

Trabajo en equipo de la Unidad Básica Asistencial de Atención Primaria

Mapa de roles para los procesos de atención a pacientes con enfermedad respiratoria crónica: Asma y EPOC.

Actividades compartidas en el seguimiento de pacientes con enfermedad respiratoria crónica.

V.1.0. noviembre 2022

Mapa de roles de la Unidad Básica Asistencial de los Equipos de Atención Primaria para los procesos de atención a pacientes con enfermedad respiratoria crónica: Asma y EPOC

Introducción

En este documento se presenta un mapa de roles de las categorías de Medicina Familiar y Enfermería Familiar de los Equipos de Atención Primaria (EAP) en la atención a los pacientes que precisan seguimiento por tener un diagnóstico de asma o EPOC.

Desde un enfoque asistencial, el planteamiento se centra en el formato utilizado previamente para los procesos de atención a pacientes con enfermedad crónica o factores de riesgo cardiovascular, en el cual los profesionales de medicina y enfermería de los centros de salud, al tener una población asignada y constituir la Unidad Básica Asistencial clásica realizan la detección, control y seguimiento de estos pacientes. Cabe destacar que en estos procesos de atención centrados en el/la paciente también intervienen otras categorías profesionales.

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, marca en su artículo 9 los principios generales del trabajo en equipo, y como se articulan las actuaciones sanitarias realizadas por un equipo de profesionales, ya sea de forma jerarquizada o colegiada.

Este documento especifica acciones que son competencias propias de cada profesión y **acciones compartidas. En estas últimas se hace una propuesta del profesional en el que “pivota” esa acción (aunque el otro profesional tenga su campo de acción).** En algunos casos se establece que pivota en ambos profesionales.

En esta línea de trabajo se tiene en cuenta:

- El principio de subsidiariedad, que procura que ambas categorías profesionales desarrollen al máximo sus competencias.
- Aprovechar el gran potencial de la profesión enfermera en el seguimiento del paciente con enfermedad crónica e **y** en las actividades de prevención primaria, donde aporta un gran valor añadido por su formación específica.
- La necesidad de reducir aquellas actividades que no aportan valor a la atención prestada y sin embargo generan una importante presión asistencial en ambas profesiones, dificultando el desarrollo de las competencias y la capacidad de resolución de la Atención Primaria.
- Aportar una línea de trabajo para la organización de los Equipos de Atención Primaria y la Unidad Básica Asistencial.

Objetivo

El objetivo de este mapa de roles es servir de herramienta para articular el trabajo en equipo de los profesionales de medicina y enfermería de los equipos de atención primaria (EAP) en los procesos de atención al paciente con enfermedad respiratoria crónica. No es, por tanto, una guía con recomendaciones clínicas de actuación para esos procesos asistenciales, o un sustituto de los Programas Clave de Atención Interdisciplinar (PCAI) vigentes.

Metodología

Para elaborar este documento se ha revisado bibliografía que regula funciones y competencias de las categorías profesionales, informes de consenso, documentos de procesos asistenciales y guías de práctica clínica. Un documento clave es el *“Mapa de los roles entre médicos y enfermeras de los equipos de atención primaria”*(2019)¹, elaborado por el Fórum de Dialóg Professional del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, con la participación de colegios profesionales, sociedades científicas, sindicatos otras instituciones.

Posteriormente se ha convocado a un grupo de trabajo con esta composición:

- 1 persona de cada sociedad científica de Medicina Familiar y Comunitaria de Asturias (SEMERGEN, SEMG, SAMFYC)
- 3 personas de profesión enfermera, de la Sociedad de Enfermería de Familiar y Comunitaria de Asturias (SEAPA).
- 2 representantes de Consejería de Salud, de la Estrategia para un Nuevo Enfoque de la Atención Primaria. En una primera etapa Pablo Pérez Solís y M^a Jesús Rodríguez Nachón y en una segunda etapa Lucía Fernández Arce y Belén Alonso Bada, en la Dirección General de Política y Planificación Sanitaria.
- 1 representante del Servicio de coordinación asistencial y cuidados (SESPA).

El documento, antes de su versión definitiva, se envió para información y revisión al Colegio de Médicos de Asturias (COMAS), Colegio de Enfermería (CODEPA), a la Comisión de Seguimiento de la Estrategia para un Nuevo Enfoque de Atención Primaria (con representación de Trabajo Social) y las Direcciones Asistenciales y Salud Pública y Direcciones de Gestión de Cuidados y Enfermería de las Áreas Sanitarias.

Roles de medicina y enfermería de familia en el seguimiento compartido del asma bronquial y la EPOC en adultos

Este documento es una continuación de la línea de trabajo establecida en el grupo de sociedades científicas de medicina y enfermería familiar convocado desde la Estrategia para un Nuevo Enfoque de la Atención Primaria, en la Dirección General de Política y Planificación Sanitarias.

Sigue los objetivos de establecer roles profesionales en los procesos con seguimiento compartido en la Unidad Básica Asistencial de Atención Primaria (denominado así, de forma clásica, al equipo de enfermería y medicina de familia). En este caso, se mantiene la metodología de determinar en quién pivota cada elemento del proceso asistencial (según los principios establecidos en el consenso de “Mapa de roles de la Unidad Básica Asistencial de los Equipos de Atención Primaria para los procesos de atención a pacientes con enfermedad respiratoria crónica”, y se añade una propuesta de periodicidad de las actividades, realizada tras revisar protocolos y guías clínicas de referencia.

Por tanto, se sigue un modelo de colaboración de la unidad básica asistencial, donde el seguimiento es compartido, con algunas funciones claramente definidas y específicas de un profesional, y otras compartidas, pero que pivotan en uno de los dos profesionales².

Las directrices detalladas de actuación en el proceso diagnóstico y el abordaje asistencial de los procesos respiratorios crónicos se fundamentan en las guías clínicas publicadas por sociedades científicas de referencia, en este caso más actualizadas. Este documento no sustituye a los Programas Clave de Atención Interdisciplinar (PCAI) o a guías clínicas, que especifican los contenidos de las visitas, objetivos terapéuticos, etc. sino que especifica los roles profesionales en dichos procesos

Fuentes consultadas

- Guía GesEPOC (2017)
- Guía GEMA 5.2. (2022)
- Recomendaciones de Vacunación en Población Adulta (Ministerio de Sanidad, 2018): Recomendaciones de vacunación en enfermedades crónicas (accesible en: [Recomendaciones vacunación en enfermedades crónicas](#))

Seguimiento de EPOC y asma bronquial del adulto. Medicina y enfermería de familia.

Marco general				
	Pivota en	EPOC	Asma	Comentarios
Cribado	E/M	Cribado oportunista		Se recomienda la realización de cuestionario COPD-PS y realización de espirometría en mayores de 35 años, que sean fumadores o exfumadores con síntomas respiratorios.
Programa de educación estructurado	E	Al diagnóstico	Al diagnóstico	Debe llevarse a cabo especialmente al diagnóstico, de forma individualizada : <ul style="list-style-type: none"> - Consejo antitabaco y oferta de programa de deshabituación tabáquica en fumadores - Educación: conceptos de la enfermedad, uso correcto de los dispositivos y la administración del tratamiento, identificación temprana de exacerbaciones y actuación en estas, estilos de vida (evitar hábitos de riesgo) - Control de comorbilidades - Adherencia a visitas programadas Se revisará cuando se vea preciso.
Controles de enfermería	E	3-12 meses	3-12 meses	La periodicidad se modificará según grado de control y gravedad (número de agudizaciones al año) , y también será más frecuente tras el diagnóstico . En EPOC , además de estratificar según gravedad de obstrucción bronquial y nivel de riesgo, se definirá fenotipo en pacientes de alto riesgo (M) y se solicitará alfa1-antitripsina al diagnóstico. En asma bronquial , se clasificará por gravedad cuando esté bien controlada con tratamiento en los escalones correspondientes (puede variar con la evolución).
Controles de medicina (con exploración física, y revisión de escalón de tratamiento)	M	3-12 meses	6-12 meses	
E: Enfermería; M: Medicina				

Elementos del seguimiento en EPOC y Asma Bronquial en situación estable				
	Pivota en	EPOC	Asma bronquial	Comentarios y circunstancias modificantes (más frecuencia de visitas)
Diagnóstico	M			EPOC: Rx de tórax, analítica general, Alfa-1 antitripsina. Asma: Petición de estudios de alergia y evaluación de comorbilidades.
Anamnesis y registro de síntomas y calidad de vida	E	3-12 meses ²	3-12 meses	EPOC: registro de síntomas y escala de disnea mMRC; estado nutricional mediante IMC; hábitos dietéticos, inspección de masa muscular y tejido adiposo, cuestionario CAT (calidad de vida) ASMA: criterios de asma bien controlada, parcialmente controlada o mal controlada.
Evaluación de respuesta a tratamiento y objetivos propuestos	M	3-12 meses	3-12 meses	
Interrogar y registrar comorbilidades	E/M	Anual	Anual	
Identificación de agudizaciones ¹	E/M	3-12 meses	3-12 meses	Registrar número, gravedad y necesidades de tratamiento
Realización de espirometría	E	3-24 meses	3-24 meses	Según grado de control, gravedad de obstrucción bronquial y nivel de riesgo , y también será más frecuente tras el diagnóstico . En caso de realizar cambios en el tratamiento se puede repetir a los 2-3 meses para valorar la respuesta.
Valoración de espirometría	E/M	3-24 meses	3-24 meses	
Adherencia terapéutica y consejo antitabaco	E	6-12 meses	6-12 meses	EPOC: puede utilizarse el cuestionario TAI (Test de Adherencia a Inhaladores)
Revisión de uso de inhaladores	E	6-12	6-12	Más frecuente al inicio del uso. Revisión de técnica inhalatoria, detección de posibles efectos adversos.
Adecuación del tratamiento	M	3-12 meses	3-12 meses	Modificaciones según control clínico, tolerancia y escalones de tratamiento(asma)
Establecer y revisar plan de acción en asma	E/M	-	Anual	Estrategia especialmente establecida en asma bronquial . Medicina tendrá papel fundamental en el establecimiento del mismo y enfermería en el seguimiento aunque ambos procesos pueden realizarse de forma colaborativa.
Educación en estrategias de autocuidado	E	Anual	Anual	Alimentación, ejercicio, higiene del sueño, higiene personal, etc.
Vacunación	E	Antigripal y antineumocócica (VNC13 y VNC23)	Antineumocócica Antigripal	Según las indicaciones en Asturias del año 2022 se incluyen a todos los pacientes con enfermedad respiratoria crónica, incluido el asma (sin criterios de gravedad)
Rehabilitación pulmonar	FT	X		Según evolución o riesgo ³

¹ La agudización se define como un episodio agudo de inestabilidad clínica caracterizado por un empeoramiento mantenido de síntomas respiratorios, y que habitualmente se acompaña de modificaciones en la medicación.

² Para identificar la bronquitis crónica preguntaremos por la presencia de tos con expectoración al menos tres meses al año en dos años consecutivos.

³ En la EPOC, se recomienda la inclusión en un programa de rehabilitación en el EPOC, ya sea en el momento del diagnóstico (especialmente en EPOC de riesgo), tras una exacerbación severa o cuando ante un deterioro sintomático progresivo.

E: Enfermería; M: medicina; FT: fisioterapia

Controles de seguimiento en EPOC

Tras el diagnóstico de una enfermedad respiratoria crónica se debe de realizar un seguimiento intensivo durante el primer año (3,6 y 12 meses) pudiendo espaciarse posteriormente.

EPOC: Una vez pasado el año inicial de diagnóstico se realizará un seguimiento cada 6 meses si se trata de un paciente con estratificación de riesgo alto y cada 12 meses si se trata de un bajo riesgo.

ASMA: Una vez pasado el año inicial del diagnóstico se realizará un seguimiento en función del control de la patología, si se presenta mal control se realizará un seguimiento cada 3 meses, si está parcialmente controlado 6 meses y si está bien controlado cada 12 meses.

Valoración periodicidad del seguimiento				
	Pivota en	EPOC	Asma	Comentarios
Estratificación del riesgo (EPOC)	E/M	Al diagnóstico y en cada visita de control		<p>Bajo riesgo: FEV1 postbroncodilatación $\geq 50\%$, Escala mMRC 0-1 y entre 0 y 1 exacerbaciones en el último año. Intervenciones terapéuticas: Deshabituación tabáquica, educación terapéutica, actividad física, vacunación, déficit de α-1 antitripsina, tratamiento farmacológico (broncodilatadores) y tratamiento de comorbilidades.</p> <p>Alto riesgo: FEV1 postbroncodilatación $< 50\%$, Escala mMRC 2-4 y 2 o más exacerbaciones (o 1 ingreso). Intervenciones terapéuticas: Incluidas las indicadas en bajo riesgo + tratamiento farmacológico guiado por fenotipo clínico y tratamiento no farmacológico (Identificar rasgos tratables, rehabilitación pulmonar, etc)</p>
Clasificación del control (Asma)	E/M		Al diagnóstico y en cada visita de control	<p>Buen control: Síntomas diurnos (ninguno o ≤ 2 días al mes), ninguna limitación en la actividad, ningún síntoma nocturno/despertares, necesidad de medicación (ninguno o ≤ 2 días al mes), ninguna exacerbación y valoración de la función pulmonar ($\geq 80\%$ del valor teórico de FEV₁ o $\geq 80\%$ del mejor valor personal)</p> <p>Parcialmente controlado: Síntomas diurnos (> 2 días al mes), cualquier limitación en la actividad, cualquier síntoma nocturno/despertares, necesidad de medicación (> 2 días al mes), ≥ 1 exacerbación al año y valoración de la función pulmonar ($< 80\%$ del valor teórico de FEV₁ o $< 80\%$ del mejor valor personal)</p> <p>Mal controlada: Si ≥ 3 características de asma parcialmente controlada.</p>

CRONOGRAMA: Visitas de seguimiento para las enfermedades respiratorias crónica.

	Diagnóstico (1ª visita)	1º año			Visitas de control ¹
		3 meses	6 meses	12 meses	
Anamnesis, registro de síntomas y calidad de vida	X	X		X	X
Evaluación de respuesta a objetivo y tratamientos	X	X		X	X
Interrogar y registrar comorbilidades	X			X	X
Identificación de agudizaciones	X	X		X	X
Espirometría	X	X			C/24 meses
Adherencia terapéutica			X	X	X
Consejo Antitabaco			X	X	X
Adecuación del tratamiento		X		X	X
Revisión uso inhaladores		X		X	X
Establecer y revisar plan de acción	X			X	X
Educación autocuidado	X			X	X
Vacunación	X				X ²

¹Según estratificación del riesgo en EPOC y según control de síntomas en Asma
²Valorar de manera anual las vacunaciones estacionales