

Checklist MÉDICO

La adquisición de habilidades y la adaptación a las nuevas tecnologías de la comunicación ha permitido introducir cambios en la práctica clínica en la atención del paciente crónico durante el estado de alerta sanitaria debido a la pandemia por COVID-19. El entorno digital nos permite estar cerca estando lejos y abre nuevas vías para garantizar la atención clínica del paciente con EPOC. En este sentido, es importante acompañar al paciente para sentirse cómodo en este nuevo entorno digital facilitándole herramientas que favorezcan un diálogo fluido y aprovechar al máximo las citas a distancia.

CONSEJOS E INDICACIONES PARA TENER EN CUENTA ANTES DE LA CONSULTA

Materiales necesarios

Dispositivo electrónico para la realización de la consulta:



Ordenador



Tablet



Teléfono móvil

Procura tener una buena conectividad a internet en caso de consulta por video llamada.



Historial clínico del paciente:



Antecedentes



Efectos secundarios
a fármacos



Historia familiar



Medicación prescrita previa



Alergias medicamentosas



Comorbilidades



Resultados de pruebas
analíticas recientes.



Consentimiento informado
electrónico en caso necesario.

RECURSOS ÚTILES PARA EL DESARROLLO DE LA CONSULTA



Al inicio de la consulta preséntese a su paciente, explíquele que una tele consulta es un proceso diferente a la consulta presencial, aunque tanto el objetivo como el resultado de la misma, son iguales.



Durante la consulta empatice con su paciente. Escuche de forma activa e identifique la situación particular que vive el paciente.



Al finalizar la consulta, facilítele recursos ofreciéndole información y despídase de su paciente.

En los enlaces que se muestran a continuación encontrara información adicional para la realización de la teleconsulta en pacientes con EPOC

- [Guía SEPAR para la tele consulta de pacientes respiratorios.](#)¹
- [Fenotipos de la EPOC.](#)² (ver también Tabla1 en el anexo de este documento)
- [Estratificación del riesgo en pacientes con EPOC.](#)² (ver también Figura1 en el anexo de este documento)
- [Escala de evaluación de la disnea mMRC.](#)³ (ver también Tabla2 en el anexo de este documento)
- [Principales criterios de derivación a otras especialidades \(neumología/medicina interna\) y de derivación hospitalaria.](#)³

Criterios de derivación preferente (valoración en menos de 1 semana)

1. Cuando en agudizaciones moderadas se produzca un fracaso terapéutico (falta de respuesta a la intensificación del tratamiento)
2. Cuando haya que descartar otros diagnósticos (neumonía, insuficiencia cardiaca, etc.), salvo que la situación clínica requiera su derivación inmediata a urgencias hospitalarias (neumotórax, embolia pulmonar, etc.)
3. Cuando se detecte un cultivo positivo para gérmenes multirresistentes no adecuadamente cubiertos con el tipo de antibiótico que recibe el paciente
4. Cuando sea necesario valorar la indicación de oxigenoterapia (SaO₂ menor del 91-92%)

Criterios de derivación ordinaria (valoración en menos de 4 semanas)

- 1.** En todo paciente que a pesar de una buena evolución haya presentado una agudización grave o muy grave
- 2.** En pacientes con EPOC estable graves/muy graves (BODEx ≥ 5)
- 3.** Pacientes con disnea 3-4 de la escala mMRC
- 4.** Pacientes con agudizaciones (al menos moderadas) frecuentes (≥ 2) en el año previo
- 5.** Cuando sea necesario realizar estudios complementarios (p. ej., TAC) que no puedan solicitarse desde AP
- 6.** En caso de dudas diagnósticas o imposibilidad para realizar una espirometría de calidad en pacientes con sospecha de EPOC

Criterios de derivación a hospital

- 1.** Auto checklist de los criterios, en caso de cumplir alguno derivar a urgencias.
- 2.** Agudización muy grave o agudización grave tras el tratamiento inicial
- 3.** Deterioro del estado general
- 4.** Necesidad de pruebas complementarias para descartar otros diagnósticos (neumonía, derrame pleural, neumotórax, insuficiencia cardiaca, embolia pulmonar, etc.)
- 5.** No mejoría parcial de la SpO₂ tras el tratamiento inicial
- 6.** Complicaciones (arritmias graves, insuficiencia cardiaca, etc.)
- 7.** Fracaso terapéutico en las agudizaciones moderadas
- 8.** Pacientes con EPOC estable grave/muy grave y ≥ 2 agudizaciones en el año previo
- 9.** Apoyo domiciliario insuficiente

RECURSOS ÚTILES PARA PREPARAR SU VISITA:

Si desea ampliar la información, puede acceder haciendo clic en los respectivos enlaces:

- [Valoración de pacientes pluripatológicos con enfermedad crónica no oncológica en fase avanzada. Escalas PALIAR/PROFUND.](#)⁴

- [Técnicas de uso de inhaladores.](#)^{5,6}

Recopile toda la información necesaria del manejo de los inhaladores por parte del paciente y valore la necesidad de establecer una consulta presencial para explicarle a su paciente posibles errores en la técnica de inhalación y pasos a seguir para una técnica inhalada apropiada.

- [Cuestionario de valoración personal CAT.](#)⁷

- [Test de Adhesión a los Inhaladores.](#)⁸

- [Exacerbación de la EPOC.](#)³

- [Contenidos descargables SEMERGEN en torno a diagnóstico y tratamiento del paciente EPOC.](#)

Referencias:

1. Guía SEPAR para la teleconsulta de pacientes respiratorios. Disponible en: Avances En Respiratorio | Guía teleconsulta SEPAR para pacientes respiratorios
2. Miravittles M, et al. Arch Bronconeumol. 2017;53(6):324-335
3. Soler JJ, et al. Proceso Asistencial Integrado del Paciente con EPOC que Exacerba (PACEX-EPOC), 2015. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Disponible en: PAI_Exacerbacion_EPOC_2015.pdf (mscbs.gob.es)
4. Díez-Manglano J, et al. Medicina clínica. 2019;153(5):196-201.
5. Pueyo A. Errores en terapia inhalada. Medicina respiratoria. 2016;9(3):7-15.
6. Plaza V, et al. Arch Bronconeumol. 2017;53(7):360-361.
7. ¿Cómo es la EPOC que padece? Realización del COPD Assessment Test™ (CAT). Disponible en: <https://www.catestonline.org/patient-site-test-page-spanish-spain.html>
8. Test de Adhesión a los inhaladores. Disponible en: www.taitest.com/index.html

ANEXO

Tabla1: Fenotipos de la EPOC

FENOTIPOS	CARACTERÍSTICAS
Fenotipo no agudizador con enfisema o bronquitis crónica	< 2 agudizaciones / año que sólo hayan requerido tratamiento ambulatorio
Fenotipo mixto EPOC - asma	Pacientes con las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> Tener 40 años o más y ser fumador o exfumador con índice de consumo mayor de 10 paquetes / año (o expuesto a otro factor de riesgo reconocido). FEV₁/CVF < 0,7 mantenido tras al menos 6 meses de tratamiento con LABA + GCI (en algunos casos tras ciclo de 15 días de GCO). Una de las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico de asma según los criterios actuales de las GPC** Prueba broncodilatadora muy positiva (incremento de FEV₁ > 15% y > 400 ml.) y/o eosinofilia en sangre ≥ 300 eosinófilos/μl.
Fenotipo agudizador con enfisema	≥2 agudizaciones el año previo en pacientes con: <ul style="list-style-type: none"> escasa o nula expectoración crónica, disnea como síntoma principal con disnea de esfuerzo, “habito enfisematoso” definido por: <ul style="list-style-type: none"> tendencia al bajo IMC, debilidad muscular periférica y respiratoria, signos de atrapamiento aéreo a la inspección o en la radiología de tórax (aplanamiento diafragmático y aumento del espacio aéreo retroesternal).
Fenotipo agudizador con bronquitis crónica	≥2 agudizaciones el año previo con presencia de tos con expectoración al menos 3 meses al año, 2 años consecutivos.

Figura1: Estratificación del riesgo en pacientes con EPOC

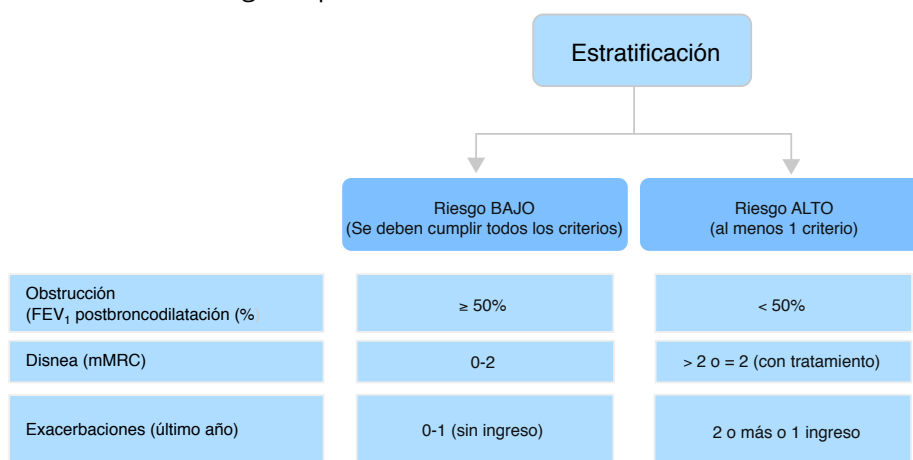


Tabla2: Escala de evaluación de la disnea mMRC

GRADO	ACTIVIDAD
0	Ausencia de disnea al realizar ejercicio intenso
1	Disnea al andar de prisa en llano, o al andar subiendo una pendiente poco pronunciada
2	La disnea le produce una incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad caminando en llano, o tener que parar a descansar al andar en llano a su propio paso
3	La disnea hace que tenga que parar a descansar al andar unos 100 m o pocos minutos después de andar en llano
4	La disnea le impide al paciente salir de casa, o aparece con actividades como vestirse o desvestirse