en auto-cuidado para los pacientes con EPOC.³³ Los mismos revisores admitieron la necesidad de realizar nuevos ensayos clínicos aleatorizados que incluyesen un número amplio de pacientes y un seguimiento a más largo plazo, antes de que se pudiesen formular más conclusiones.

Más recientemente, otra revisión Cochrane de Zwerink et al, acerca de la autogestión de las intervenciones en pacientes con EPOC mostró que ésta se asocia a una mejoría de la calidad de vida medida por el St George's Respiratory Questionnaire, una reducción de los ingresos hospitalarios por causas respiratorias, y una mejora de la disnea medida por el modified Medical Research Council Scale (mMRC). No se encontraron en cambio diferencias estadísticamente significativas en otros parámetros de resultado.³⁴

A pesar de esta falta de uniformidad en los estudios que analizan los efectos del auto-cuidado, el componente participativo de los pacientes, entendido como la colaboración activa del paciente en su proceso de salud y en las actuaciones preventivas que se propongan, empieza a tomar un fuerte protagonismo en la atención de la EPOC, convirtiéndose en los últimos años, en un nuevo objetivo a alcanzar por las organizaciones sanitarias.

Algunos de los elementos conceptuales que podrían ser incluidos en los planes específicos con participación directa de los pacientes con EPOC serían la educación sanitaria y el desarrollo de la figura del "paciente experto", los planes de acción personalizados y la toma de decisiones compartida.

Educación Sanitaria

Los programas educativos dirigidos a la deshabituación del tabaco, a la correcta aplicación de las técnicas de inhalación, a la incentivación de la AF y al reconocimiento precoz de las exacerbaciones, junto con las campañas de vacunación, han demostrado tener gran impacto en la evolución de la EPOC. Por ello, se considera que estas intervenciones son esenciales y deben situarse en el primer escalón terapéutico en el abordaje de esta enfermedad.

La deshabituación tabáquica debería ser un componente fundamental dentro de los programas de educación ofertados a pacientes con EPOC. Un estudio modelo, el Lung Health Study, donde se incluyeron 5.887 fumadores con EPOC leve, evaluó la abstinencia tabáquica tras una intervención consistente en la administración repetida de consejos para dejar de fumar durante un período de 5 años. La tasa de abandono registrada después de 5 años fue del 35%.³⁵ Otros estudios, sin embargo, han encontrado tasas de abandono más bajas en los pacientes con EPOC en comparación con los fumadores "sanos", admitiéndose en este caso que es posible que pueda haber más obstáculos

para dejar de fumar en pacientes con EPOC y que se necesita aún más esfuerzo para convencer a estos pacientes en abandonar el consumo de tabaco.³⁶

Por otra parte, uno de los aspectos más importantes del tratamiento de la EPOC es la utilización correcta de los inhaladores, por ser considerado uno de los principios básicos en el éxito de la terapia. Sin embargo, un porcentaje muy elevado de pacientes no efectúa correctamente las maniobras de uso de los dispositivos. Los pacientes respiratorios necesitan conocimientos específicos que les permitan adquirir destreza para realizar las técnicas inhalatorias correctas, siendo deseable que periódicamente, éstas sean revisadas, reforzadas y corregidas, procurando contar para ello con la máxima implicación del paciente.³⁷

Diversos estudios han analizado la relación entre el nivel de AF fuera de un programa normalizado de rehabilitación respiratoria y el estado de salud de los pacientes con EPOC.³⁸ La literatura científica al respecto muestra que en los pacientes con EPOC que no participan en un programa de rehabilitación respiratoria, el nivel de AF personal está relacionado con una mejor puntuación en los cuestionarios de salud general y respiratoria.¹⁵ Del mismo modo, se ha demostrado que la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) mejoraba en aquellos pacientes que incrementaban su nivel de AF, empeorando en cambio, en aquellos otros que mantenían un nivel bajo de AF o lo disminuían a lo largo del tiempo.³⁹

El valor preventivo de la vacunación antigripal y antineumocócica en el paciente con EPOC es un hecho indiscutible. Diversos estudios de diferente calidad metodológica muestran la disminución en mortalidad, tasas de hospitalización, desarrollo de neumonía y número de exacerbaciones. Con todo, las tasas de cobertura de ambas vacunas en la población con EPOC continúan siendo sub-óptimas y lejanas al estándar ideal, si bien es esperable que el desarrollo de programas de incentivación y auto-cuidados pueda mejorar este indicador.

Planes de acción personalizados

Están diseñados para potenciar el auto-cuidado, a través de una iniciativa multidisciplinaria basada en la colaboración paciente-profesional sanitario y con una propuesta clara de objetivos. Incide en la mejora de la calidad de vida de los enfermos crónicos y la de sus familiares, compartiendo con ellos la toma de decisiones como una parte más del proceso asistencial.⁴⁰⁻⁴¹

El plan de acción identifica síntomas y señales que adviertan al propio paciente en la necesidad de realizar cambios terapéuticos. El plan de acción puede referirse a cambios en el uso del oxígeno, el inicio de antibióticos, el incremento de la dosis de broncodilatadores o el uso de corticoides orales.⁸

Algunos estudios donde se han evaluado este tipo intervenciones de autogestión por parte de los pacientes han mostrado que los ingresos hospitalarios por exacerbación de la EPOC se reducen en un 39,8% en el grupo de intervención ($P= 0,01$) en comparación con el grupo de atención habitual. Además, los ingresos por otros problemas de salud también se reducen en un 57,1% ($P = 0.01$), las visitas al servicio de urgencias disminuyen en un 41 % ($p = 0,02$) y las visitas médicas no programadas en un 58,9% ($p = 0,003$).⁴²

Toma de decisiones compartida

La participación del paciente en la toma de decisiones precisa una modificación en la forma tradicional de la atención sanitaria, pasando de un modelo paternalista a una relación más colaborativa, donde la opinión del paciente y sus familiares comporta la cesión de parte del control de la consulta, favorecido por un trabajo de negociación continuado. Para ello, es fundamental que las organizaciones sanitarias y sus profesionales hagan cambios en sus estilos de interaccionar con los pacientes, pasando de un control directivo a uno mucho más ponderado y equitativo. En este sentido será necesario disminuir los niveles de autoridad y comenzar a considerar la pluralidad de responsabilidades, otorgando máximo valor al trabajo de cooperación entre profesional y paciente.⁴³⁻⁴⁵

En el marco de la elaboración de la Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de Pacientes con EPOC, editada en el año 2012 por el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se investigaron diversos aspectos de la información relativa a las necesidades y preferencias de los pacientes con EPOC y sus cuidadores. Los resultados obtenidos mediante una encuesta a los propios pacientes mostraban que hasta un 27% de ellos estaría dispuesto a tomar decisiones por sí mismos en el curso de una agudización (previo consejo médico). No obstante y a pesar de este hipotético grado de implicación de los pacientes, la misma encuesta también revelaba que el 11% de los encuestados consideraban que la información suministrada en el momento del diagnóstico había sido nula, lo que parece advertir que aún existen importantes áreas de mejora en los modelos de comunicación con los pacientes.⁸

Conclusiones

Al igual que en cualquier otra enfermedad crónica, en la EPOC la implicación del propio paciente en el control de su enfermedad debe ser considerada y promovida desde las organizaciones sanitarias.

Además de los principios éticos inherentes a la relación asistencial, existen otros argumentos, como la hipotética mejora en la eficiencia, que justificarían por sí mismos

la cesión de un mayor protagonismo del paciente en la toma de decisiones sobre su enfermedad.

Las áreas terapéuticas donde la implicación del paciente puede ser más determinante comprenderían el reconocimiento y actuación precoz ante los síntomas de una agudización, la adherencia al tratamiento y el uso correcto de dispositivos de inhalación y la motivación intrínseca favorable para realizar AF y conseguir dejar de fumar.

MODELO DE ENTREVISTA CLÍNICA SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA Y SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA EN EL PACIENTE CON EPOC

1. CON RESPECTO A LA VISITA ANTERIOR, ¿HA DEJADO DE REALIZAR ALGUNA ACTIVIDAD FÍSICA COTIDIANA?
 - SÍ
 - NO

2. CON RESPECTO A LA VISITA ANTERIOR, ¿HA NOTADO UN AUMENTO DE
 - FALTA DE AIRE/AHOGO?
 - TOS?
 - EXPECTORACIÓN?

3. CON RESPECTO A LA VISITA ANTERIOR, ¿CÓMO SE ENCUENTRA?
 - PEOR
 - IGUAL
 - MEJOR

4. ¿QUÉ TRATAMIENTO ESTÁ UTILIZANDO PARA SU EPOC? ¿Y CON QUÉ FRECUENCIA?

5. ¿QUÉ CREE QUE PUEDE USTED HACER PARA QUE MEJORE SU ENFERMEDAD RESPIRATORIA?
 - DEJAR DE FUMAR
 - CUMPLIR CORRECTAMENTE EL TRATAMIENTO
 - REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DIARIA
 - SEGUIR UNA DIETA SANA Y EQUILIBRADA

BIBLIOGRAFIA

1. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2017
2. Espinosa de los Monteros MJ, Peña C, Soto Hurtado EJ, Jareño J, Miravittles M. Variability of respiratory symptoms in severe COPD. *Arch Bronconeumol.* 2012;48:3–7.4
3. Miravittles M, Worth H, Soler Cataluña J, Price D, de Benedetto F, Roche N, et al. Observational study to characterise 24-hour COPD symptoms and their relationship with patient-reported outcomes: Results from the ASSESS study. *RespirRes.* 2014;15:122.6
4. Soler-Cataluña JJ, et al. Prevalencia y percepción de la variabilidad diaria de los síntomas en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica estable en España. *Arch Bronconeumol.* 2016;52:308-15
5. Jones PW, Harding G, Berry P, Wiklund I, Chen WH, Kline Leidy N. Development and first validation of the COPD Assessment Test. *Eur Respir J.* 2009;34:648–54. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD. Global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD) 2014. Disponible en: <http://www.goldcopd.org>.
6. Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA, et al. Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Tratamiento farmacológico de la EPOC estable. *Arch Bronconeumol.* 2012;48 Supl 1:2–58.
7. Thys van der Molen, Marc Miravittles, Janwillem WH Kocks COPD management: role of symptom assessment in routine clinical practice *international Journal of COPD* 2013;8 461–471
8. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo; 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS Nº 2011/6.
9. A.S. Zigmond, R.P. Snaith The hospital anxiety and depression scale *Acta Psychiatr Scand.*, 67 (1983), pp. 361-370 M. Miravittles, M. Iriberrí, M. Barrueco, M. Leonart, E. Villarrubia, J. Galera
10. Usefulness of the Lcopd, CAFS and CASIS scales in understanding the impact of COPD on patients *Respiration.*, 86 (2013), pp. 190-200
11. Rodríguez González-Moro JM et al. Monogr *Arch Bronconeumol.* 2015;2(6A):220-238
12. Montemayor Rubio T, et al. Monografía ePoC: consenso de expertos ePeRT 10: Ejercicio/actividad diaria. *Arch Bronconeumol* 2014;1(1):40–9.
13. Sigrid NW Vorrink, Helianthe SM Kort, Thierry Troosters, Jan-Willem J Lammers. Level of daily physical activity in individuals with COPD compared with healthy controls. *Respiratory Research* 2011;12:33.
14. Parada A, Klaassen J, Lisboa C, Saldías F, Mendoza L, Díaz O. Reducción de la actividad física en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Rev Med Chil.* 2011;139:1562–72.
15. García-Aymerich J, Félez MA, Escarrabill J, et al. Physical activity and its determinants in severe chronic obstructive pulmonary disease. *Med Sci Sports Exerc.* 2004;36:1667–73.

16. García-Aymerich J, Lange P, Benet M, Schnohr P, Antó JM. Regular physical activity modifies smoking-related lung function decline and reduces risk of chronic obstructive pulmonary disease: a population-based cohort study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007;175:458–63.
17. Garcia Aymerich J, Lange P, Benet M, Schnohr P, Anto JM. Regular physical activity reduces hospital admission and mortality in chronic obstructive pulmonary disease: a population based cohort study. *Thorax* 2006;61:772e8.
18. Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, Duncan PW, Judge JO, King AC, et al. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc* 2007;39:1435e45.
19. Waschki B, Kirsten A, Holz O, et al. Physical activity is the strongest predictor of all-cause mortality in patients with COPD: a prospective cohort study. *Chest*. 2011;140:331–42.
20. Ong KC, Earnest A, Lu SJ. A multidimensional grading system (BODE index) as predictor of hospitalization for COPD. *Chest*. 2005;128:3810–6.
21. Cote CG, Casanova C, Marín JM, et al. Validation and comparison of reference equations for the 6-min walk distance test. *Eur Respir J*. 2008;31:57–18.
22. Donaire-Gonzalez D, et al. Validation of the Yale Physical Physical Activity Survey in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Arch Bronconeumol*. 2011;47:552–60.
23. Garfield BE, Canavan JL, Smith CJ, Ingram KA, Fowler RP, Clark AL, Polkey MI, Man WD. Stanford Seven-Day Physical Activity Recall questionnaire in COPD. *Eur Respir J*. 2012;40:356–62.
24. De Pew ZS, Garofoli AC, Novotny PJ, Benzo RP. Screening for severe physical inactivity in chronic obstructive pulmonary disease: the value of simple measures and the validation of two physical activity questionnaires. *Chron Respir Dis*. 2013;10:19–27.
25. De Pew ZS, Novotny PJ and Benzo Rp. How many steps are enough to avoid severe physical inactivity in patients with chronic obstructive pulmonary disease? *Respirology* 2012;1026–7.
26. Laura J. Turner, Linzy Houche, Johanna Williams, Sally J. Sing. Reliability of pedometers to measure step counts in patients with chronic respiratory disease. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention* 2012;32:284–91.
27. Goldstein RS, Hill K, Brooks D, Dolmage TE. Pulmonary rehabilitation: a review of the recent literature. *Chest*. 2012;142:738–49.
28. Vieira DS, Maltais F, Bourbeau J. Home-based pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Curr Opin Pulm Med*. 2010;16:134–43.
29. Edward H. Wagner The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ*. 2000;320:569–72.
30. Corben S, Rosen R. Self-management for long-term conditions. *Patients' Perspectives on the Way Ahead*. London: King's Fund; 2005.
31. Bodenheimer T. Planned visits to help patients self-manage chronic conditions. *Am Fam Physician*. 2005;72(8):1454, 1456.
32. Monninkhof E, Van der Valk P, Van der Palen J, Van Herwaarden C, Zielhuis G. Effects of a comprehensive self-management programme in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J*. 2003;22:815–20.
33. Effing T, Monninkhof EM, van der Valk PDLPM, van der Palen J, van Herwaarden CLA, Partidge MR, Walters EH, Zielhuis GA. Educación en autocuidado para pacientes con

- enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. [consultado Agosto 2016]. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
34. Zwerink M, Brusse-Keizer M, van der Valk PD, Zielhuis GA, Monninkhof EM, van der Palen J, Frith PA, Effing T. Self management for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Mar 19;(3). [consultado Agosto 2016]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24665053>.
 35. Anthonisen NR, Connett JE, Kiley JP, et al. Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV1. The Lung Health Study. *JAMA* 1994;272:1497–1505 .
 36. P. Tønnesen, L. Carrozzi, K.O. Fagerström, C. Gratziou, C. JimenezRuiz, S. Nardini, G. Viegi, C. Lazzaro, I. A. Campell, E. Dagli, R. West. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. *European Respiratory Journal* 2007 29: 390-417.
 37. Burgos F. Terapia inhalada sin educación, un fracaso anunciado. *Arch Bronconeumol* 2002;38(7):297-9.
 38. M. Marín Royo et al. Actividad física y su relación con el estado de salud en pacientes EPOC estables *Arch Bronconeumol*. 2011;47(7):335–342.
 39. Esteban C, Quintana JM, Aburto M, Moraza J, Egurrola M, Pérez-Izquierdo J, et al. Impact of changes in physical activity on health-related quality of life among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J*. 2010;36:292–300.
 40. M.A. Llauger Roselló et al . Atención a la EPOC en el abordaje al paciente crónico en atención primaria. *Arch Bronconeumol*. 2011;47(11):561–570.
 41. J. Ancochea et al . Hacia un tratamiento individualizado e integrado del paciente con EPOC *Arch Bronconeumol*. 2010;46 (Supl 10):14-18.
 42. Bourbeau J, Julien M, Maltais F, Rouleau M, Beaupré A, Bégin R, et al. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. *Arch Intern Med*. 2003;163:585–91.
 43. Participación del paciente en la toma de decisiones. Información fármaco-terapéutica de la comarca. CEVIME. Volumen 22 , nº 3 , 2014. .[consultado Agosto 2016]. Disponible en: <http://www.osakidetza.euskadi.net/cevime> .
 44. Len Fromer. Implementing chronic care for COPD: planned visits, care coordination, and patient empowerment for improved outcomes. *International Journal of COPD* 2011;6 605–614.
 45. Nuño-Solinis R, et al. Panorama de las iniciativas de educación para el autocuidado en España. *Gac Sanit*. 2013;27(4):332–337.