

Razones para el enfoque práctico de la salud pulmonar

Reasons for the practical approach of lung health

Yolanda Torres Delis^I; Luisa Armas Pérez^{II}; Edilberto González Ochoa^{III}

^I Especialista de II Grado en Neumología. Profesora Auxiliar. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí". La Habana, Cuba.

^{II} Especialista de II Grado en Neumología. Profesora Auxiliar y Consultante. Investigadora Auxiliar. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí". La Habana, Cuba.

^{III} Especialista de II Grado en Epidemiología. Profesor Titular y Consultante. Investigador de Mérito. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí". La Habana, Cuba.

RESUMEN

El enfoque práctico de la salud pulmonar (*Practical Approach to Lung Health*), conocido como Atención Integral a la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, es un abordaje sindrómico integral para mejorar la atención de salud en un grupo con estas afecciones respiratorias (tuberculosis, neumonía, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica) y elevar la satisfacción de los usuarios. Se esclarecen los elementos de su propósito, contenidos e implementación de sus guías de prácticas clínicas óptimas para la atención primaria de salud en el contexto cubano.

Palabras clave: Tuberculosis y enfermedades respiratorias, salud pulmonar, guías de prácticas clínicas.

ABSTRACT

The practical angle to the lung health, known as Integral Care for the tuberculosis and Respiratory Diseases, is an integral syndromic approach to improve the health care in a group of persons presenting with these respiratory affections (tuberculosis, pneumonia, asthma, chronic obstructive pulmonary disease) and to increase the user's satisfaction. The elements of its objective, contents and implementation of its guides of optimal clinical practices to the primary health care in the Cuban context.

Key words: Tuberculosis and respiratory diseases, lung health, guides of clinical practices.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades respiratorias agudas y crónicas constituyen, en su conjunto, importantes causas de morbilidad, mortalidad, discapacidad y búsqueda de atención médica en todos los países del mundo, independientemente del nivel de desarrollo. Sus efectos letales son particularmente grandes en las poblaciones desfavorecidas de los países subdesarrollados, influenciados por factores como el crecimiento poblacional y la urbanización desordenados y deficientes, las crisis financieras y económicas, la industrialización creciente, la crisis ambiental por aumento de la contaminación intra y extra domiciliaria, el aumento del tabaquismo y la epidemia de VIH/SIDA.

Las estimaciones de las muertes por enfermedades respiratorias para el año 2002, en el mundo, señalan la ocurrencia de 11 372 000 defunciones (183,0 por 100 000 habitantes), lo que representa 20 % del total de todas las causas de enfermedades. Dentro de las enfermedades que ocasionan una carga social importante se encuentran la tuberculosis, las infecciones respiratorias agudas (influenza y neumonía), el asma bronquial y las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC).¹⁻³

Existe consenso universal de que para que se aborden e influyan favorablemente de forma efectiva y eficiente las políticas y estrategias sanitarias sobre estos problemas, es necesario fortalecer la práctica del personal de salud en los servicios del primer nivel de atención (APS).¹⁻³ No es posible abordar una solución masiva, accesiblemente equitativa, desde una gestión vertical o fragmentada, con enfoques particulares y programas para cada una de estas enfermedades, por lo que se requiere transitar por su atención conjunta integral. Un ejemplo de esto es el Programa Integral de Atención a la Familia, para el primer nivel de atención de salud cubano.⁴ Un reclamo del personal que trabaja en este nivel de prestación ha sido la integración del gran conjunto de programas de salud, orientados, controlados y evaluados por diferentes grupos de especialidades, en un único programa integrado con prácticas troncales básicas y acciones diferenciadas adicionales.^{4,5}

Igualmente había sido planteado este dilema para enfocar la vigilancia epidemiológica en el primer nivel de atención de salud. Se consideró vital la aplicación de enfoques sindrómicos y procesos científicamente óptimos con procedimientos simplificados.⁶

ATENCIÓN INTEGRAL A LA TUBERCULOSIS Y A LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Como respuesta mundial a tales reclamos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado y promovido una estrategia conocida como *Practical Approach to Lung Health* (PAL),¹⁻³ que puede traducirse al idioma español como Enfoque Práctico de Salud Pulmonar, pero en la reunión sobre PAL efectuada en San José, Costa Rica, los días 4 al 6 de diciembre de 2006 (con la presencia de delegados de Cuba) se acordó

denominarla "Atención Integral a la tuberculosis y a las enfermedades respiratorias" (AITER).

PAL/AITER es una aproximación o enfoque sindrómico para el manejo de los pacientes ≥ 5 años de edad que acuden a los servicios de atención primaria de salud por sufrir de síntomas respiratorios.¹⁻³ Está dirigida hacia el personal de salud de esos servicios (médicos, enfermeras, directivos y otros técnicos) en los centros e instituciones que ejecutan exitosamente el programa de control de la TB (PCT) en países de bajos y medios ingresos.

¿POR QUÉ ES ÚTIL PAL/AITER?

Algo más de un tercio de las personas ≥ 5 años de edad que acuden a los servicios de APS lo hacen por presentar síntomas respiratorios, y alrededor del 65 % de estos enfermos se les prescribe algún antibiótico.¹ Dentro de esas consultantes a los servicios de salud deberán detectarse los casos de tuberculosis pulmonar (TBp), pero la gran mayoría de las personas investigadas no padecen esta enfermedad, sino que presentan otras afecciones respiratorias, tales como la neumonía, el asma y otras, que también requieren y necesitan ser atendidas con calidad para prevenir complicaciones y muertes. En muchos países existen las guías de prácticas para la atención de los niños $<$ de 5 años, no así para este grupo de enfermedades en las personas de ≥ 5 años.

PAL/AITER Y DOTS/TAES

Existe una estrecha vinculación entre estos componentes del Plan Mundial y Regional "ALTO A LA TB".¹⁻³ PAL/AITER contribuye a mejorar el proceso de detección de casos de TB para el Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES/DOTS). PAL/AITER tiene como propósito el mejoramiento del diagnóstico de la TB y también el de mejorar la calidad de la prestación de los servicios de salud. De esta manera los objetivos de PAL /AITER son los siguientes: 1) Mejorar la atención a las personas con afecciones respiratorias y 2) Mejorar la eficiencia y el costo-efectividad de los cuidados respiratorios dentro de los servicios de salud.¹

Como componentes de PAL/AITER se plantean: a) la estandarización de la prestación de los servicios mediante guías de prácticas clínicas para la atención de las enfermedades respiratorias; b) la coordinación entre los diferentes niveles de la atención de salud, así como entre el PCT y el resto de los programas y los servicios de salud y c) poner énfasis en las cuatro principales enfermedades respiratorias en las personas de 5 años y más de edad en el diagnóstico y manejo acertado de la tuberculosis, infecciones respiratorias agudas (con prioridad en la neumonía), asma y las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas.

ADAPTACIÓN PARA IMPLEMENTAR PAL/AITER

Teniendo en cuenta que usualmente muchos países, entre ellos Cuba, ya vienen desarrollando distintos programas para estas enfermedades, son necesarios ciertos cambios de enfoques y actitudes.

Para la adaptación para la introducción e implementación de PAL/AITER se requiere de un buen análisis del sistema de salud (SNS) en el contexto nacional. Deben

tenerse en cuenta las diferencias de la situación epidemiológica, el tamaño y la estructura de la población, el nivel de desarrollo económico-social y los recursos disponibles en cada nivel de atención de salud.

Debe tenderse a asegurar y empoderar sostenidamente al personal médico con los recursos y enfoques para controlar y eliminar la TB, mediante un incremento mantenido de la calidad de la prestación de los servicios. Siempre será juicioso y necesario utilizar al máximo los sistemas generales de registros, notificación de atenciones y de suministros previamente establecidos, y evitar transformaciones drásticas alejadas de las realidades de los servicios ya organizados.

POSIBLES EFECTOS DE PAL/AITER EN LOS SERVICIOS DE SALUD

- a) Mejoramiento de la planificación y manejo de los recursos.
- b) Direccionalización del resto de la carga de enfermedades respiratorias mediante la provisión de paquetes esenciales de prestación de servicios de salud.
- c) Mejoramiento de los sistemas de información en salud.
- d) Mejoría del proceso sistemático de referencia de los pacientes, en general, y de TB en particular.
- e) Fortalecimiento de los servicios de APS para atender la demanda incrementada de pacientes con síntomas respiratorios.
- f) Reducción de la prescripción de medicamento en general y de antibióticos en particular.
- g) Fortalecimiento de la competencia y el desempeño del personal de salud.
- h) Fortalecimiento de la confianza de la población en los servicios de APS.

Los requerimientos para la introducción del PAL/AITER son:

- Compromiso político para adoptar y desarrollar esta estrategia.
- Valoración de las condiciones existentes para adoptar la estrategia PAL/AITER.
- Formulación de una agenda para adoptar, desarrollar e implementar la estrategia PAL/AITER.
- Establecimiento de un grupo Nacional/Regional para PAL/AITER.
- Adaptación y desarrollo de guías de PAL/AITER nacionales.
- Encuestas de línea de base sobre manejo de la atención de salud a las enfermedades respiratorias; prueba del material para entrenamiento; implementación de PAL/AITER en forma de pilotaje y el estudio de su impacto.

REVISIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE PAL/AITER HASTA EL MOMENTO

- Elaboración de un plan para la expansión de PAL/AITER.
- Adopción y apoyo del plan de expansión de PAL/AITER por las autoridades nacionales de salud. Se debe valorar en cuanto se ajustan los procesos de la intervención (PAL/AITER) implementados en los servicios de salud en el contexto nacional a lo que originalmente idearon y plantearon los que dirigirán y orientarán esta estrategia.

Esto quedaría definido y delimitado mediante elementos esenciales de la adherencia del personal al PAL/AITER, la frecuencia referida a la cantidad de actividades realizadas sobre los participantes, la calidad de la prestación de los servicios, la responsabilidad de la participación y las diferencias programáticas. Estos elementos deben ser valorados durante el estudio piloto y más tarde durante el escalado. Aquí tendrá cabida la investigación operacional de evaluación de programas y servicios.⁷⁻⁹

¿CÓMO ACTUAR EN EL CONTEXTO CUBANO?

En el contexto cubano puede decirse que la mayoría de los municipios del país notifican tasas de incidencia de TB <10 por 100 000 habitantes. Se necesita realizar entre 250 y 350 primeras baciloscopías (examen directo) de los esputos para hallar una muestra positiva. Estos elementos convierten a la TB en una enfermedad muy poco frecuente entre nuestra población. Esta se identifica en grupos que viven en centros de internamiento prolongado, contactos de enfermos de TB contagiosos, personas que viven con VIH, adultos mayores de 65 años de edad y personas con conducta social deficitaria (alcohólicos, personas sin amparo filial). Las enfermedades respiratorias se presentan con síntomas y signos tales como tos, expectoración, disnea, hemoptisis y dolor torácico usualmente combinados entre sí o con síntomas y signos generales como fiebre, pérdida de pesos y astenia. Más del 90 % de los casos nuevos de TB pulmonar perciben a la tos húmeda persistente como un signo relevante molesto importante y la mayoría de ellos buscan atención en algún servicio de salud. Sin embargo, la probabilidad de que una baciloscopía al buscar bacilos ácido - alcohol resistentes (BAAR) sea positiva estaría entre 0,0035 a 0,0001, es decir, tiende al valor nulo. Por consiguiente, el 99,9 % de estas personas con un síndrome de tos persistente (también llamada crónica), que se queja además de otros síntomas como sibilancias, tiraje o dolor torácico, necesitan atención médica cuidadosa para proteger su salud en forma inmediata. Estos pacientes requieren que se complete su diagnóstico, o alguna sesión de tratamiento oportuno, en el caso de que ya tengan el diagnóstico de certeza de una enfermedad pulmonar obstructiva crónica o asma (anexo).

En esa dirección transita PAL/AITER como estrategia para mantener alerta al personal de salud, para pensar y actuar siempre en función de investigar y descartar la TB, sin descuidar el diagnóstico y manejo de otras enfermedades respiratorias. La visión sindrómica contribuye a mejorar la calidad integral de la atención en salud, de modo que las Guías de Prácticas Clínicas son portadoras de los criterios e instrumentos estandarizados que hacen posible cumplir la misión. Las guías elaboradas para uso del personal de los servicios de APS cubanos se han confeccionado utilizando evidencias clínicas aportadas en documentos científicos de organismos y agencias internacionales, por grupos multidisciplinarios, con enfoque sistemático estructurado.¹¹ No se trata de normas nacionales, ni de protocolos rígidos o

estandarizados para un proyecto de investigación; se trata de instrumentos para elevar la eficiencia de los servicios y la satisfacción de los usuarios.

Anexo. Mortalidad y años de vida potencial perdidos. Enfermedades del PAL/AITER 2005-2007

Causas	Defunciones			Tasas por 10 ⁵ habitantes			AVPP por 1 000		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Influenza y Neumonía (J09-J18).	7 248	6 157	5 478	64,4	54,6	51,1	2,2	1,8	5,8
Enfermedades Crónicas de vías respiratorias inferiores (40-47).	30 004	2 741	3 54	26,7	24,3	28,2	1,7	1,5	0,7
Tuberculosis (A15-A19).	38	32	25	0,3	0,3	0,2	-	-	0,0

AVPP: Años de vida potencial perdidos.

Fuente: Anuarios Estadísticos de Salud. Dirección Nacional de Revistas Médicas y Estadísticas de Salud. MINSAP. La Habana; 2005,2006 y 2007.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PAL. Practical Approach to lung Health. Manual on initiating PAL implementation. Geneva: WHO/HTM/TB/2008.410. WHO/NMH/CHP/CPM/08.02. WHO; 2008.
2. Plan Mundial "Alto a la Tuberculosis", 2006-2015. Actuar para salvar vida. Ginebra: Alianza "Alto a la Tuberculosis". OMS; 2006.
3. Plan Regional de Tuberculosis 2006-2015. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2006.
4. Programa Integral de Atención a la familia. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2004.
5. Resolución Ministerial No. 135. Reglamento general de policlínico. La Habana: 2008.
6. Practical Approach to Lung Health (PAL). Information Resource Centre Communicable Diseases. World Health Organization; 2008.
7. González Ochoa E. Sistema de vigilancia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1987.
8. Carrol C, Patterson M, Wood S. A conceptual framework for implementation fidelity. Implementation Science. 2007; 2: 40.

9. Grodos D, Mercenier P. Health Services Research: a clearer methodology, CTG Press Studies in Health Services Organization ES. Policy 15, 2000.

10. Anuario Estadístico de Salud 2005, 2006 y 2007. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2006-2008.

11. Guías de Prácticas Clínicas: Una orientación para su desarrollo, implementación y evaluación. Instituto Mexicano del Seguro Social. México DF: Fascículo de Apoyo a la Gestión; 2004. p.1-44.

Recibido: 20 de octubre de 2010.

Aprobado: 15 de diciembre de 2010.

MSc. *Yolanda Torres Delis*. Centro Nacional de Rehabilitación "Julio Díaz". La Habana, Cuba. Correo electrónico: ytorres@infomed.sld.cu