

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DE ATENCIÓN A PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR

Obstructiva crónica en una institución de tercer nivel de Pereira. 2002

Ana Milena Rendón Vásquez,
Lina Fernanda Marín Buitrago
Estudiantes Programa de Terapia Respiratoria Fundación Universitaria del Área Andina

Coautora: Liliana Patricia Muñoz
Docente Fundación Universitaria del Área Andina

R Resumen

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica se considera una patología frecuente en la población; a pesar de esto muchos pacientes que viven con ella desconocen sus causas, factores de riesgo y el manejo en casa.

Se encontró un alto número de reingresos en condiciones clínicas que demostraban gran descompensación (disnea, tos y fiebre), además de inadecuado uso de medicamentos inhalados y limitación en la accesibilidad a medicamentos orales. Los pacientes no tenían evaluación domiciliaria y en cuanto al seguimiento médico no se halló que estos respondieran a protocolos de manejo, siendo baja la proporción de pacientes con gases arteriales; ninguno con baciloscopia ni espirometría.

Las principales recomendaciones son :

- *Dedicar más tiempo a la enseñanza de la utilización de la medicación inhalada, debido a la prevalencia del uso inadecuado de estos sistemas.*
- *Diseñar protocolos de manejo hospitalario y ambulatorio para una adecuada terapia farmacológica y prevención de recaídas.*

Palabras clave: *Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Costos de atención, Paraclínico.*

Introducción

Los estudios epidemiológicos concernientes a la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica EPOC, indican que afecta a la población adulta, con mayor prevalencia en la urbana, de sexo masculino y de edad avanzada. Es la causa más frecuente de consulta en las personas mayores de 60 años y su tasa de mortalidad en un año es de 1.5 % en área rural y 2.0 % en el área urbana.¹

Es una entidad que se caracteriza por desarrollar progresivamente obstrucción al flujo aéreo y clásicamente se compone de dos patologías:

La bronquitis crónica: Es un proceso asociado a una excesiva producción de moco, suficiente para generar tos con expectoración al menos 3 veces al año, durante más de 2 años consecutivos.

El enfisema pulmonar: Distensión permanente y anormal de los espacios aéreos distales al bronquiolo terminal, con destrucción de las paredes alveolares sin fibrosis evidente.²

Está directamente relacionada con los siguientes factores de riesgo:

Tabaquismo, Contaminación Ambiental, Ocupación, Infecciones, Factores Genéticos.

Con el fin de reconocer los protocolos de tratamiento utilizados por la institución para el manejo de estos pacientes, el presente estudio pretende identificar las características de atención de los pacientes con EPOC en el servicio de Medicina Interna en una institución de tercer nivel de Pereira, durante el período febrero a noviembre de 2002.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo

Línea De Investigación: atención directa a pacientes.

Población: pacientes con diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, atendidos por estudiantes de Terapia Respiratoria durante las prácticas de III nivel.

Muestreo: El muestreo fue por conveniencia, porque de 82 pacientes se tuvo acceso a las historias clínicas sólo de 37, puesto que los demás pertenecían a otros municipios o habían fallecido.

Técnicas de Recolección de la información: se diseñó un formato con las variables diseñadas de acuerdo a los objetivos del estudio.

Se sistematizó la información en una base de datos en el programa Epiinfo 6.1 donde se obtuvo un paquete estadístico que permitió la organización de la información en tablas de frecuencia para el análisis univariado.

Discusión y análisis de resultados

La mayor prevalencia de la patología es en el género masculino y mayores de 60 años, pero cabe destacar que hay presencia de la misma en pacientes con edades entre 50 y 55 años, es decir que se está presentando en población más joven.

Las principales causas de consulta de

los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica son: disnea 100%; tos 81% y fiebre 48.6 %, sumado a las secreciones de tipo purulento 38.8% y mucopurulento 55.6%, evidenciando con ello procesos infecciosos en el momento de la consulta.

Todos los pacientes refirieron la presencia de disnea, y la mayoría de ellos (94.6%) en grado moderado a severo, lo que conlleva a la disminución de la calidad del sueño y de las actividades diurnas; también evidencia un grado de descompensación que puede deberse a la poca información de los pacientes y sus familias de los síntomas de descompensación.

Se encontró que todos los pacientes fueron fumadores, y en su mayoría con tabaquismo pesado, hecho que se relaciona directamente con las estadísticas y bibliografías revisadas, en donde se especifica que el consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo para esta patología.

El 40.5% de los pacientes cursaban con patologías asociadas tales como hipertensión arterial y artritis reumatoidea.

La totalidad de los pacientes recibe medicación inhalada con beta estimulantes, observándose que a éstos no se les suministra la adecuada orientación para la utilización de los sistemas de inhalación; es también de destacar que al revisar las historias clínicas se encontró un gran porcentaje de pacientes con

medicación de B bloqueadores para tratar la hipertensión arterial, situación que genera varios interrogantes ¿Hay un adecuado uso de los fármacos? ¿Se siguen los protocolos de manejo para EPOC? ¿Hay protocolos de manejo para EPOC? ¿Se presentan interacciones farmacológicas entre los medicamentos?

Los protocolos actuales recomiendan como principales métodos diagnósticos para el seguimiento de estos pacientes pruebas espirométricas, muestras de gases arteriales, baciloscopias y radiografías de tórax. Contradictoriamente la revisión de las historias clínicas mostró que a ninguno de los pacientes se le realizó espirometría, ni prueba de baciloscopia de esputo, y sólo al 32.5% se les realizó gases arteriales, mientras que todos los pacientes tuvieron como mínimo una radiografía de tórax que mostraba como principales hallazgos atrapamiento aéreo en un 32.5%, infiltrado 64.8% y cardiomegalia 32.5%. Debe tenerse en cuenta que muchos de estos pacientes tienen alteraciones cardiovasculares.

Los pacientes acumularon durante un periodo de 10 meses 1030 días de estancia hospitalaria, cuyos costos aproximados por hotelería, suministrados por la misma institución, fueron de \$90.392.800.00. No se relacionan aquí tratamientos farmacológicos, ni médicos y tampoco servicios prestados, teniendo en cuenta que fueron sólo 37 con un promedio de 3 reingresos en el último año.

RECOMENDACIONES

- Dedicar más recursos a la enseñanza de la utilización de la medicación inhalada, debido a la alta prevalencia del uso inadecuado de estos sistemas, lo cual contribuye a la descompensación del paciente y a gastos innecesarios.
- Diseñar protocolos de manejo hospitalario y ambulatorio para una adecuada terapia farmacológica.
- Derivación de estos pacientes a programas de rehabilitación respiratoria teniendo en cuenta su función pulmonar.
- Revisar el esquema de diagnóstico y seguimiento en los pacientes, porque hay evidentes fallas en el tratamiento como lo demuestran por los repetidos ingresos y las condiciones de la consulta.
- Iniciar un programa de terapia respiratoria en el que se oriente al paciente y su familia acerca de su patología, con el fin de mejorar su calidad de vida y al mismo tiempo ahorrar costos a la institución.

REFERENCIAS

1. Maldonado. Neumología Fundamentos de Medicina. 5° edición. 1998
2. Berkow, R. Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica. 9° edición, 1994.
3. Harrison, compendio Principios de Medicina Interna, Terapia Respiratoria 2° edición Interamericana Mc Graw Hill, 1992.