



# EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA

Miguel Solís  
UGC Mairena del Aljarafe (Sevilla)



# Índice

- Situación actual de la AP
- El manejo clínico de los pacientes
- La coordinación interniveles



Servicio Antioqueño de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

¿ Qué debemos  
hacer en atención  
primaria..?

**Cartera de  
Servicios de  
Atención Primaria  
2008**

DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA  
SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS Y DESARROLLO  
SERVICIO DE P.O. - CARTERA DE SERVICIOS

Junio 2008

# EPOC

## Oferta en Atención Primaria

- Identificación de pacientes de riesgo: hábito tabáquico - síntomas sugestivos.
- Confirmación diagnóstica: espirometría forzada.
- Plan de seguimiento coordinado con Atención especializada para pacientes con agudizaciones frecuentes o enfermedad grave.
- Seguimiento al alta, tras hospitalización o atención en urgencias.
- Educación sanitaria a paciente y cuidador/a.
- Identificación precoz de la agudización.
- Administración anual de la vacuna antigripal.

# EPOC

## Oferta en Atención Primaria

### ATENCIÓN AL TABAQUISMO

- Identificación de las personas fumadoras.
- Intervención básica.
- Oferta de ayuda personalizada para dejar de fumar.
- Seguimiento de personas ex fumadoras

Los medios....

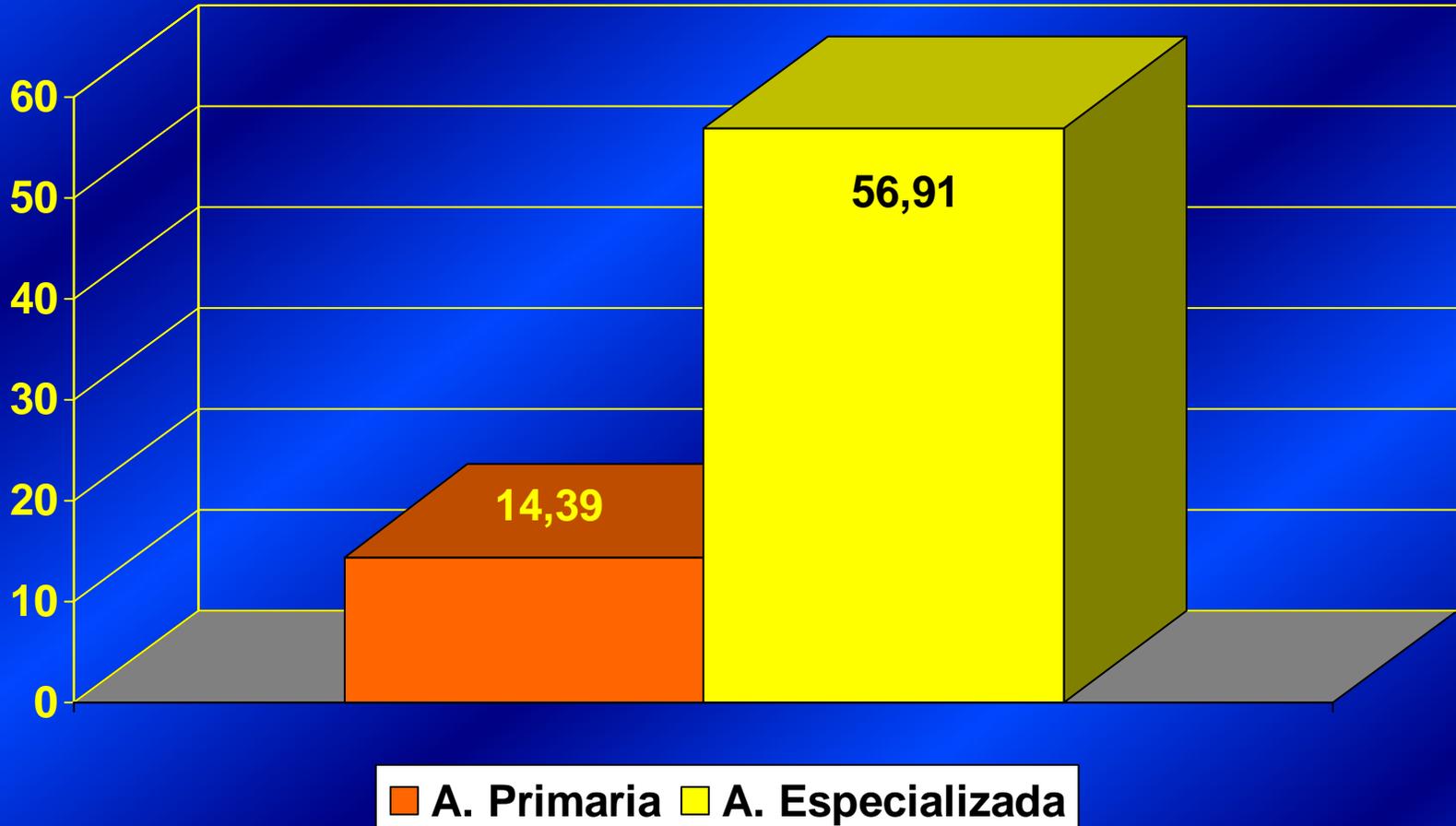
# Puntos críticos en AP. 1

<b>Estructura</b>	
<b>Financiación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Falta de adecuación a su peso teórico</li></ul>

**SITUACIÓN ACTUAL Y FUTURO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA**

Informe SESPAS 2002

# % Gasto sanitario 2007



Fuente : Ministerio de Sanidad



Opinión semFYC

semFYC al día

Actualidad sanitaria

Actividades semFYC

Formación

Entrevistas

semFYC  
Internacional

semFYC en prensa

Agenda

Buzón sugerencias

Hemeroteca

## opinión semFYC

### Los médicos piden a los partidos políticos que no demoren más la inversión que necesita la Atención Primaria

Apelan a la Estrategia para Atención Primaria en el siglo XXI, aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud como modelo de referencia para el impulso y consolidación de la Atención Primaria

En vísperas de las elecciones del 1 de marzo en el País Vasco y en el marco de presentación de la 1.ª edición de las Jornadas de Actualización AMF-IFN Novartis 2009 en Bilbao, la semFYC y la Sociedad Vasca de Medicina de Familia y Comunitaria (Osatzen) han solicitado que se incremente de forma progresiva el presupuesto asignado a la Atención Primaria (AP) hasta alcanzar el 25% del gasto sanitario. Pero además de la inversión, se pide que se mejore la coordinación implementando la Historia Clínica Única y se incorpore la especialidad de Medicina de Familia en la Universidad. Teniendo en cuenta que son medidas que se encuentran reflejadas en la Estrategia para Atención Primaria en el Siglo XXI, un plan aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.



# Puntos críticos en AP. 1

<b>Estructura</b>	
<b>Financiación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Falta de adecuación a su peso teórico</li></ul>
<b>Personal</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Falta de prestigio social de la medicina de familia</li><li>• Desmotivación creciente</li><li>• Adecuación del número y funciones de los profesionales</li></ul>

publicidad

Entra ya y **HAZ TU RESERVA**  
¡Sólo tienes hasta el martes 10 de marzo!

cuenta NÓMINA  
**VISA GRATIS** todos los años  
**ING DIRECT**  
Un Gran Banco que hace Fresh Banking  
R.E.B.E.: 08/46887

# Sanidad urge a abrir las facultades ante la angustiosa falta de médicos

Ciencia y las universidades no creen viable acabar ya con el 'númerus clausus'

**J. PRADES** - Madrid - 05/03/2009

Vota Resultado 71 votos

Comentarios - 16

España necesita 3.200 médicos para cubrir las necesidades sanitarias de la población. Y los necesita "de forma urgente", según anunció ayer en Madrid el ministro de Sanidad, Bernat Soria, tras presentar a los consejeros de las comunidades autónomas el informe *Oferta y necesidades de médicos especialistas 2008-2025*. Faltan sobre todo médicos de familia, pediatras y anestesiólogos y, si no se adoptan soluciones, el estudio augura un déficit de 25.000 facultativos en el año 2025.

Semejante panorama requiere, a juicio del ministro, un plan de choque que pasa por aumentar en 3.200 las matrículas de acceso a las

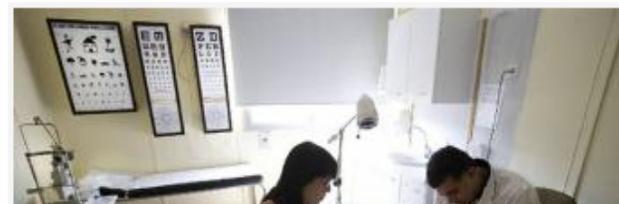


**Bernat Soria**

PARA SUSCRIPTORES  
**edición en PDF**

Descubre nuestro visor de la **edición impresa**.  
Permite visualizarla y descargarla

**ver demo** **SUSCRÍBASE**



publicidad



**Sol Meliá**  
HOTELS & RESORTS



LateRooms.com



cuenta NÓMINA  
**VISA GRATIS todos los años**  
ING DIRECT  
Un Gran Banco que hace Fresh Banking  
R.E.B.E.: 06/46687

registrar conectar

ELPAIS.com > Sociedad

# Sanidad calcula que en el año 2025 faltarán 25.000 médicos

Algunas de las especialidades más demandadas en el futuro serán Geriátrica, Oncología Médica y Psiquiatría

AGENCIAS - Madrid - 04/03/2009

Vota ☆☆☆☆☆ Resultado ★★★★★ 40 votos

En 2025 faltarán cerca de 25.000 médicos en España, a pesar de las medidas adoptadas para incrementar el número de facultativos, tales como el aumento de las plazas en las universidades o la homologación de títulos extranjeros. Así se desprende del estudio *Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025)* presentado hoy por el ministro de Sanidad, Bernat Soria, a los consejeros autonómicos del ramo en el Consejo Interterritorial de Salud.

Según el informe, actualmente hay en España 165.967 médicos -de los que 119.660 trabajan en el Sistema Nacional de Salud (SNS)-, existiendo un déficit asistencial del 2%, lo que se traduce en la

publicidad



Tu solución p  
lasvac  
p&v  
estancia min. 3 noches

Ministerio de Sanidad y Consumo

A FONDO

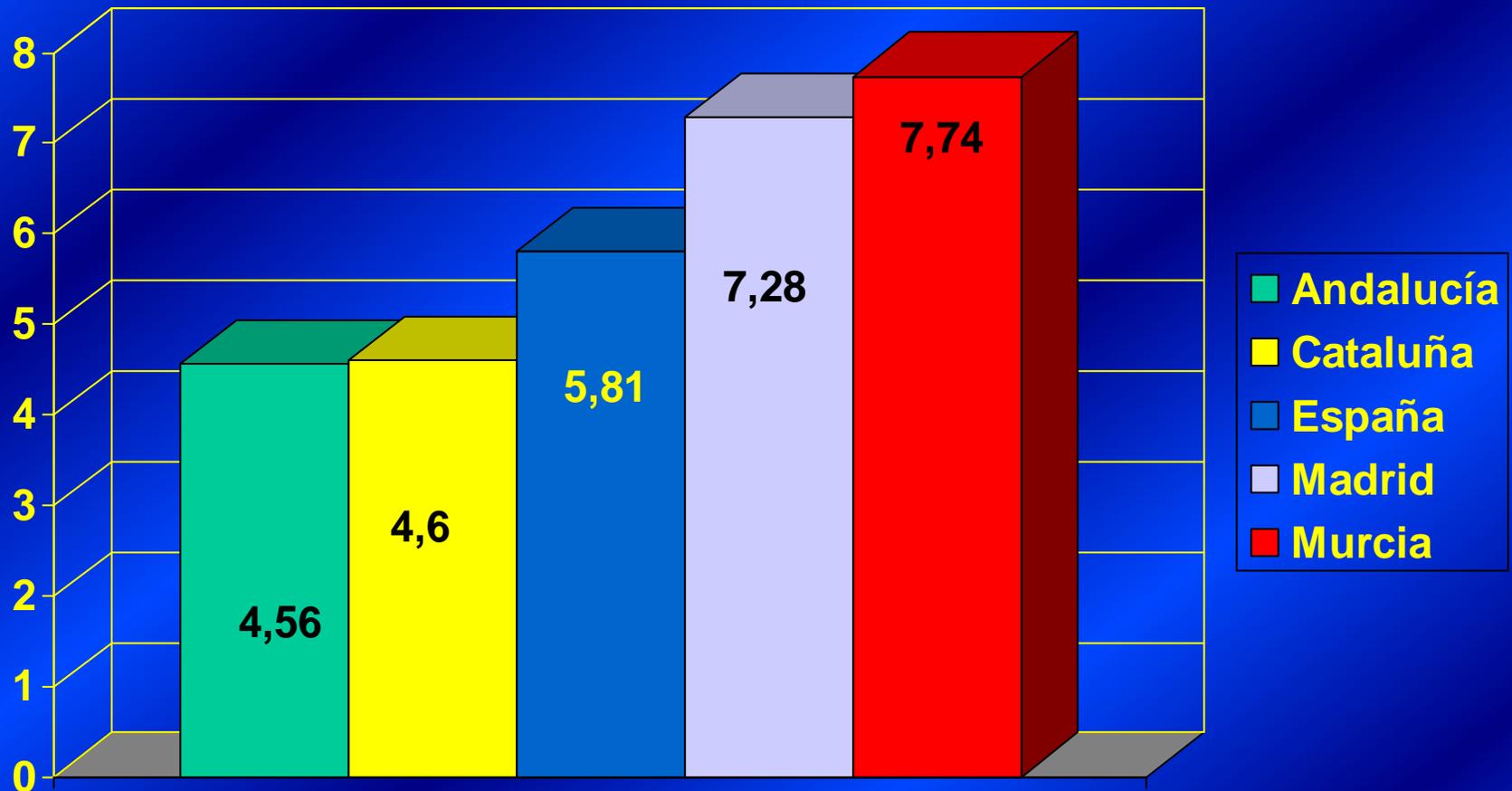
# Puntos críticos en AP. 1

<b>Estructura</b>	
<b>Financiación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Falta de adecuación a su peso teórico</li></ul>
<b>Personal</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Falta de prestigio social de la medicina de familia</li><li>• Desmotivación creciente</li><li>• Adecuación del número y funciones de los profesionales</li></ul>
<b>Instalaciones y Tecnologías</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Acceso limitado a tecnologías diagnósticas / TIC</li><li>• Sistemas de información deficientes</li></ul>

# Puntos críticos en AP. 1

<b>Estructura</b>	
<b>Financiación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Falta de adecuación a su peso teórico</li></ul>
<b>Personal</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Falta de prestigio social de la medicina de familia</li><li>• Desmotivación creciente</li><li>• Adecuación del número y funciones de los profesionales</li></ul>
<b>Instalaciones y Tecnologías</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Acceso limitado a tecnologías diagnósticas / TIC</li><li>• Sistemas de información deficientes.</li><li>• Control insuficiente del gasto farmacéutico ?</li></ul>

# % Incremento del gasto farmacéutico en AP 2005-2006

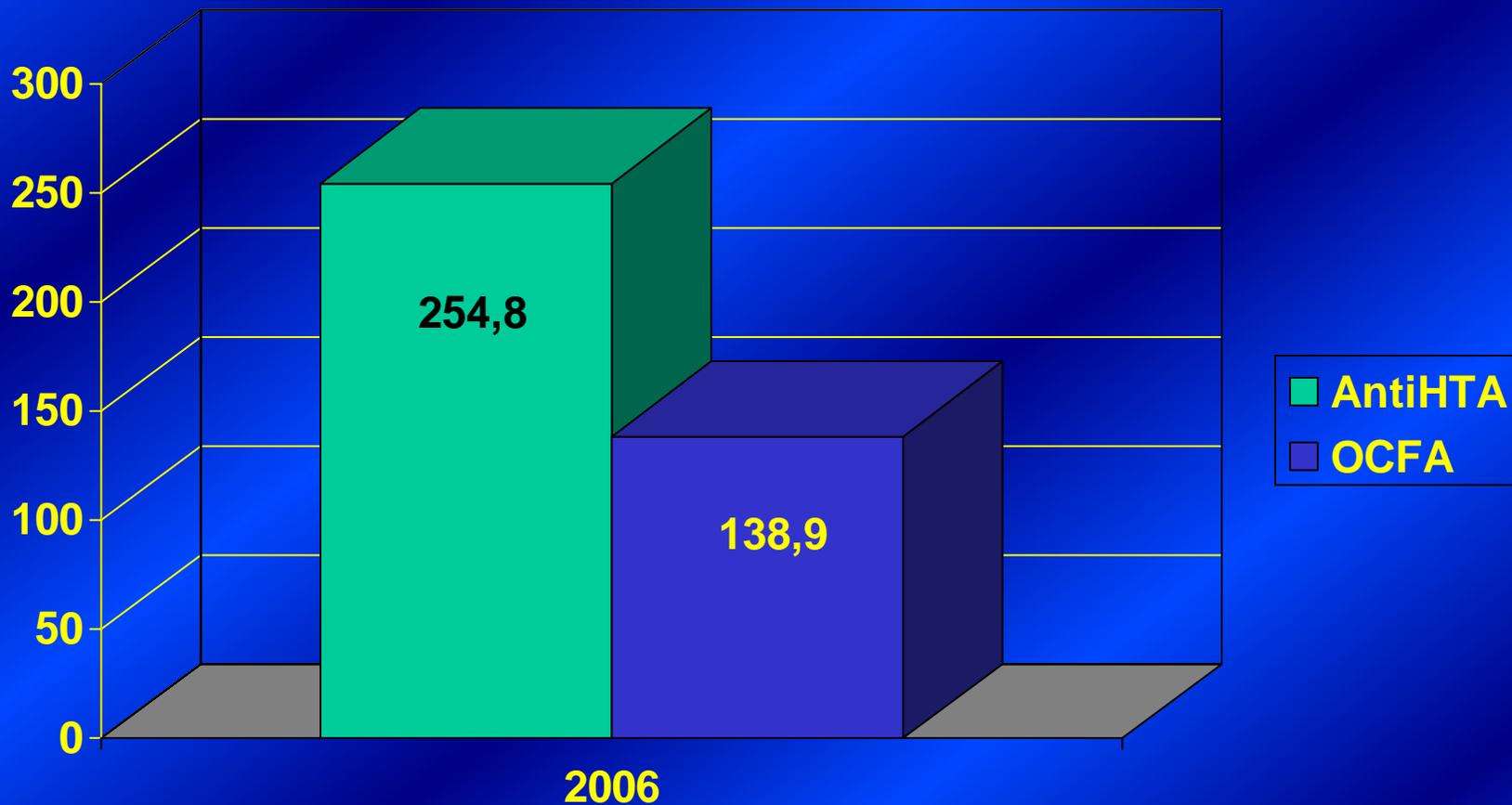


Fuente : Consejería de Salud

# Gasto farmacéutico en AP. Andalucía

## Grupos terapéuticos. 2006

millones de Euros

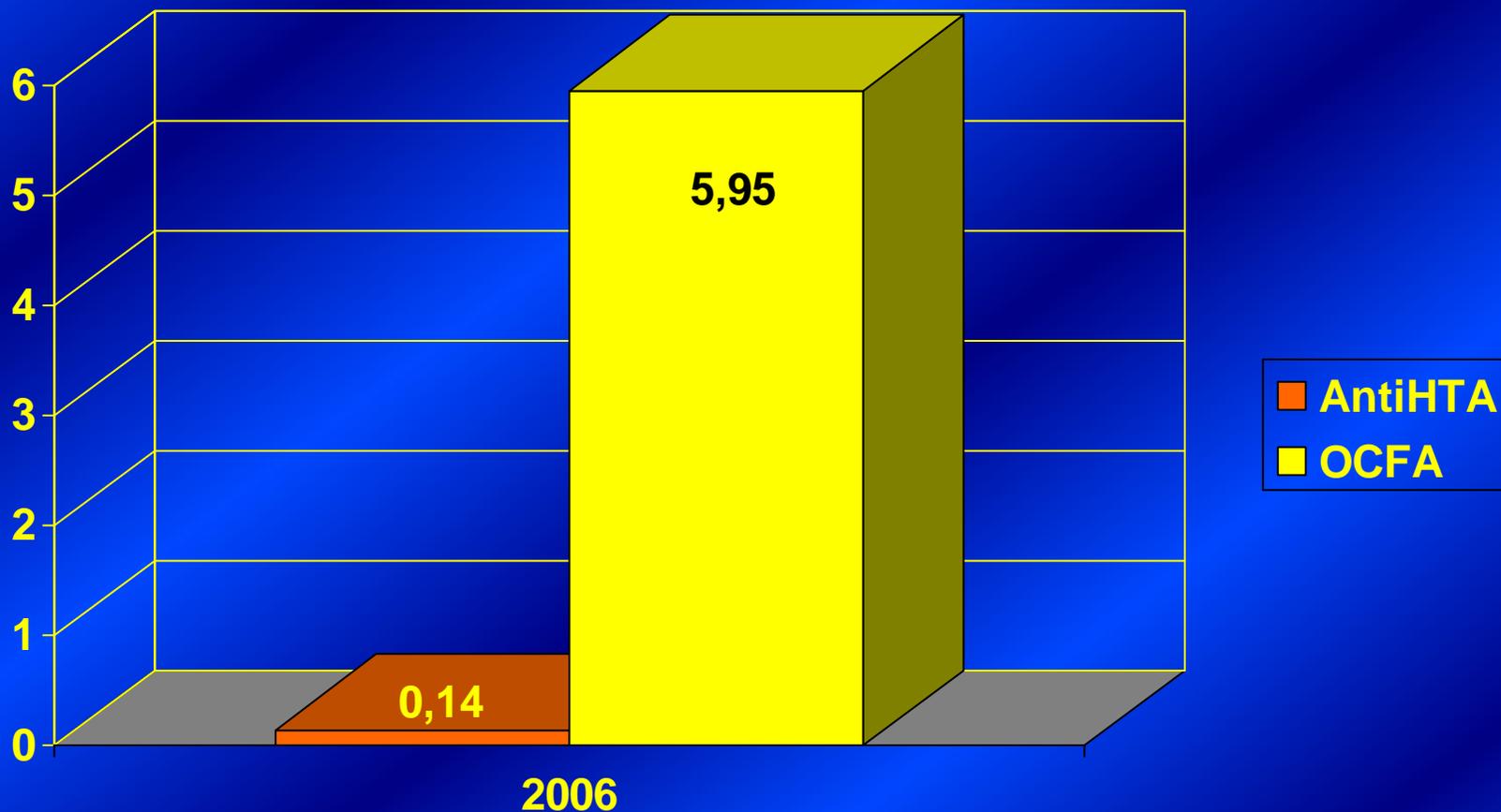


Fuente : Consejería de Salud

# Gasto farmacéutico en AP. Andalucía

## Grupos terapéuticos.

### % incremento 2005 - 2006

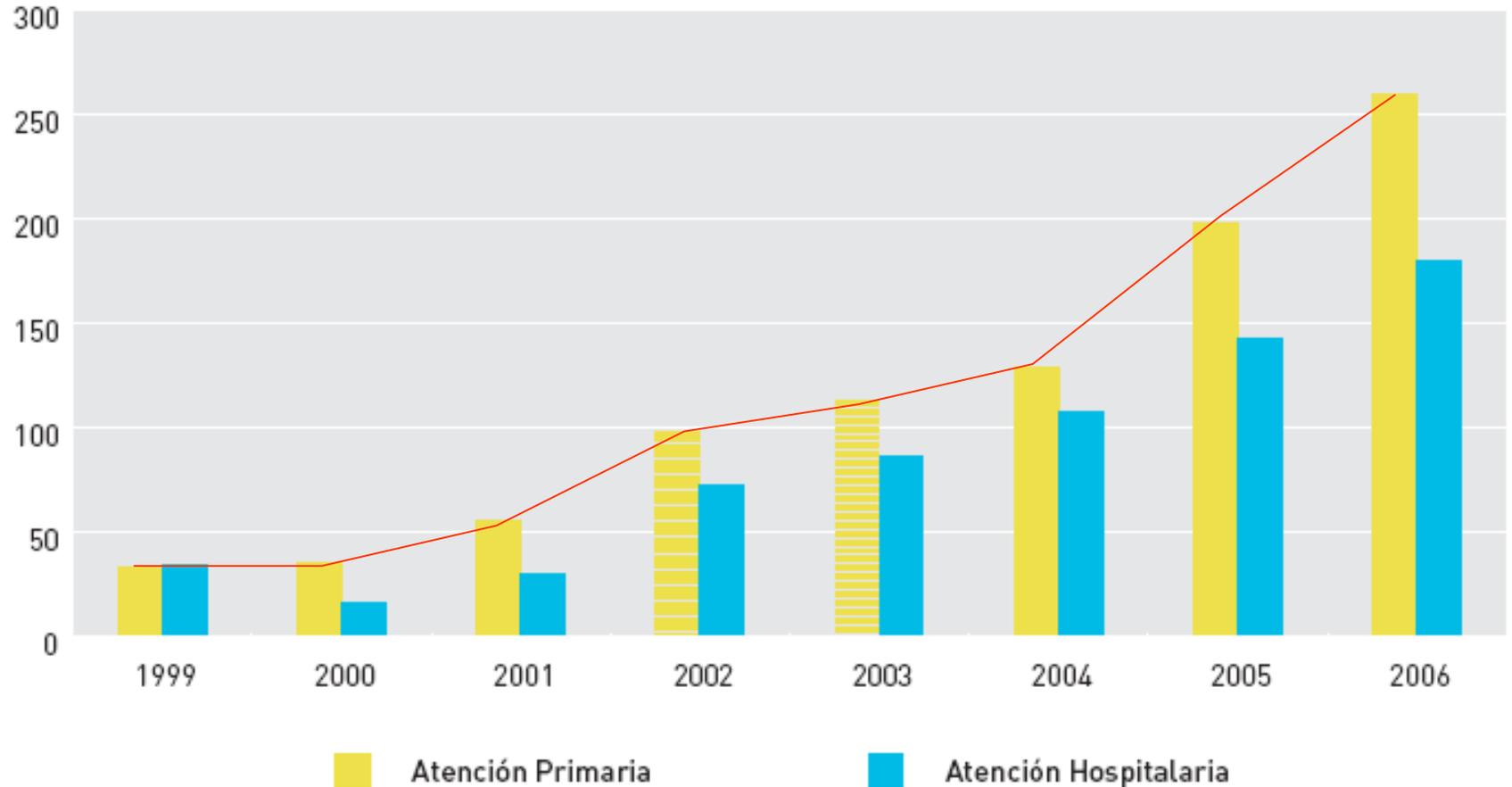


Fuente : Consejería de Salud

# Puntos críticos en AP. 2

<b>Estructura</b>	
<b>Gestión de servicios</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ausencia de flexibilidad gestora</li><li>• Distanciamiento creciente entre gestores/clínicos</li></ul>

## NÚMERO DE UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA 1999-2006

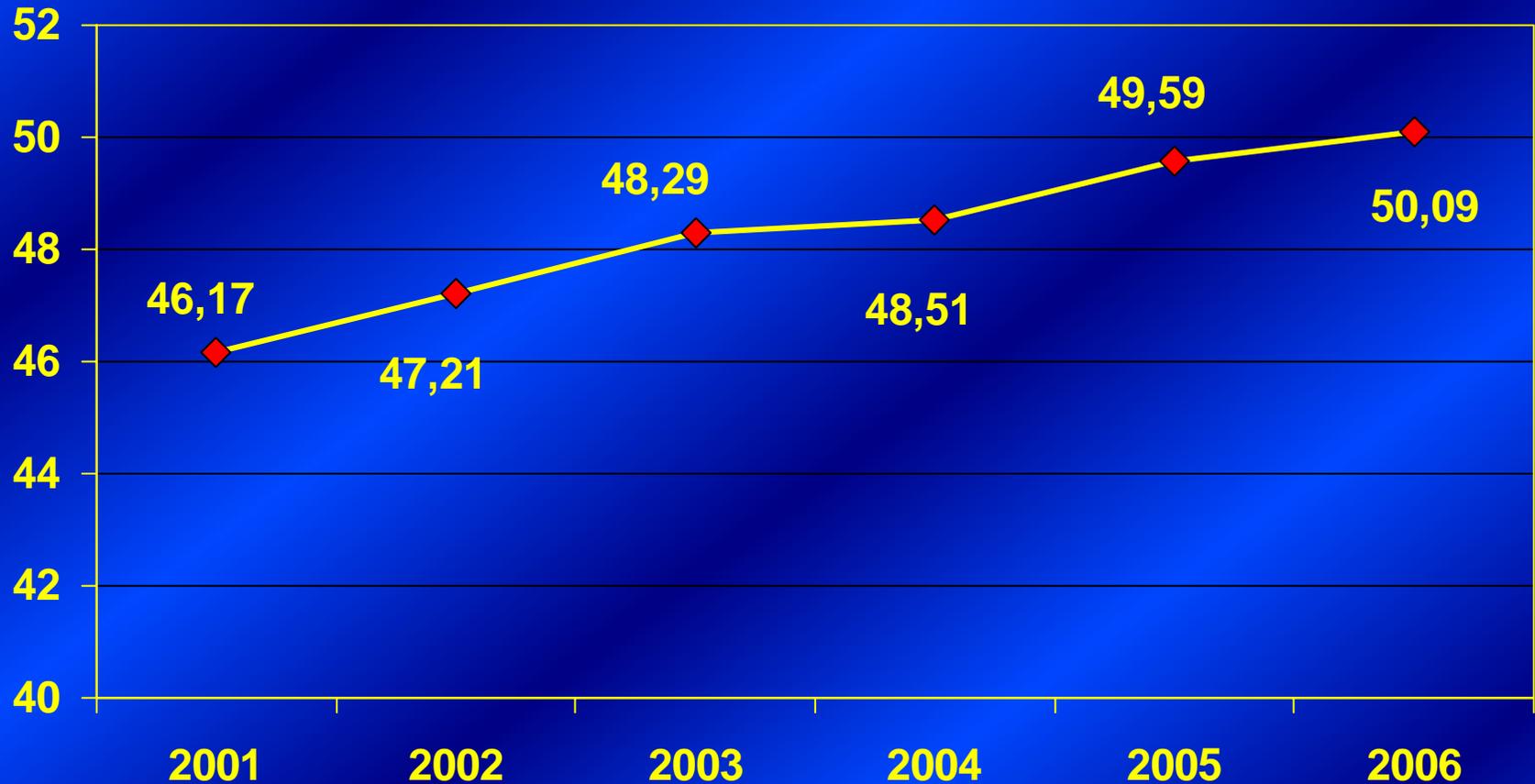


Fuente : Consejería de Salud

# Puntos críticos en AP. 2

<b>Estructura</b>	
<b>Gestión de servicios</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ausencia de flexibilidad gestora</li><li>• Distanciamiento creciente entre gestores/clínicos</li></ul>
<b>Organización interna</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sobrecarga asistencial</li><li>• Falta de adaptación de la organización al paciente</li></ul>

# nº de consultas en AP (millones) Andalucía 2001-2006



Fuente : Consejería de Salud

# Tasa de frecuentación 2006

## ANDALUCÍA

7,87 consultas/año por usuario mayor de 15 años

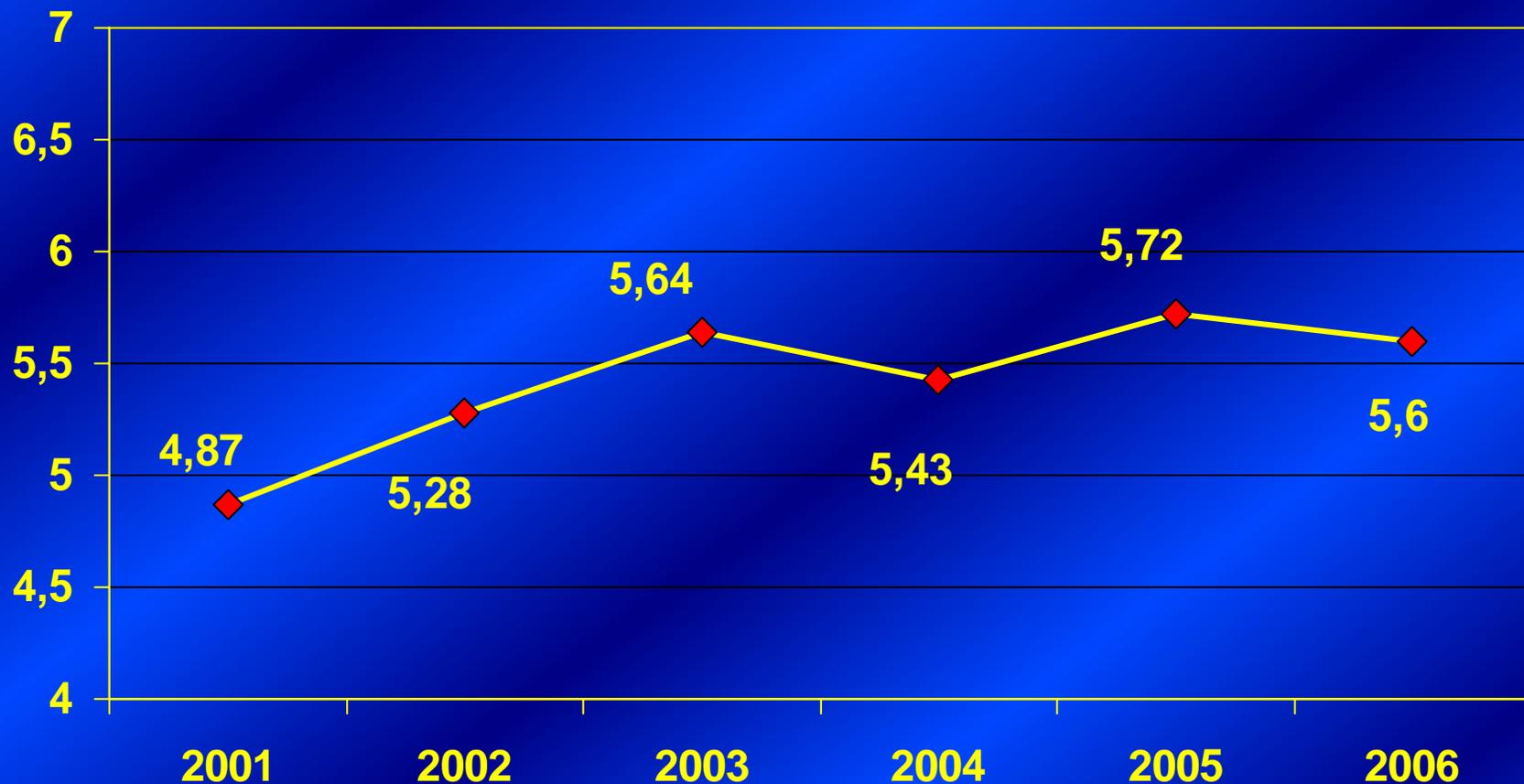
## ALJARAFE (SEVILLA)

6,84 consultas/año por usuario mayor de 15 años

CUPOS > 1700 personas  
Envejecimiento de la población  
Inmigración

Mi cupo : 1763 personas  
> 65 años : 10,6%

# nº de urgencias en AP (millones) Andalucía 2001-2006



Fuente : Consejería de Salud

# Agendas

- 48 pacientes / día.....
- Reparto de carga de trabajo en caso de:
  - Permisos, incapacidad temporal, saliente de guardia...
- 5 minutos por paciente (2,5 – 7)

# Puntos críticos en AP. 2

<b>Estructura</b>	
<b>Gestión de servicios</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ausencia de flexibilidad gestora</li><li>• Distanciamiento creciente entre gestores/clínicos</li></ul>
<b>Organización interna</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sobrecarga asistencial</li><li>• Falta de adaptación de la organización al paciente</li></ul>
<b>Proceso</b>	
<b>Calidad del proceso asistencial</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Limitada capacidad de resolución</li><li>• Realización de prácticas inefectivas</li></ul>

# Índice

- Situación actual de la AP
- El manejo clínico de los pacientes
- La coordinación interniveles

# Problemas relacionados con el manejo clínico de los pacientes

- La espirometría.....



## Translating COPD Guidelines into Primary Care

# KEY POINTS

---

- La confirmación espirométrica es un punto clave en el diagnóstico de la EPOC. Los médicos de atención primaria deben tener acceso a espirometrías de calidad.

- Todos los equipos de atención primaria deberían disponer de un espirómetro de calidad adecuada en su centro o al menos tener un fácil acceso a la prueba, con personal formado específicamente en la técnica.
- Es necesario que los médicos sepan interpretar correctamente los resultados.

Atención Primaria.

Vol. 21. Núm. 8. 15 de mayo 1998



## **¿Qué podemos hacer ante la escasa implantación de la espirometría en atención primaria?**

C. García Benito<sup>a</sup> y F. García Río<sup>b</sup>

Aten Primaria 2004;33(5):261-6

EDITORIAL  **semFYC**

[www.semfy.com](http://www.semfy.com)



## **Espirometría en atención primaria. Una necesidad inexcusable**

Aten Primaria 2004;34(7):333-5

## ¿Espirometría en atención primaria?

Se ha constatado que, incluso con un entrenamiento básico, los médicos de primaria no consiguen realizar espirometrías con los requerimientos mínimos de aceptabilidad y reproducibilidad<sup>3</sup>. En el estudio de Miravittles

y que creemos que debemos hacer lo posible para poner la espirometría al alcance de las personas fumadoras y/o con síntomas respiratorios, pero esto no pasa necesariamente por dotar a los centros de primaria de espirómetros. La mejor solución sería disponer de suficientes unidades de función pulmonar que cumplan los requisitos establecidos y supervisadas por expertos en función pulmonar (neumólogos) que fueran de fácil acceso para atender la demanda generada por nuestros compañeros de atención primaria.

E. García Pachón y M.D. Ibáñez Cuerda  
Servicio de Medicina Interna (Neumología).  
Hospital Vega Baja. Orihuela. Alicante.

M. Miravittles y C. Murio\*  
Servicio de Neumología. Hospital  
Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.  
\*Sección de Neumología. Hospital General  
de Catalunya. Sant Cugat del Vallés.  
Barcelona.

# Utilización de la espirometría en atención primaria

Buena parte de responsabilidad de la falta de implantación de la espirometría como exploración básica, recae en los neumólogos.....

**F. García Río**

Servicio de Neumología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Aten Primaria 2004;33(5):261-6

## DOCUMENTO DE CONSENSO

# Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Grupo de Trabajo-Conferencia de Consenso sobre EPOC\*

Publicado en *Archivos de Bronconeumología* (Arch Bronconeumol 2003;39:[Supl 3]:5-6)

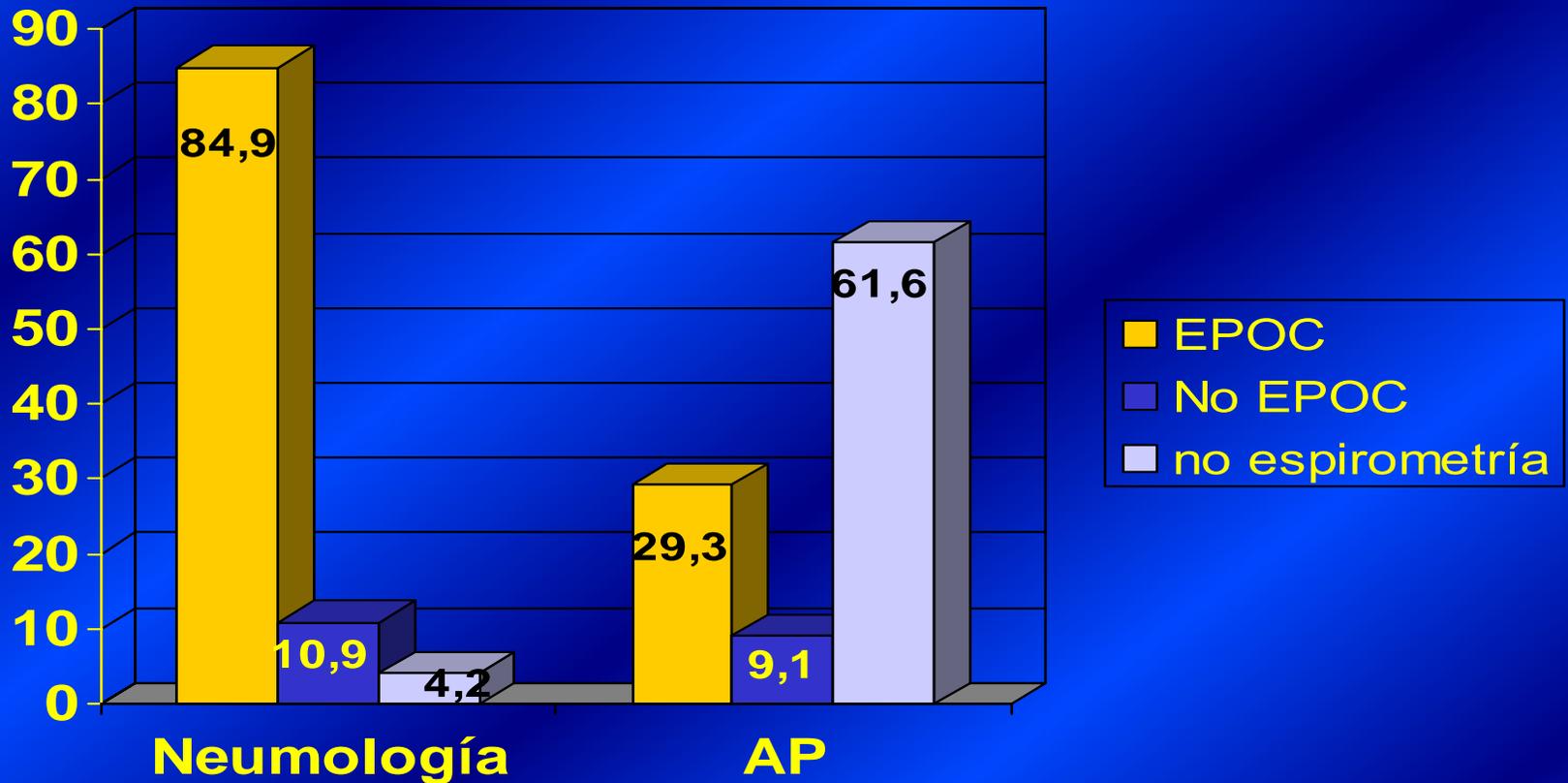
---

amiento de retraso.

La espirometría forzada es la principal herramienta diagnóstica de la EPOC. Debe practicarse en cualquier fumador o ex fumador de más de 40 años que presente tos, expectoración habitual o disnea. Para ello, este procedimiento debe poder realizarse en los centros de asistencia primaria y practicarse de acuerdo con las normativas establecidas, por personal convenientemente formado. En la espirometría diagnóstica debe

# ESTUDIO IDENTEPOC

% Diagnóstico espirométrico de EPOC



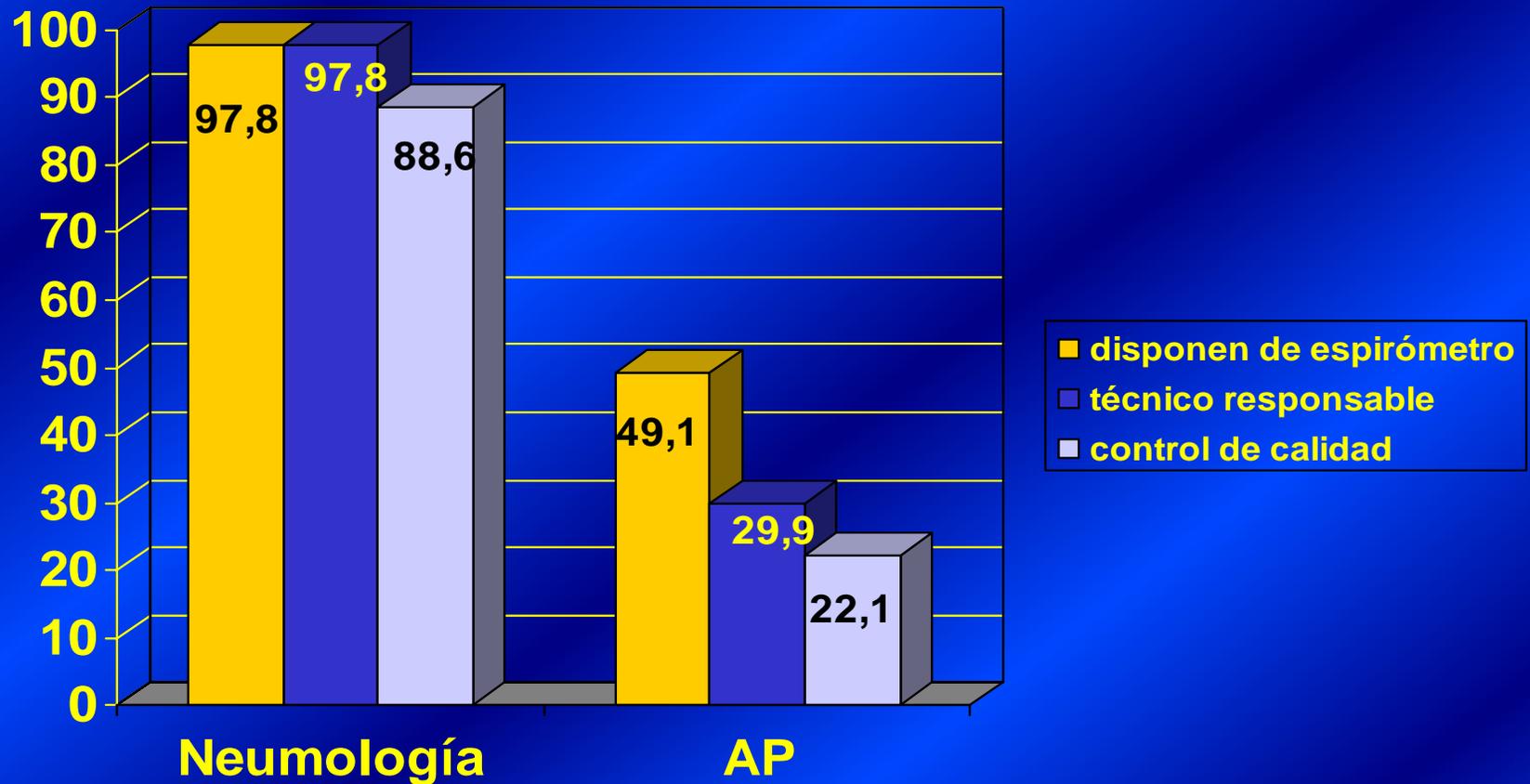
# ESTUDIO IDENTEPOC

## Métodos inicialmente empleados para el diagnóstico de EPOC

Diagnóstico	Atención primaria (% de pacientes)	Neumología (% de pacientes)
Clínico-radiológico	38,6	10,2
Espirometría	4,9	11,4
Clínica + Espirometría	12,9	20,8
Rx + Espirometría	2,9	1,6
Clin + Rx + Espiro	37,5	52,7
Desconocido	2,9	2,9

# ESTUDIO IDENTEPOC

Datos de equipamiento de los centros de atención primaria y neumología.



# Utilización de la espirometría en atención primaria

839 cuestionarios (17 CC. AA.)

1. Disponibilidad de espirómetro	Sí (57,8%)
2. Utilización del espirómetro en el centro de trabajo	Sí (59,2%)
3. Motivos para no usar el espirómetro	Falta de formación (35,1%) No hay personal específico (21,3%) Otras causas (23,7%) No hay disponibilidad de tiempo (19,9%)
4. ¿Quién realiza la espirometría?	Enfermera encargada de ello (58,3%) La enfermera de cada cupo (32,3%) El médico y la enfermera de cada cupo (5,9%) Otras posibilidades (3,5%)
5. Formación para la realización de espirometrías	Sí (69%)

# Problemas relacionados con el manejo clínico de los pacientes

- La espirometría.....
- El infra diagnóstico.....

# PREVALENCIA

## Estudio IBERPOC 1996-97

The total target population consisted of 236,412 subjects included in the administrative census and residing in the seven



FIGURE 1. Geographic distribution of the areas of the study.

# PREVALENCIA

## Estudio IBERPOC

9,18%

IC 95% (8,23-10,1)

en personas de 40 a 70 años

# PREVALENCIA

## Estudio IBERPOC (años 1996-97)

	Mairena (Sevilla)	Total	
Prevalencia de EPOC, % IC 95%	6.3 4.5–8.6	9.1 8.1–9.9	P<0.05
Prevalencia en fumadores %	9.0	15.0	P<0.01
Prevalencia en ex-fumadores %	8.5	12.8	P< 0.05
Prevalencia en no fumadores %	2.8	4.1	
Casos de EPOC en mujeres %	21.1	22	
EPOC leve %	37	38.3	
EPOC moderada %	47	39.7	
EPOC grave %	16	22	

# PREVALENCIA

## Estudio IBERPOC 1996-97

The total target population consisted of 236,412 subjects included in the administrative census and residing in the seven



78% de los casos sin diagnosticar

FIGURE 1. Geographic distribution of the areas of the study.

# Prevalencia en Mairena del Aljarafe (Sevilla)

10,523 usuarios registrados mayores de 50 años

Prevalencia segun IBERPOC: 4,5 - 8,6%

Casos teóricos : 473 - 904

Casos registrados: 327

El 36 - 70% de los casos teóricos

Correctamente diagnosticados: ?

# Problemas relacionados con el manejo clínico de los pacientes

- La espirometría.....
- El infra diagnóstico.....
- El cribado ? o el diagnóstico precoz.....

# Cribado vs. Diagnóstico precoz

- ¿ a quién ?
- Fumador@s / sintomático@s / tod@s ?
- Test diagnóstico de cribaje
  - Sensible
  - Específico
  - Reproducible
  - Fácil de aplicar
  - Costo/efectivo



## DOCUMENTO DE CONSENSO

# Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Grupo de Trabajo-Conferencia de Consenso sobre EPOC\*

Publicado en *Archivos de Bronconeumología* (Arch Bronconeumol 2003;39:[Supl 3]:5-6)

---

amiento de retraso.

La espirometría forzada es la principal herramienta diagnóstica de la EPOC. Debe practicarse en cualquier fumador o ex fumador de más de 40 años que presente tos, expectoración habitual o disnea. Para ello, este procedimiento debe poder realizarse en los centros de asistencia primaria y practicarse de acuerdo con las normativas establecidas, por personal convenientemente formado. En la espirometría diagnóstica debe

## Identificación de pacientes de riesgo

- Realizar una espirometría forzada a todo paciente fumador con consumo acumulado de tabaco mayor de 20 paquetes/año, o de menor consumo si se presentan síntomas respiratorios crónicos.



# Documento de consenso sobre Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en Andalucía

Elaborado por:  
NEUMOSUR, SEMERGEN y SAMFyC.

*Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en Andalucía*

## **Recomendaciones sobre la espirometría en el diagnóstico de EPOC:**

- ▲ La espirometría es imprescindible para el diagnóstico de la enfermedad, la valoración del grado de severidad y el seguimiento de los pacientes.
- ▲ Debe realizarse una espirometría a todo paciente fumador con síntomas respiratorios crónicos o con un consumo acumulado de tabaco  $\geq 20$  paquetes año.



# NLHEP

National Lung Health Education Program

- who we are
- your lungs
- spirometry**
- stop smoking
- faqs
- resources

your lungs -  
know your numbers

- [contact us](#) | [home](#)
- [news and events](#)

[NLHEP](#)  
[Executive Committee](#)

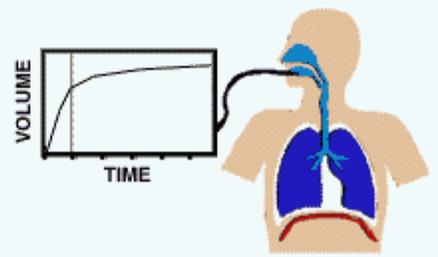
update September 2006

## Spirometry

The NLHEP has as its theme: **"Test Your Lungs - Know Your Numbers"**. Measures of air flow and volume are indicators of lung health and these **noninvasive tests** can be done in the physician's office with a spirometer, a device used to measure lung health.



Shown here is a simple handheld spirometer that can be used either in, or away from, the physician's office. Blowing forcefully into the tube provides a quick, easy measure of both **FEV<sub>1</sub>** and **FEV<sub>6</sub> (FVC)**.



What is your FEV<sub>1</sub>?

**FEV<sub>1</sub>**

**FVC (FEV<sub>6</sub>)**

Forced vital capacity in six seconds

To learn your **FEV<sub>1</sub>** and **FEV<sub>6</sub>**, you will be asked to hold the tube of a spirometer in your mouth, inhale as much air as possible, then exhale forcefully into the spirometer for six seconds or more.

It is now known that the forced expiratory volume in six seconds **FEV<sub>6</sub>** is an excellent surrogate for **FVC**. Thus, doing a six-second expiratory maneuver is more pleasant for the patient and more convenient for the tester.

# Test Your Lungs – Know Your Numbers



Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is the 4th leading cause of death in the United States and the death rate is growing. Finding and treating COPD early can help keep it under control.

## Test Your Lungs

Passport Advantage and the National Lung Health Education Program (NLHEP) encourage you to test your lungs early before the signs of COPD begin. A simple breathing test called spirometry can tell your practitioner if you have COPD. It measures how fast and how much air you can blow out of your lungs. You will be asked to take a deep breath. Then you will blow out hard and fast into a tube. Your practitioner may give you medicine to relax your breathing tubes and ask you to take the test again.

## Ask your practitioner to do a spirometry test if you:

- Are 40 years or older.
- Smoke or used to smoke.
- Are around others who smoke (second-hand smoke).
- Are around dust and chemicals at work.
- Have a chronic cough.
- Cough up mucus most days.
- Wheeze often.
- Get short of breath easily.

# *A PRACTICAL GUIDE TO USING SPIROMETRY IN PRIMARY CARE*

Second Edition



- a history of chronic, progressive symptoms of cough, wheeze and breathlessness
- a history of smoking in patients over 35 years of age
- frequent exacerbations of bronchitis.

# Espirómetros “ de bolsillo”



# COPD-6



# Problemas relacionados con el manejo clínico de los pacientes

- La espirometría.....
- El infra diagnóstico.....
- El diagnóstico precoz – cribado.....
- El (infra / sobre) tratamiento.....

# IBERPOC : OTROS DATOS RELEVANTES

- sólo el 19% recibían tratamiento
  - 49% EPOC grave
  - 11,8% EPOC moderada
  - 10% EPOC leve

ORIGINALES

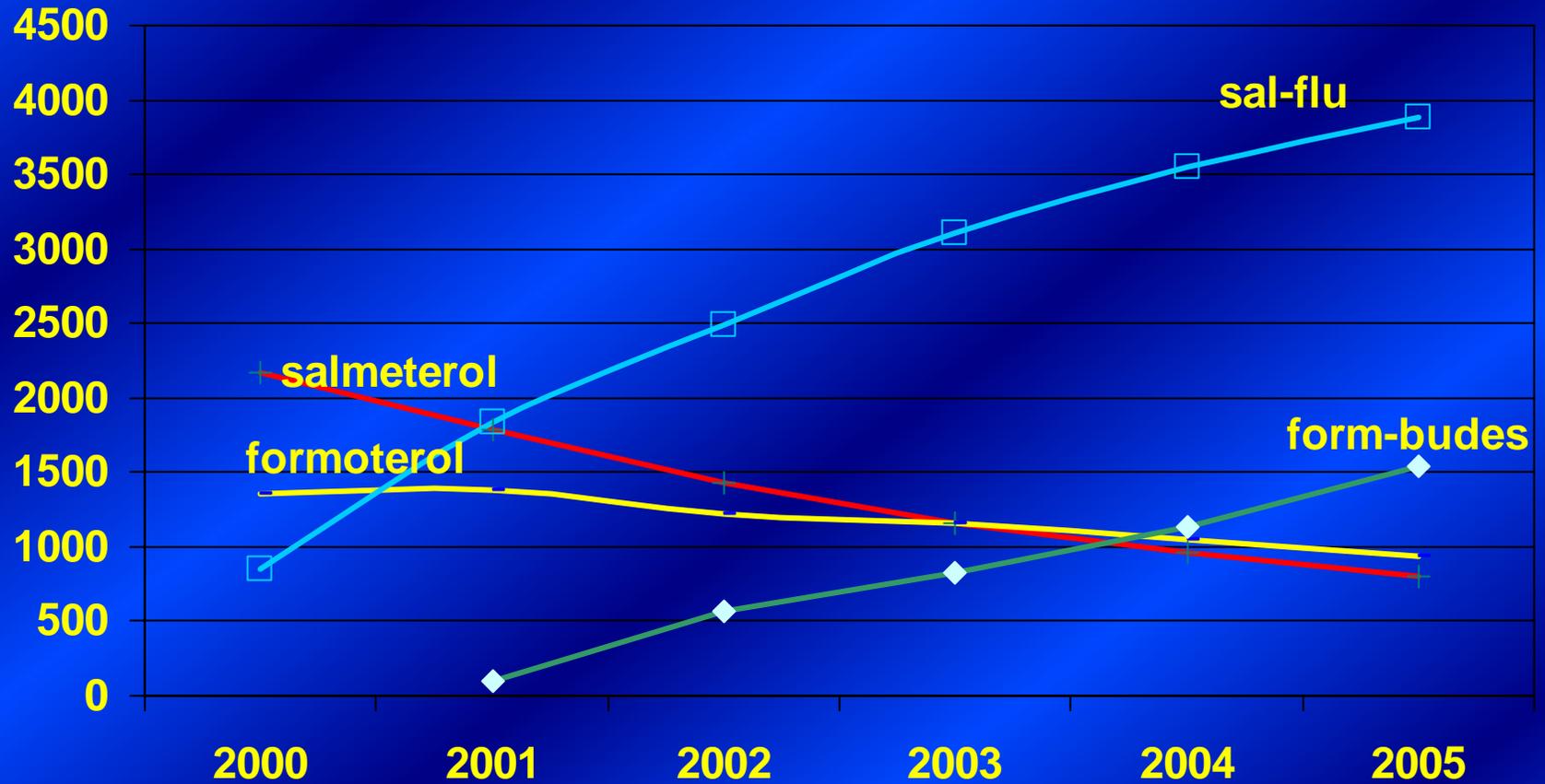
## **Tratamiento farmacológico de la EPOC en dos niveles asistenciales. Grado de adecuación a las normativas recomendadas**

---

**CONCLUSIONES:** Los tratamientos empleados en los pacientes con EPOC no se ajustan fielmente a las normativas vigentes, sobre todo en atención primaria. Existen diferencias en las pautas de prescripción según el nivel de asistencia.

**Arch Bronconeumol 2003;39(5):195-202**

# Consumo en envases x 1000 2000-2005



# Las soluciones....

- Guías de práctica clínica
  - Formación continua
    - Espirometría
    - Tratamiento
  - Priorizar la EPOC
- 
- Enhancing COPD Management in Primary Care Settings. MedGenMed. 2007; 9(3): 24.

# Índice

- Situación actual de la AP
- Problemas relacionados con el manejo clínico de los pacientes
- Problemas relacionados con la coordinación

# Algunas cosas han cambiado....

\* The figures quoted have been checked and certified by the LORILLARD, BIRD, BROWN & MONTGOMERY, Accountants and Auditors.

**20,679\*** Physicians  
*say* “**LUCKIES**  
are less irritating”

“It's toasted”

Your Throat Protection against irritation against cough

1996



1998





C@P - SESIONES CLÍNICAS

SESIONES CLÍNICAS

CONSULTA  
FARMACOTERAPÉUTICA

INTERCONSULTA

SALA DE CONSULTA

AULA DE FORMACIÓN  
CONTINUADA

SESIÓN BIBLIOGRÁFICA

WEBTECA

SALA DE INFORMÁTICA

BIBLIOTECA

CENTROS DE SALUD

NOTICIAS

...también en  
C@P

Helicobacter pylori  
 Juan Ferrández Santos  
 Javier Amador Romero

Lumbalgia en la consulta  
 de Atención Primaria  
 Juan José Antón  
 Álvarez

# Espirometría

**Juan Enrique Cimas Hernando\* y Javier Pérez Fernández\*\***

Miembros del Grupo de Asma de la Sociedad Asturiana  
 de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC)

\* Centro de Salud de Cabañaquinta - Aller (Asturias)

\*\*Centro de Salud de La Calzada - Gijón (Asturias)

- La espirometría forzada es la maniobra que registra el máximo volumen de aire que puede mover un sujeto desde una inspiración máxima hasta una exhalación completa.
- Existen varios tipos de espirómetros. Los más útiles para atención primaria son los los neumotacómetros y de turbina.
- Las principales medidas aportadas por la espirometría son la capacidad vital forzada, el volumen espirado máximo en el primer segundo de la espiración forzada y la relación entre ellos.
- El patrón obstructivo se caracteriza por una disminución del VEMS y de la relación VEMS/CVF.
- Se sospechará una patrón restrictivo cuando se detecte una disminución de la CVF y del VEMS, con una relación VEMS/FVC normal.
- El patrón mixto se caracteriza por la disminución de las tres medidas.
- El valor más útil para el seguimiento de los pacientes con un patrón obstructivo es el VEMS.
- Si la prueba broncodilatadora es positiva, la principal sospecha diagnóstica es es asma, pero su negatividad no lo descarta.



# SOCIEDAD DE RESPIRATORIO EN ATENCIÓN PRIMARIA (GRAP)

[www.theipcr.org/spain](http://www.theipcr.org/spain)

## Sobre GRAP

### Miembros

### Newsletter Respiratorio

### Noticias - Alertas

### Guías de Práctica Clínica

### Recursos Educativos

### Enlaces

### Conferencias, Congresos

### Información a Pacientes

## Sobre GRAP

Con fecha 2 de octubre de 2.004 se constituyó, en Peñaranda de Duero (Burgos), la Junta Directiva provisional de la Sociedad de Respiratorio en Atención Primaria (GRAP).

Tal como quedó definido en el artículo 2 de los estatutos de la Sociedad, el objetivo general de la misma es realizar y promover actividades de investigación y docencia sobre temas de patología respiratoria en Atención Primaria (AP) de Salud.

El artículo 4 especifica que pueden formar parte de ella aquellos profesionales que desarrollan su trabajo en el ámbito de la AP. Esta Sociedad promueve la coordinación multidisciplinar entre profesionales que trabajan en AP y están interesados en la patología del aparato respiratorio.

Entre los objetivos más específicos se encuentra el de crear una Red de Investigación y Docencia en AP, canalizar los proyectos de investigación internacionales a través de su relación como miembro del International Primary Care Respiratory Group (IPCRG) y su participación (y en su caso organización) en Congresos Internacionales.

# International Primary Care Respiratory Group



Home

News

About IPCRG

Membership

Conferences

Campaigns and Consultations

Educational Programme

IPCRG Exchanges

Guidelines

Journal

Publications & Resources

Research

Search this site

Links

Web editorial team

Contact IPCRG

IPCRG members and associate members with websites – click to view



The Netherlands flag



Ukraine's flag

United Kingdom flag

Australia Bangladesh Belgium Canada Greece Italy Norway Pakistan Spain Netherlands Turkey Ukraine UK

## Welcome to the IPCRG website

The IPCRG is a charitable company acting as an umbrella organisation for national primary care respiratory interest groups. Our aim is to use our international network:

- to undertake **research** in community settings;
- to produce leading evidence-based **guidelines** appropriate for primary care professionals; and
- to develop **education programmes**.

### IPCRG International Scientific Conference

5 June 2009, Stansted airport, UK

Online registration now open. [Click here to register.](#)

Deadline for abstracts: **1 May 2009.**

[Click here to submit your abstract.](#)

This is the first of the IPCRG's additional scientific meetings to be held in intervening years between its biennial conferences. If you are interested in clinical focused respiratory research or improving the quality of respiratory services, please join us in June. If you wish to present research work, research ideas or quality improvement initiatives, abstracts will be accepted right up until the 1st May 2009 deadline. For more information and to keep up to date with conference plans, visit [www.theipcr.org/sci\\_conf\\_2009/](http://www.theipcr.org/sci_conf_2009/)

Forthcoming 5th IPCRG World Conference Toronto 2010

Click here to sign up for e-alerts with news about the IPCRG and the latest info on this site

Asthma control: new education resources [More](#)

NEW! UKRRF awarded NIHR partner organisation status [More](#)

Exciting Uncontrolled Asthma Audit [More](#)

World COPD Day – IPCRG campaign materials [More](#)

Airline Oxygen Provision Database [Click here](#)

IPCRG Exchanges: Asthma Guidelines 2008 [More](#)

Spring into Action: World Asthma Day 2008 campaign



# 4<sup>TH</sup> IPCRG WORLD CONFERENCE

Seville 28-31 May 2008

Teva Seville

4th IPCRG World Conference  
International Primary Care Respiratory Group

Seville, 29-05-2008

1. Variability in Practice: Variation

*An overview of current conceptual models for considering variation in practice. This session will highlight some of the biggest variations and reference pioneering work such as the Dartmouth Atlas, the Tobacco Atlas. IHI's save 100.000 Lives movement and work in the UK on knowledge transition, reliability science, shared decision-making, patient coaching, and other tools to reduced unwarranted variation. She will ask what this means for how the IPCRG supports primary care.*

2. Asthma follow up and treatment. Everything under control

*Asthma affects 300 million people worldwide, with increasing prevalence in many countries. The major goal of asthma guidelines is to optimize asthma management, in order to prevent chronic symptoms, minimize exacerbations and emergency care, minimize the use of rescue beta2-agonists and maintain normal levels of physical activity. Although all clinicians will support this goal and try to deliver the best asthma management for their patients, most clinicians do not measure of their efforts in a structured way. A number of studies (Inspire, AIRE) show that asthma control among patients with asthma in daily clinical practice is still sub-optimal and can potentially be improved. This situation might be due to different reasons according to different levels of care.*

3. Global Alliance for Respiratory Disease (GARD) Forum

ARTÍCULO ESPECIAL

## Recomendaciones para la atención al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica

---

J.L. Álvarez-Sala, E. Cimas, J.F. Masa, M. Miravittles, J. Molina, K. Naberan, P. Simonet y J.L. Viejo

Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)\*.

---

*Arch Bronconeumol* 2001; 37: 269-278

*Aten Primaria* 2001. 31 de octubre. 28 (7): 491-500

# Documento de consenso sobre Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en Andalucía

Elaborado por:  
NEUMOSUR, SEMERGEN y SAMFyC.

Neumosur 2008; 20, 3: 146-174

CONSEJERÍA DE SALUD

PROCESO  
ASISTENCIAL  
INTEGRADO

modelo de cuidados compartidos en el que se pretende garantizar la continuidad asistencial, evitando las ineficiencias de una atención descoordinada, y aportando propuestas que generen un valor añadido a la atención de estos enfermos.



JUNTA DE ANDALUCÍA

2ª Edición



# Documento de consenso sobre Espírometría en Andalucía

Elaborado por:



# Criterios de derivación de pacientes con EPOC para valoración especializada

- Dudas diagnósticas o en relación al tratamiento.
- EPOC grave.
- Valoración de oxigenoterapia domiciliaria continua.
- No respuesta al tratamiento.
- Sospecha de trastorno del sueño asociado.
- Deshabitación tabáquica en pacientes con fracasos previos.
- Enfisema en pacientes menores de 45 años.
- Historia familiar de déficit de  $\alpha$ 1-antitripsina.
- Disnea exagerada y descenso acelerado del FEV1.
- Signos de *cor pulmonale*.
- Presencia de grandes bullas.
- Hemoptisis.
- Infecciones de repetición.



Hospital San Juan de Dios  
del Aljarafe

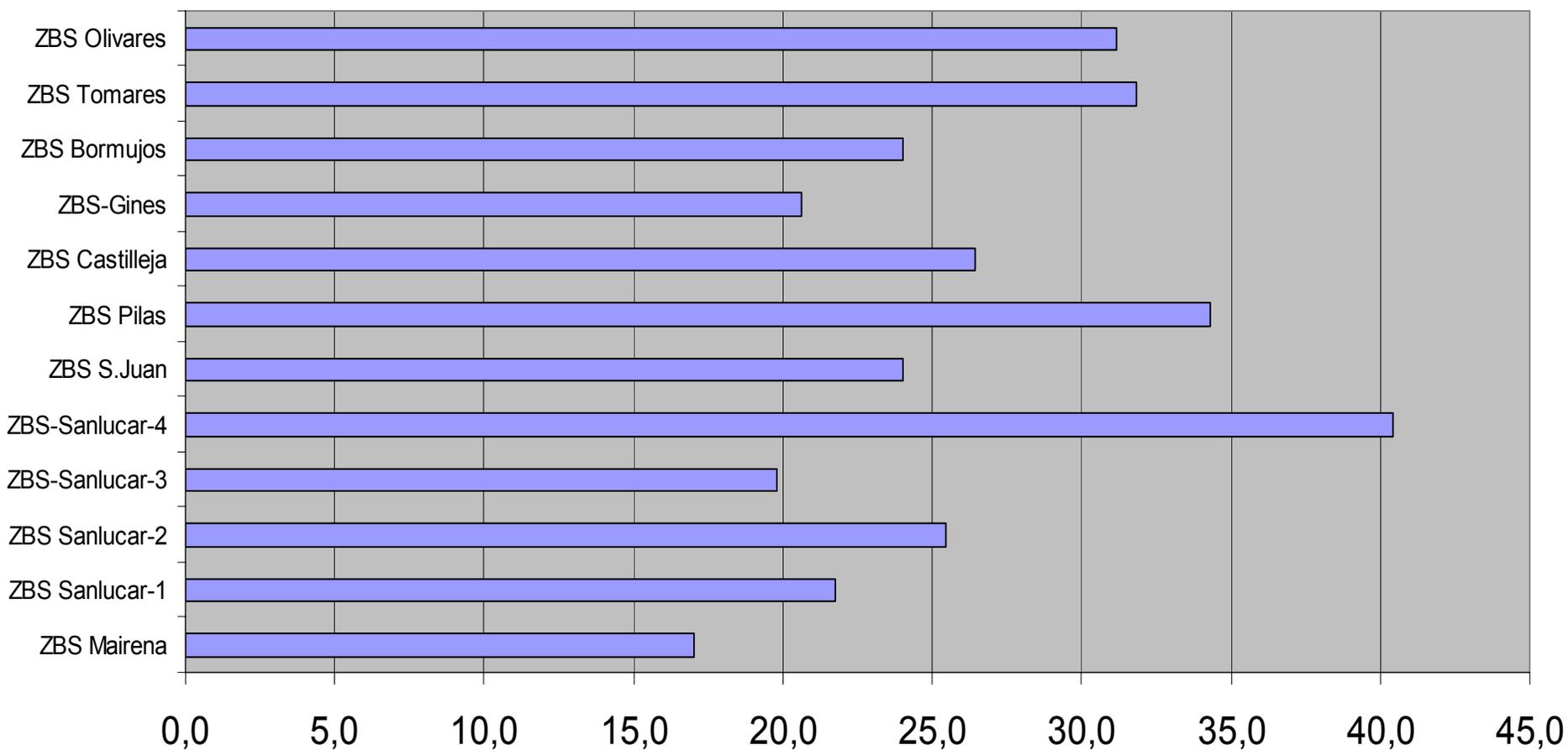
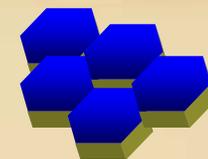
ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS

---

# Analisis Actividad Compartida ZBS Mairena del Aljarafe Medicina Interna HSJDA Año 2008

# DERIVACIONES CONSULTAS POR ZBS

## TASA / 1000 TAE



# PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS



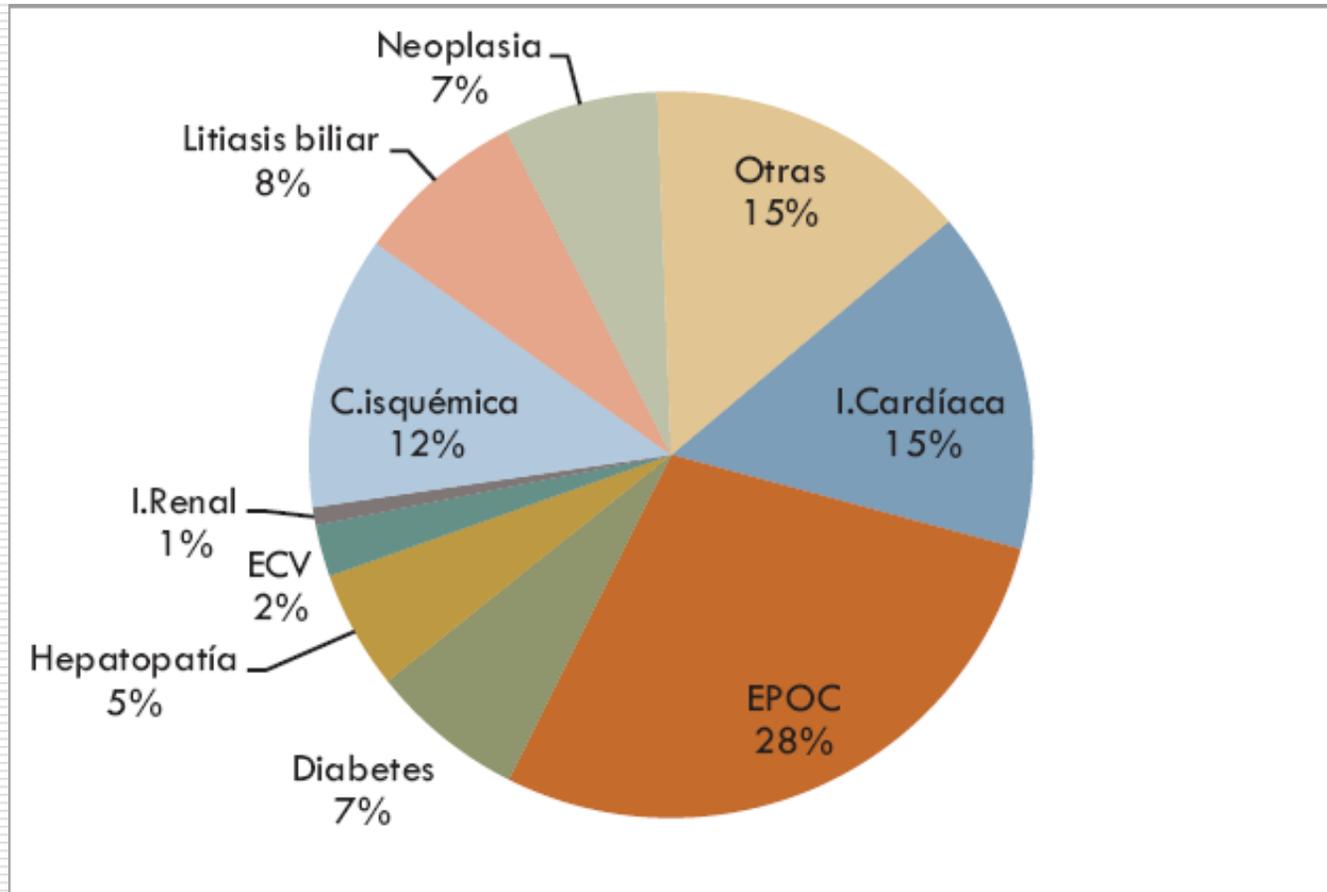
6/2008

Hospital San Juan de Dios Aljarafe. Distrito Aljarafe

Documento de trabajo sobre el plan de atención a pacientes con pluripatología, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, frágiles y reingresadores.

*Redacción del Documento: Dr. Fernández Moyano, Dr. Vallejo Maroto.*

# Patología causante del reingreso Hospital SJD del Aljarafe.



## Perfil del paciente EPOC reingresador

---

- ❑ Edad media 76,8 años (DE : 8,1)
  - ❑ Varón 86.7%
  - ❑ Tabaquismo activo 15%
  - ❑ EPOC grave 76,3%
  - ❑ Oxigenoterapia domiciliaria 57,8%
  - ❑ Ventilación mecánica no invasiva 11%
  - ❑ Infección 50%. Insuf cardiaca 27%
-

# Programa para la atención de pacientes con patologías crónicas

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE. DISTRITO  
ALJARAFE

## **OBJETIVOS PRINCIPALES**

1. Mejorar la capacitación del paciente y del cuidador para que sean sujetos activos en el cuidado de su enfermedad crónica.
  2. Mejorar la capacitación de los profesionales implicados
  3. Desarrollar programas de formación y educación en cuidados.
  4. Identificar pacientes.
  5. Normalización de los procedimientos y la calidad de los cuidados hospitalarios y extrahospitalarios.
  6. Aumentar el grado de coordinación interniveles.
-

# PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS

[www.opimec.org](http://www.opimec.org)

6/2008

Hospital San Juan de Dios Aljarafe. Distrito Aljarafe

Documento de trabajo sobre el plan de atención a pacientes con pluripatología, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, frágiles y reingresadores.

*Redacción del Documento: Dr. Fernández Moyano, Dr. Vallejo Maroto.*

## REVISIÓN

# Continuidad asistencial. Evaluación de un programa de colaboración entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria

A. Fernández Moyano<sup>a</sup>, J. L. García Garmendia<sup>b</sup>, C. Palmero Palmero<sup>a</sup>, B. García Vargas-Machuca<sup>c</sup>,  
J. M. Páez Pinto<sup>d</sup>, M. Álvarez Alcina<sup>a</sup>, R. Aparicio Santos<sup>a</sup>, M. Benticuaga Martines<sup>a</sup>,  
J. Delgado de la Cuesta<sup>a</sup>, R. de la Rosa Morales<sup>a</sup>, C. Escorial Moya<sup>a</sup>, R. Espinosa Calleja<sup>a</sup>,  
J. Fernández Rivera<sup>a</sup>, C. González-Becerra<sup>a</sup>, E. López Herrero<sup>a</sup>, Y. Marín Fernández<sup>a</sup>,  
A. M. Mata Martín<sup>a</sup>, A. Ramos Guerrero<sup>a</sup>, M. J. Romero Rivero<sup>a</sup>,  
M. Sánchez-Dalp<sup>a</sup> e I. Vallejo Maroto<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Medicina Interna. Servicio de Medicina. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla. España.

<sup>b</sup>Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla. España.

<sup>c</sup>Dirección Asistencial. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla. España

<sup>d</sup>Distrito Sanitario Aljarafe. SAS. Bormujos. Sevilla. España.

*Rev Clin Esp.* 2007;207(10):510-20

# Conclusiones

- Apuesta decidida por la atención primaria (mejorando estructuras y procesos)
- Priorización de la EPOC
- Formación
- Implantación real del proceso EPOC como modelo coordinado de atención

**Muchas gracias**