

Perfil d'una consulta de pneumologia d'assistència primària

E. Monsó i Molas, J.M. Garcia i Soriano, F.X. Esteva i Oller i J. Morera i Prat

Àrea de Gestió Barcelonès Nord i Maresme. Servei de Pneumologia

PROFILE OF A CHEST CLINIC IN PRIMARY CARE

We planned to know the characteristics of the patients that were visited in a chest clinic in the period february-august 1989. We considered the diagnostics and the complementary explorations in this period. The most frequent diagnostics were chronic obstructive lung disease (25.9 %) and bronchial asthma (17.1 %). The explorations that are most frequently done were chest X rays (21.9 %) and spirometry (11.8 %). In a chest diseases clinic it is specially important to potentiate the diagnostic and treatment of the obstructive lung diseases.

Paraules clau:

Pneumologia extrahospitalària. Epidemiologia. Malaltia pulmonar obstructiva.

PERFIL DE UNA CONSULTA DE NEUMOLOGÍA DE ASISTENCIA PRIMARIA

Con el objetivo de conocer las características de los pacientes que son visitados en una consulta de neumología de asistencia primaria se han tabulado los diagnósticos provisionales o definitivos de los pacientes visitados en un centro de asistencia primaria (CAP) II en el período febrero-agosto 1989. También se han tabulado las exploraciones complementarias a las que han sido sometidos estos enfermos. Los diagnósticos más frecuentes han sido los de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (25,9 %) y asma bronquial (17,1 %). Las exploraciones más realizadas han sido la radiografía de tórax (21,9 %) y la espirometría (11,8 %). En la consulta de neumología del CAP II es necesario potenciar especialmente el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva.

Ann Med (Barc) 1991; 77:7-9.

Introducció

La necessitat de conèixer les característiques assistencials d'una consulta de pneumologia d'àrea sanitària ubicada en un centre d'assistència primària (CAP) II ens ha portat a fer una valoració del tipus de malalts que són remesos a un pneumòleg des d'un CAP I, i les exploracions que requereixen aquests malalts, durant un període de 7 mesos, que inclouen mesos d'estiu i d'hivern.

El volum assistencial d'una consulta ambulatoria de pneumologia de CAP II és un fet ben conegut, però que ha estat poc estudiat fins a l'actualitat, per la dificultat de tabulació i manipulació clínica que implica la coexistència històrica de les especialitats de pneumologia i cardiologia en una sola consulta. Un estudi efectuat al País Valencià va precisar l'any 1987 que la demanda d'assistència pneumològica ambulatoria generava 4,03 consultes al pneumòleg/setmana/1.000 habitants en la població adulta¹.

S'han volgut conèixer els diagnòstics dels pacients que eren remesos a la consulta de pneumologia d'un CAP II, i les exploracions complementàries a què eren sot-

mesos. Aquestes dades facilitaran la planificació de l'especialitat de pneumologia a Catalunya en cada àrea sanitària.

Material i mètodes

En el període febrer-agost de 1989 s'han tabulat tots els diagnòstics, provisionals o definitius, dels pacients que han estat visitats en una consulta de pneumologia de CAP II de l'Àrea de Gestió Barcelonès Nord i Maresme. Han estat tabulats els diagnòstics de cada una de les visites en el període esmentat, independentment del nombre de vegades que cada malalt era visitat. Les consultes administratives (renovació de baixes laborals, etc.) i les consultes per renovació de medicació en tractaments crònics no s'han tabulat quan no han estat programades per la unitat de programació del centre d'assistència primària (CAP).

Els diagnòstics s'han agrupat en diversos grups nosològics (taula I). Com a malaltia pulmonar obstructiva crònica s'han considerat també els pacients amb diagnòstic de bronquièctasi, bronquitis crònica i emfisema pulmonar. Les consultes de cirurgia toràcica han estat de pacients en què el diagnòstic requeria un tractament quirúrgic (pneumotòrax, etc.), o bé consultes de seguiment del malalt postquirúrgic estable o en baixa laboral. Les consultes relacionades amb l'epidemiologia de la tuberculosi han estat de control de contactes de malalts tuberculosos i d'indicació i seguiment de la quimioprofilaxi amb isoniàcida. Les consultes per alteracions radiològiques habitualment s'han produït pel dubte del metge de capçalera en la valoració d'una radiografia de tórax. Les consultes amb diagnòstic de tuberculosi o de neoplàsia bronquial s'han comptabilitzat en el grup d'altres diagnòstics, ja que el seu nombre

Correspondència: Dr. E. Monsó i Molas.
Servei de Pneumologia.
Hospital Germans Trias i Pujol.
Apartat Correus 72. 08916 Badalona.

TAULA I
Diagnòstics dels pacients visitats a la consulta de pneumologia del CAP II

Diagnòstics	Nombre de pacients	%
Malaltia pulmonar obstructiva crònica	701	25,9
Asma bronquial	461	17,1
Pre-operatori	313	11,6
Bronquitis aguda	221	8,2
Tos de més d'un mes de durada	192	7,1
Hemoptisi	91	3,4
Dolor toràcic	86	3,2
Dispnea	75	2,8
Malaltia pulmonar intersticial	46	1,7
Pneumònia	41	1,5
Alteracions radiològiques	40	1,5
Epidemiologia de la tuberculosi	39	1,4
Nòdul pulmonar	36	1,3
Malaltia pleural	19	0,7
Cirurgia toràcica	17	0,6
Síndrome d'apnees del son	16	0,6
Altres diagnòstics	12	0,4
Administrativa	98	3,6
Improcedent	197	7,4
Total visites	2.701	100,0

TAULA II
Exploracions complementàries sol·licitades

Exploració	Nombre	%*
Radiografia de tòrax	591	21,9
Espirometria	320	11,8
Electrocardiograma	156	5,8
Hemograma	145	5,4
IgE	127	4,7
Consulta altra unitat	64	2,4
Hospital de referència	51	1,7
Teofilinèmia	50	1,8
Bacil·loscòpia	45	1,7
PPD	31	1,1
Broncoscòpia	22	0,8
Gasometria arterial	12	0,4
Bioquímica	9	0,3
Altres	7	0,3
Total	1.630	-

*Percentatge per nombre total de malalts visitats a la consulta.

era molt escàs. Aquests malalts habitualment es controlen en consultes externes hospitalàries.

A més dels diagnòstics també s'han tabulat les diverses exploracions complementàries que s'han sol·licitat des de la consulta de pneumologia del CAP II en el període indicat. Per a les bacil·loscòpies s'ha realitzat tinció per bacils àcid-alcohol resistents i cultiu en medi de Lowenstein. S'han considerat consultes les sol·licituds de visita a altres unitats del CAP des de la consulta de pneumologia. S'han tabulat com a hospital de referència les consultes remeses a l'hospital de tercer nivell d'Àrea, per consulta programada, ingrés hospitalari o assistència a l'àrea d'urgències.

Resultats

Les dades referents als diagnòstics dels malalts visitats a la consulta de pneumologia del CAP II són reflectides a la taula I. Les exploracions complementàries sol·licitades des del CAP II es mostren a la taula II.

La dada més destacable és l'elevada proporció de pacients controlats amb malaltia pulmonar obstructiva

(malaltia pulmonar obstructiva crònica i asma bronquial) (43,0 % del total de pacients visitats). La importància del seu volum fa necessari efectuar modificacions en la logística de la consulta destinades a millorar l'assistència sanitària d'aquests pacients. En aquest sentit, el paper de l'espirometria és molt important, ja que és una eina de diagnòstic i de valoració de l'eficàcia terapèutica dels fàrmacs broncodilatadors. La utilitat d'aquesta exploració complementària en un CAP II es reafirma en la comprovació que és la segona exploració més realitzada (en l'11,8 % dels pacients s'ha fet una espirometria), després de la radiografia de tòrax. La importància numèrica de la malaltia pulmonar obstructiva en una consulta de pneumologia de CAP II justifica àmpliament la introducció de l'educació sanitària en l'àmbit de la consulta de pneumologia, donat que tots els pacients que requereixen tractament amb broncodilatadors han d'ésser instruïts detalladament sobre la seva utilització, i han d'ésser informats de les mesures higièniques bàsiques per a la correcta evolució de la seva malaltia. Pot realitzar aquest tipus d'educació una infermera vinculada a la consulta.

El nombre de pacients visitats amb tos de més d'un mes de durada és elevat (7,1 %). Aquesta dada és important, ja que aquest grup de malalts requereix un estudi diagnòstic força laboriós, destinat fonamentalment a descartar l'existència d'asma bronquial o de malaltia endobronquial. Aquest tipus d'estudi la majoria de les vegades s'haurà de fer amb la col·laboració entre la consulta de pneumologia del CAP II i el servei de pneumologia de l'hospital de referència, que realitzarà les exploracions no assequibles al CAP II.

És elevat el nombre de pacients visitats amb bronquitis aguda (8,2 %). Aquests pacients no requeririen ésser atesos en una consulta especialitzada, i per tant és necessari millorar els coneixements dels metges de capçalera per possibilitar el control d'aquests malalts en el CAP I. En aquest sentit, també resulta preocupant l'observació que un nombre important de consultes realitzades des del CAP I són improcedents (7,4 %); el motiu de la improcedència la majoria d'ocasions ha estat que el pacient no era remès a l'especialista adequat per a la seva malaltia, o no requeria l'assistència d'un especialista.

Discussió

La informació obtinguda fa evident que una consulta de pneumologia de CAP II necessàriament ha de presentar una forta polarització cap al diagnòstic i al tractament de la malaltia pulmonar obstructiva. Aquesta observació no és sorprenent si es considera l'elevada prevalença de malaltia pulmonar obstructiva en la comunitat. Un treball epidemiològic recent efectuat a la Gran Bretanya va mostrar que la prevalença d'asma bronquial en la comunitat és del 4,7 % en homes i del 3,3 % en dones, i que la prevalença de bronquitis crònica és del 16,1 % en homes i del 7,1 % en dones². Les característiques funcionals del grup d'asmàtics i del grup amb diagnòstic de bronquitis crònica es van mostrar similars en aquest estudi, tant en grau d'obstrucció com en la reversibilitat, fet que justificava la seva manipulació com un únic grup³. Les dades obtingudes en l'estudi del Barcelonès Nord i el Maresme, conjuntament amb els estudis epidemiològics previs de la Gran

Bretanya, suggereixen la necessitat de potenciar el control del pacient amb malaltia pulmonar obstructiva al CAP II, amb seguiment funcional per mesuradors portàtils del flux màxim (*peak flow meter*)⁴ i espirometre⁵. Això és especialment important si es considera que diversos estudis han evidenciat que el nivell de detecció dels malalts amb malaltia pulmonar obstructiva que poden beneficiar-se del tractament broncodilatador en els CAP I és molt baix^{3,5}.

Els pacients amb tos de més d'un mes de durada han d'ésser estudiats per detectar alteracions al funcionalisme respiratori o malaltia endobronquial. En moltes ocasions el diagnòstic d'aquests pacients és asma bronquial, que pot confirmar-se fàcilment amb la realització d'una espirometria. De vegades, però, l'espirometria basal resulta normal, i és necessari realitzar proves funcionals específiques destinades a detectar la presència d'hiperreactivitat bronquial (prova de la metacolina, etc.)⁶⁻⁸. En altres casos pot ésser necessària la realització d'una broncofibroscòpia. La col·laboració entre el CAP II i l'hospital de referència per a la correcta manipulació d'aquests casos és necessària.

El nombre de malalts visitats amb bronquitis aguda és molt elevat. Aquests pacients han estat tabulats com a bronquitis aguda o com a malaltia pulmonar obstructiva crònica si la infecció es superposava a aquesta malaltia de base i cursava amb agudització dispneica. Cal fixar protocols de tractament de la infecció respiratòria inespecífica de la via respiratòria alta en cada àrea sanitària, per tal que augmenti l'eficàcia terapèutica i s'evitin els tractaments innecessaris. La major part d'aquests tractaments s'haurien d'indicar al CAP I, amb assessorament del pneumòleg consultor^{9,10}.

La xifra de pacients diagnosticats de pneumònia és baixa (1,5 % del total). Aquest resultat no és sorprenent si es considera que els pacients amb pneumònia la majoria de vegades són diagnosticats en un servei d'urgències hospitalari o d'àrea, on s'indica el tractament. Els pacients que no requereixen ingrés són posteriorment controlats a la consulta de pneumologia del CAP II o al mateix CAP I¹¹.

Cal destacar que les dades obtingudes permeten estimar que amb millores en l'assistència pneumològica del CAP I el volum assistencial de la consulta de pneumologia del CAP II es reduiria en un 15,6 % (visites amb diagnòstic de bronquitis aguda o imprecisió). Aquest alleugeriment assistencial possibilitaria que una part dels pacients que són remesos a l'hospital de referència (1,7 %) fossin diagnosticats i tractats als CAP II, amb la millora estructural que això implica.

Les dades obtingudes permeten concloure que la consulta de pneumologia en un CAP II necessàriament ha d'estar fortament polaritzada cap al tractament de la malaltia pulmonar obstructiva. La vinculació regular amb un hospital de referència facilitarà la realització de les exploracions complementàries d'indicació freqüent no realitzables al CAP (estudi del pacient amb tos de més d'un mes de durada, hemoptisi, etc.). També es mostra molt necessari millorar el maneig del pacient amb infecció inespecífica de la via respiratòria alta en l'assistència primària.

Resum

Amb l'objectiu de conèixer les característiques dels pacients que són visitats en una consulta de pneumologia d'assistència primària, s'han tabulat els diagnòstics provisionals o definitius dels malalts visitats en un centre d'assistència primària (CAP) II en el període febrer-agost de 1989. També s'han tabulat les exploracions complementàries a què han estat sotmesos aquests malalts. Els diagnòstics més freqüents han estat els de malaltia pulmonar obstructiva crònica (25,9 %) i asma bronquial (17,1 %). Les exploracions més realitzades han estat la radiografia de tòrax (21,9 %) i l'espirometria (11,8 %). En la consulta de pneumologia del CAP II és necessari potenciar especialment el diagnòstic i el tractament de la malaltia pulmonar obstructiva.

BIBLIOGRAFIA

1. Almenar Roig FD, Martí Vial JF, Sanjuan L, Martínez MJ, Gracia C, Andrés J. Utilización de los servicios de salud en la Seguridad Social: la especialidad de pulmón y corazón en la comunidad autónoma valenciana. Arch Bronconeumol (Barc) 1987; 23:20-26.
2. Littlejohns P, Ebrahim S, Anderson R. Treatment of adult asthma: is the diagnosis relevant? Thorax 1989; 44:797-802.
3. Littlejohns P, Ebrahim S, Anderson R. Prevalence and diagnosis of chronic respiratory symptoms in adults. Br J Med 1989; 298:1.556-1.560.
4. Beasley R, Cushley M, Holgate ST. A self management plan in the treatment of adult asthma. Thorax 1989; 44:200-204.
5. Kinnear W, Dennis P, Revell J, Wyatt J, McFarlane J. Prospective study of the value of direct general practitioner referral for spirometry and reversibility studies. Thorax 1989; 44:355-356.
6. Kanner RE. The relationship between airways responsiveness and chronic airflow limitation. Chest 1984; 86:54-57.
7. Weiss ST. Atopy and airways responsiveness in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med 1987; 317:1.345-1.347.
8. Iversen M, Dahl R, Jensen EJ, Korsgaard J, Hallas T. Lung function and bronchial reactivity in farmers. Thorax 1989; 44:645-649.
9. Nicotra MB, Rivera M, Awe RJ. Antibiotic therapy of acute exacerbations of chronic bronchitis. Ann Int Med 1982; 97:18-21.
10. Anthonisen NR, Manfreda J, Warren CPW, Hersfield ES, Harding GKM, Nelson NA. Antibiotic therapy in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Ann Int Med 1987; 106:196-204.
11. Monsó E, Puente M. Infecciones del tracto respiratorio bajo. A: Guarga A, ed. Enfermedades infecciosas. Barcelona, Doyma SA, 1990; 29-41.