

Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud en las Comunidades Autónomas

Resumen primeras jornadas de seguimiento

Illes Balears, 27 y 28 de septiembre de 2012



I JORNADAS DE SEGUIMIENTO DE LA ESTRATEGIA EN EPOC DEL SNS EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

ÍNDICE

EPOC, construyendo puentes	5 pag
La cuarta causa de muerte en el mundo	6 pag
Hoja de ruta	8 pag
Valencia	11 pag
Baleares	13 pag
Prevención y diagnóstico precoz	16 pag
Historia electrónica	21 pag
Cronicidad	24 pag
Agudizaciones	27 pag
Rehabilitación respiratoria	29 pag
Conclusiones y propuestas	32 pag

EPOC, construyendo puentes

Especialistas y gestores de salud debaten en Mallorca la necesidad de que la Estrategia en EPOC del SNS se implemente de forma homogénea en todo el territorio estatal. Baleares y Valencia, ejemplos a seguir.

Medio centenar de médicos especialistas en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y gestores sanitarios tanto de la administración central como de las administraciones autonómicas departieron los días 28 y 29 de septiembre, en el salón de actos del Hospital Universitario Son Espases de Palma de Mallorca, el grado de implantación de la Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud (SNS) elaborada en el 2009. El encuentro lo propició la convocatoria de las I Jornadas de Seguimiento de la Estrategia EPOC del SNS organizadas por la Consejería de Salud, Familia y Bienestar Social de las Islas Baleares con el auspicio de Boehringer Ingelheim.

La cuarta causa de muerte en el mundo

Borja G. Cosío, coordinador de la Estrategia EPOC en las Islas Baleares, dio la bienvenida a los asistentes, recordando que los objetivos de las jornadas eran: revisar el desarrollo global de la estrategia en EPOC del SNS y su implementación en las diferentes comunidades autónomas, mostrar los planes y estrategias que han funcionado bien en algunas comunidades para que puedan ser adoptados por otras en las que la implementación de la Estrategia se encuentra aún en fase inicial, crear un foro de discusión con los órganos de decisión sanitarios de las comunidades autónomas para intercambiar iniciativas y formalizar colaboraciones, discutir áreas de mejora y proponer medidas conjuntas.

Julián Righetti, director médico de Boehringer Ingelheim, dio a conocer la "clara determinación" de este laboratorio a la hora de promocionar la Estrategia en EPOC del SNS, conjuntamente con su apoyo científico a otras áreas de la salud respiratoria como el asma o la fibrosis pulmonar idiopática, "impulsando estudios clínicos con resultados alentadores".

A continuación, Juan Sanz, director gerente del Hospital Universitario Son Espases, actuó de anfitrión de las jornadas y deseó a los reunidos unas prósperas sesiones de trabajo. María Mercedes Vinuesa, directora general de Salud Pública, Calidad e Innovación del Ministerio de Sanidad, Servicios

Sociales e Igualdad, hizo hincapié en que la EPOC es actualmente la cuarta causa de muerte en el mundo, "y la OMS estima que para el 2030 habrá pasado a ser ya la tercera, detrás del cáncer y las enfermedades cardiovasculares". Para Vinuesa, se trata de "la enfermedad crónica por excelencia, todavía muy infravalorada entre los profesionales de la salud". La representante del Ministerio animó a los asistentes a consensuar estrategias que incrementen la cohesión del sistema, velando por la equidad en el abordaje de los pacientes y procurando una atención de calidad. No ocultó tampoco que la EPOC ostenta un coste diagnóstico y terapéutico muy elevado, y animó a forjar un plan "que recoja la evidencia científica en todas las comunidades autónomas y profundice, no sólo en el diagnóstico y el tratamiento, sino también en la prevención. La directora general terminó alabando el papel de las guías de práctica clínica, "herramienta fundamental y alma mater de toda estrategia en Medicina".

Por último, Antonio Mesquida, consejero de Salud, Familia y Bienestar Social del Gobierno de las Islas Baleares, dio por inauguradas las jornadas.



Borja G. Cosío



Julián Righetti



Juan Sanz



María Mercedes Vinuesa



Antonio Mesquida

Hoja de ruta



José Rodríguez Escobar

Moderada por José Rodríguez Escobar, jefe de servicio de la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la primera ponencia de las jornadas corrió a cargo de Julio Ancochea Bermúdez, coordinador nacional de la Estrategia en EPOC del SNS.

Ancochea recordó que la Estrategia nació en el 2009 y a partir de una reunión del Consejo Interterritorial celebrado en Mérida el 3 de junio de aquel año. “Constaba de siete objetivos generales (reducir la incidencia de EPOC, aumentar el diagnóstico precoz, reducir la morbi-mortalidad de los pacientes, uniformar el tratamiento

óptimo de las exacerbaciones, proporcionar a pacientes y sus familiares una atención integral en las etapas avanzadas de la enfermedad, potenciar la formación de los profesionales y promocionar una investigación de calidad) y 35 específicas.”

El título de la ponencia de Ancochea –“De dónde venimos y hacia dónde vamos” – no albergaba dudas sobre la



Julio Ancochea Bermúdez

intencionalidad didáctica del ponente. El coordinador recordó que la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud establece en su artículo 64 la necesidad de diseñar “planes integrales de salud sobre las patologías más prevalentes, relevantes o que supongan una especial carga socio-familiar...” o, en otras palabras, estrategias. De hecho, en los últimos seis años, recordó Ancochea, el SNS ha diseñado estrategias en cáncer, cardiopatía isquémica, diabetes, salud mental, cuidados paliativos, ictus, enfermedades raras, enfermedades crónicas en general y EPOC en particular.

El ponente definió las estrategias como “instrumentos para que todos los ciudadanos tengan acceso en las mismas condiciones a las actuaciones, procedimientos y asistencia que hayan demostrado su efectividad y que exista consenso sobre su eficacia, para la mejora de la salud y de la calidad de vida”. Con ellas, siguió, se pretende alcanzar compromisos explícitos y evaluables entre el Ministerio, las sociedades científicas, las asociaciones de pacientes y las comunidades autónomas, “así como lograr un equilibrio

entre evidencia científica, expectativas ciudadanas y las competencias que, en materia de asistencia sanitaria y salud pública, tienen asignadas las comunidades autónomas”. En cuanto a metodología de las estrategias, Ancochea fijó cinco pilares: análisis de situación, definición de objetivos, implementación, evaluación y actualización.

La implementación de la Estrategia en EPOC del SNS en las comunidades autónomas se ha llevado a cabo en seis fases: sensibilización y difusión de contenidos, financiación de proyectos llevados a cabo por las propias comunidades autónomas, elaboración de guías de práctica clínica, establecimiento de un sistema de seguimiento de la estrategia, elaboración de planes de salud en EPOC a cargo de las comunidades y proyectos tanto de investigación como de formación de los profesionales. “Dentro de la primera fase, se presentó la Estrategia el junio del 2009 en Santander, coincidiendo con la celebración del XLII Congreso Nacional de la SEPAR; tres meses después siguió otra presentación en Madrid, en la sede del Ministerio; además, se crearon páginas en red y blogs para toda suerte de consultas ([8](http://blog/</p></div><div data-bbox=)

plandecalidadsns.es/ y <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/EPOC.htm>).

En cuanto al seguimiento de la Estrategia, el coordinador detalló la edición de un CD relativo a la presentación en Madrid, reuniones con la Agencia de Calidad y las sociedades científicas involucradas, puesta en marcha del estudio Audipoc Europa y recopilación de todos los avances llevados a cabo por las comunidades autónomas a partir de su implantación. Como documento marco en la elaboración de guías de práctica clínica por parte de las comunidades autónomas, Ancochea citó tres documentos: Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de la EPOC (2007), Atención integral al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): desde la atención primaria a la especializada (2010) y Guía de práctica clínica para el tratamiento de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica(2012). Habló asimismo de la constitución de un Comité de Seguimiento y Evaluación de la Estrategia, del consenso en torno a una propuesta de evaluación, de la recogida de información a partir

de indicadores, de una actualización de contenidos y de la elaboración de una nueva versión de la Estrategia.

A modo de recapitulación, Ancochea sentenció en tono crítico: “El pasado 20 de junio pudimos por fin presentar un informe, titulado Evaluación de la estrategia en EPOC del SNS, en el que se constataba una implementación significativa aunque insuficiente, con demasiada variabilidad entre unas comunidades y otras.”

Valencia

La presentación de resultados de la Estrategia en EPOC en la Comunidad Valenciana y en las Islas Baleares protagonizó el turno siguiente de ponencias, moderado por Eusebi Castaño, jefe del Servicio de Planificación Sanitaria de la Consejería de Salud, Familia y Bienestar Social de las Islas Baleares. Juan José Soler, responsable de la Estrategia en EPOC de la Comunidad Valenciana, presentó al respecto un plan que abarca del año 2010 al 2014, planteado en cuatro fases y que en su primer tramo, el de elaboración, incluía un análisis de situación de la EPOC en el contexto valenciano, la convocatoria de una serie de reuniones de trabajo con expertos y la redacción de un plan de actuación. “Fijadas las seis líneas estratégicas del plan (prevención y diagnóstico precoz, atención al paciente crónico, atención al paciente agudo, atención al paciente terminal, formación e investigación), creamos también una serie de indicadores de



Eusebi Castaño



Juan José Soler

evaluación para cada una de ellas; tales como las políticas autonómicas en materia de tabaquismo o promoción de la actividad física, los cuidados prestados por enfermería, las visitas de urgencia y las hospitalizaciones por EPOC o el uso de la espirometría.”

Superadas las dos primeras fases del plan valenciano (elaboración y puesta en marcha), Soler fijó la aten-

ción en la creación de una Comisión Coordinadora, el diseño y priorización de distintos proyectos orientados a cumplir con los objetivos del plan, la evaluación de tales proyectos en términos de coste/eficacia, diseño científico y transversalidad (multidisciplinarios). "Asimismo, la búsqueda de fuentes de financiación a través de convenios específicos con Boehringer Ingelheim, Pfizer, AstraZeneca, Novartis, Almirall, VitalAire, Takeda, GSK y Grifols."

Para justificar el feliz grado de implantación de la Estrategia en EPOC en su comunidad, el ponente se refirió a que, desde el estudio IBERPOC (1997) al EPISCAN (2007), las enfermedades diagnosticadas en el territorio de forma precoz habían aumentado un 5%, "debido, básicamente, a la disposición y uso de aparatos de espirometría en atención primaria y a los esfuerzos llevados a cabo tanto en formación como en divulgación de la EPOC". No contento aún con este resultado, Soler informó de la puesta en marcha de agendas de espirometría para atención primaria, monitorización de espirometrías, integración de la telemedicina en el sistema, un plan

de cribado para pacientes de riesgo elevado que superen los 40 años, otro de sensibilización para oficinas de farmacia (FarmaEPOC), campañas de sensibilización en los medios informativos, creación de una cohorte de pacientes (EPOCVal) seguidos del 2013 al 2020, implantación de una historia de salud electrónica (Abucasis) en este mismo periodo, la voluntad de "anidar" experiencias positivas llevadas a cabo en otras comunidades, mejorar la calidad asistencial (implantando estándares de calidad y poniendo en marcha proyectos como el VESALIO o el GesEPOC) y gestionando la cronicidad con eficiencia contrastada científicamente (Valcronic), planes de educación y de apoyo domiciliario de los pacientes agudos, detección de factores agudizadores.

Resumiendo, el ponente aseguró que el éxito de la implantación de la Estrategia en EPOC del SNS en territorio valenciano se debe a un cumplimiento exigente de las directrices formuladas en ella, al desarrollo de proyectos específicos basados en tales directrices y a la transversalidad de colaboraciones entre los distintos estamentos relacionados con la lucha contra la EPOC.

Baleares

Siguió Borja G. Cosío desglosando la estrategia balear de la EPOC que, junto con la valenciana, fueron propuestas por el coordinador como "principales ejemplos a seguir". ¿Por qué ese ímpetu particular en la EPOC por parte de los coordinadores estratégicos de salud pública? El especialista local se refirió a una encuesta realizada por SIGMA 2 en el 2008 y en la que se objetivó que el 88,8% de los españoles desconoce el significado de las siglas EPOC, que esta enfermedad afecta a un 10,2% de los adultos con edades comprendidas entre los 40 y 80 años, que en el 2003 fue responsable de un 5% de todas las muertes, que en el 2005 causó un 6,5% de todas



Borja G. Cosío

las hospitalizaciones, que absorbe un 0,2% del PIB y que hasta un 70% de los afectados escapa al diagnóstico. "Concretamente en nuestro ámbito autonómico, un 37,1% de la población entre 15 y 64 años se confiesa empedernidamente fumadora, se calcula que la EPOC causa 24,13 muertes por cada 100.000 habitantes; en el 2007 fue responsable de 245 defunciones y, en el 2009, causó 1.644 ingresos

hospitalarios con una tasa de reingreso del 15,7% y 60.044 nuevos diagnósticos en atención primaria.”

La estrategia en EPOC de las Islas Baleares se fundó el 24 de marzo del 2011 y, en poco más de un año, ha hecho los deberes como dan fe la creación de un plan autonómico sobre tabaquismo, la implantación de talleres de espirometría en los centros de atención primaria, el programa ADER de atención domiciliaria a los pacientes, la realización de la consulta UMEPOC, el RESC (programa de continuidad asistencial para enfermos respiratorios crónicos avanzados, el estudio Bunyolaham sobre historia natural de la enfermedad, las auditorías clínicas AUDIEPOC y Vesalio y la creación de un grupo de estudio balear en EPOC. Pese al trabajo realizado en poco tiempo, Cosío admitió que son todavía bastantes los problemas identificados a día de hoy: “Pocos pacientes optan aún por las terapias clínicas para dejar de fumar, se hace necesario implementar las espirometrías de calidad en atención primaria, las guías de práctica clínica todavía no se aplican al pie de la letra en pacientes crónicos o con exacerbaciones, hay dema-

siados enfermos multi-ingresadores o frágiles, se requiere una mejor comunicación entre la atención especializada y la primaria y se requiere un mayor esfuerzo tanto en la formación como en la rehabilitación y el cuidado de los enfermos terminales.”

Las cuatro líneas estratégicas que se ha fijado la coordinación balear de la Estrategia en EPOC son, según Cosío: prevención y detección precoz, atención al paciente crónico y con exacerbaciones, atención al paciente con EPOC avanzada y en cuidados paliativos y promoción de investigaciones y formación. “En esta línea de trabajo, nos hemos propuesto promover un nuevo plan balear de tabaquismo del 2011 al 2014, homologar un modelo único de deshabitación tabáquica, recurrir a sistemas de registro adecuados y fiables en las historias de salud y establecer un sistema de alerta informático en el cribado de la enfermedad.” Reivindicó asimismo la profusión en los estudios poblacionales. “En Baleares no sabemos aún si la tasa de fumadores entre 16 y 24 años ha disminuido o no.” Tales iniciativas, además, se están llevando a cabo con el necesario apoyo hospitalario. El Hospital “Joan March” dispone actualmente de una

unidad de cuidados paliativos y coordina el programa RESC, mientras que el Son Espases ha puesto en marcha un hospital de día y una consulta de EPOC frágil y el Son Llàtzer ha abierto una consulta monográfica de EPOC (UMEPOC). En el ámbito investigador, el ponente recordó que la FISIB ha creado una unidad de investigación en EPOC que cuenta con una becaria, un técnico de laboratorio, tres enfermeras investigadoras, dos biólogos, una bioquímica y tres neurólogos. Por último, Cosío hizo un llamamiento a la Administración balear en el sentido que habilite interlocutores, facilite el acceso de los profesionales a los sistemas de información, ahorre burocracia para la obtención de fondos de investigación y garantice una continuidad de los programas RESC y PAPEC. En conclusión, reconoció que el nivel de implantación de la Estrategia en Baleares supera al de otras comunidades autónomas, “pese a que la Administración deberá apoyar sin remedio el rumbo que hemos iniciado; deberá plantear un nuevo plan de tabaquismo, así como mantener y potenciar lo que ya funciona: la espirometría en atención primaria, los programas RESC y PAPEC y la investigación de excelencia”.

Prevención y diagnóstico precoz

Reyes Sanz Amores, responsable de procesos asistenciales de la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, moderó la ponencia de Joan Escarrabill, responsable del Plan Director de Enfermedades del Aparato Respiratorio en la Consejería de Salud de la Generalitat catalana, sobre prevención y diagnóstico precoz de la EPOC, que inició planteando si hoy tiene sentido considerar una enfermedad como eje de las intervenciones. “La cronicidad, plantea un triángulo en el que por un lado aparece el fracaso predominante de un órgano (EPOC, insuficiencia cardíaca, diabetes, cáncer), por otro lado está la pluripatología propia del

envejecimiento y, en tercer lugar, la dependencia que generan trastornos cognitivos como el Alzheimer.” Esta circunstancia, añadió, convierte a casi todos los pacientes con EPOC en individuos muy frágiles y con una elevada comorbilidad.

En segundo lugar, Escarrabill apuntó la importancia de los dispositivos no sanitarios en la prevención de la



Reyes Sanz Amores



Joan Escarrabill

EPOC. Puso por ejemplo al F.C. Barcelona, que en una asamblea decidió unilateralmente prohibir fumar en todo el recinto de su estadio con el 81% de los votos a favor, 13% en contra y 6% de abstención. En tal sentido apoyó también que la Administración ejerza un control sobre los fumadores incrementando las tasas fiscales en el precio del tabaco.

¿Tiene sentido el diagnóstico precoz de una enfermedad en la que probablemente nunca llegue a tratarse la causa desencadenante (deshabituación tabáquica)? Planteada esta cuestión en tono crítico, Escarrabill lamentó que, a excepción de Asturias y Andalucía, ninguna de las 17 comunidades autónomas con competencias al respecto se haya decidido a financiar la deshabituación tabáquica de los fumadores. Abundando en el diagnóstico precoz, lamentó asimismo que se estén diagnosticando más EPOC de las que realmente existen (sobrediagnosticadas). “En atención primaria, se está diagnosticando EPOC en más de un 6% de los pacientes que consultan con más de 45 años, habiendo llegado a un punto en el que la calidad diagnóstica de las ecocardiografías casi

dobra la de las espirometrías.” Como buenos ejemplos a tener en cuenta con respecto a esta limitación, el ponente tuvo en cuenta al National Lung Health Framework de Canadá, la COPD Strategy de Finlandia o el programa de Cronicidad del País Vasco y el PDMAR catalán. “En Cataluña hemos puesto en marcha un plan director en tres fases: una de análisis y planificación, otra de aplicación y una tercera de evaluación de resultados.” El PDMAR, explicó, parte de un primer punto que es la deshabituación tabáquica, en el que trabajan ya siete hospitales catalanes y que cubre todos los ingresos por exacerbación de la EPOC. “De este modo se evita que los enfermos de EPOC ingresen en una UCI sin que se hayan valorado anteriormente los beneficios de introducir la deshabituación tabáquica en la rutina asistencial de las agudizaciones.” Puso por caso el Hospital “Arnau de Vilanova” (Lleida), en el que sólo la mitad de los pacientes ingresados en UCI con EPOC han pasado antes por tres meses de deshabituación tabáquica y sólo una cuarta parte consiguió estar sin fumar seis meses o más.

Para Escarrabill, “los clínicos deben tener acceso fácil y rápido a una espirometría de calidad, lo que presupone disponer no sólo de espirómetros sino de una formación, de los datos necesarios, interoperabilidad y de un control de calidad de las espirometrías”. Los aparatos, en consecuencia, requieren para el ponente una compatibilidad con HL7 (CDA de espirometría), aptitud para telemedicina y del pertinente código PIN (como establece la Ley Orgánica de Protección de Datos). El PDMAR, informó Escarrabill, ha optado por la homologación de aparatos HL7-PDA R2 y la formación, partiendo del Institut d’Estudis de la Salut, de 516 profesionales catalanes a través de 21 cursos. “En el 2009, una encuesta sobre espirometrías llevada a cabo en 57 hospitales catalanes reveló que la variabilidad en el uso de los espirómetros se situaba en 0,98-1,50 casos/100 habitantes/año; no conocemos aún la tasa adecuada de espirometrías que debe realizar cada hospital, pero comprobamos que la influencia de los neumólogos a la hora de impulsar las espirometrías fue decisiva.” En atención primaria, añadió, el 97% de las áreas básicas de salud catalanas

cuentan por lo menos con un espirometro, mientras que en el 32% se cuenta con más de uno y, en total, se efectúan una media de dos espirometrías por día en cada centro.

Otra prioridad para el especialista, en Cataluña, es la identificación de los puntos críticos de la atención a las agudizaciones graves de la EPOC, algo que dio lugar a la puesta en marcha de dos estudios: el MAG-1 y el MAG-2. “El primero consistió en una auditoría de los hospitales a partir de la historia clínica de EPOC; el MAG-2, por su parte, analizó en profundidad una muestra de pacientes de atención primaria con seguimiento a los tres meses y al año del ingreso.” Los datos obtenidos se correspondieron con los de una auditoría inglesa del 2008 y los de la auditoría europea del 2012. En el 2006, por otra parte, el estudio EFRAM puso de relieve a través de un seguimiento clínico de los pacientes con EPOC que un 23% no consulta a ningún médico, que el 18% recurre al médico de familia, el 12% consulta con especialistas en régimen ambulatorio y el 47% lo hace en el hospital. “Del EFRAM al MAG-1, lo que más sorprende es el aumento

de consultas por parte de la atención primaria y el hecho de que la tasa de reingreso hospitalario apenas haya descendido del 16%.”

De las terapias respiratorias a domicilio, Escarrabill informó de una encuesta reciente de satisfacción del paciente en la que sólo un 12,5% de los encuestados refiere problemas técnicos y casi el 50% dice poder salir de casa cada día y de la elaboración de un atlas catalán de variaciones en el uso de la oxigenoterapia domiciliaria. “Invertir en prevención es coste/efectivo; debemos trabajar para el futuro atendiendo a nuestro pacientes hoy sin falta.” A partir de los debates y presentaciones suscitados en el Día Mundial de la EPOC celebrado en Lleida el pasado 23 de noviembre, el ponente identificó dos reivindicaciones por parte de los enfermos: “que se permita a los pacientes una mayor participación y que los profesionales cooperen más estrechamente unos con otros (atención primaria-atención hospitalaria)”.

Anunció que el PDMAR ha creado un grupo de trabajo sobre terciarismo en patología respiratoria y lamentó

lo que denominó una “infoxicación” creciente de los médicos de atención primaria. “Si trasladamos a la primera línea asistencial los múltiples objetivos de diversas estrategias acabaremos infoxicando a los clínicos... Y la infoxicación se traduce en una resistencia a actuar.” Escarrabill citó al poeta catalán Joan Brossa para dirimir que “si madurar consiste en volver a lo esencial, yo me aferro cada día más a las cosas más esenciales”...

Citó asimismo un artículo del BMJ de este mismo año en el que se describe cómo la presión hacia los grandes hospitales acarrea una peor atención a los pacientes más frágiles y ancianos. “Los autores proponen diez acciones: lograr una atención centrada en la dignidad del paciente, rediseñar los servicios a prestar, variar la organización del hospital, revisar la formación brindada a los profesionales, supervisar las decisiones médicas, renegociar el contrato social entre médico y paciente, mejorar la disponibilidad de los profesionales en la atención primaria, revolucionar el empleo de la información, velar por la calidad de todo el sistema asistencial y trabajar con vocación de liderazgo.” En otras

palabras, explicó, se trata de formular nuevas necesidades para nuevos tiempos. El ponente cerró su intervención con una referencial al polémico libro del cardiólogo estadounidense Eric Topol, *Creative Destruction of Medicine*, en el que se contempla la imposibilidad de regir hospitales y pacientes del siglo XXI con ideas fundadas en el XIX; “no sin evitar el reto que supone para todos tener que trabajar en un ambiente con costes crecientes y recursos menguantes”.

Historia electrónica



Gregorio Gómez



Alberto Fernández Villar

Gregorio Gómez, director de gestión sanitaria de la Agencia Valenciana de Salud, acometió el papel de la historia electrónica en la EPOC. Lo hizo en una ponencia moderada por Alberto Fernández Villar, jefe del Servicio de Neumología del Hospital Universitario de Vigo. Gómez empezó recordando que una prioridad de actuación en el aplaudido Plan de salud en EPOC de la Comunidad Valenciana se refiere a la implantación de la historia de salud electrónica (HSE). “Además de suponer un avance en cuanto a la eficacia, eficiencia y garantías de control con que cinco millones de pacientes están siendo ya seguidos en nuestra comunidad, el recurso a la

HSE está siendo avalada por 50.000 profesionales sanitarios implicados, 373 oficinas de farmacia y 2.500 gestores sanitarios... Más aún, con una inversión de 169 millones de euros en cuatro años, el recurso ha impulsado una recuperación económica con 1.320 contratos de profesionales informáticos y la participación de 103 empresas del sector (según datos del 2011).”

El plan valenciano de sistemas de información aplicados a la historia de salud se ha desarrollado en dos fases, una del 2004 al 2008 y otra del 2009 al 2011. “Es un plan orientado a potenciar la integración global de los sistemas y la interoperabilidad, tanto a nivel asistencial, como de gestión o toma de decisiones; capaz de mejorar la sostenibilidad del sistema sanitario en cuanto a eficiencia, calidad de servicio e informatización, orientado al ciudadano y a una sanidad basada en un modelo de atención integral de la salud.” El programa que integra la puesta en marcha de las HSE, el Abucasis, opera en 1.081 centros, con 12.000 usuarios/día, cubriendo a un total de 5.167.524 pacientes de la Comunidad Valenciana y gestionando 4.639.471 historias clínicas. “El sistema de gestión del paciente hospitalizado (Orion Clinic) es un programa de actuación de largo alcance llamado a transformar en profundidad el uso de la información por parte de los profesionales sanitarios de asistencia especializada en su práctica cotidiana; mejorará asimismo la atención al paciente y los resultados de salud, ayudando en la actividad clínica e incrementando la eficacia (calidad clínica), la seguridad de

la asistencia y la eficacia del proceso asistencial en su conjunto, facilitando la continuidad asistencial de cuidados y propiciando un ahorro económico al reducir los costes que no aportan valor; por ende, es un sistema que se encuentra plenamente integrado con otros sistemas corporativos y locales, y ofrece cuatro líneas de trabajo: desarrollo y evolución, implantación, reorganización de la función informática y rediseño de los procesos asistenciales y organización de los centros hospitalarios.”

El plan piloto de HSE promulgado por el SNS en Valencia, Baleares, La Rioja, Cataluña y Murcia se justifica por el hecho de que 4,5 millones de ciudadanos reciben cada año atención en una comunidad autónoma diferente de la suya, que el 76% de los pacientes atendidos en otra región no tenga ningún documento que enseñar al médico y facilitar la información sobre su estado de salud, que sólo un 8% de los pacientes viaje con documentación escrita sobre sus enfermedades y que la HSE garantice un acceso inmediato a toda la información médicamente relevante del paciente con independencia del origen de toda esta información.

Gómez justificó la necesidad de una HSE en la EPOC por la mera posibilidad de mejorar la calidad asistencial, contribuir a una menor variabilidad de la práctica clínica, aumentando la seguridad y garantizando una monitorización sistemática del paciente. En cuanto a la evaluación, señaló, “la HSE es una herramienta clave para determinar y cuantificar las causas de la variabilidad clínica, ajustando en todo momento la actuación del profesional a la medicina basada en la evidencia; constituyendo, además, un indicador de los estándares de calidad asistencial”. A su modo de ver, este sistema aumenta la adherencia a las guías de práctica clínica y proporciona una gran ayuda al profesional en la toma de decisiones, “tal como ha evidenciado el estudio VESALIO en estándares tan claves como la indicación de oxigenoterapia”. La HSE, por ejemplo, exige la espirometría en el diagnóstico de una EPOC, establece una pauta de alertas diagnósticas, orienta en la toma de decisiones tanto diagnósticas como terapéuticas e incluye una valoración multidimensional (BODE, BODEx, CAT., etc.) y una orientación hacia los fenotipos, “al mismo tiempo que mejora la coordinación entre los distintos niveles

asistenciales y el coste/efectividad de la gestión clínica; funciona con gran rapidez en la recogida sistemática de información clave”.

Puesto a resumir las virtudes de la HSE, el ponente destacó que “es una herramienta que ayuda al clínico tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de la EPOC, reduce la variabilidad asistencial, proporciona mayor adherencia a las guías al uso, más seguridad para el paciente, redundando en una mejor calidad asistencial, permite una monitorización virtual de indicadores, facilita la coordinación entre niveles, es coste/eficaz y supone una ayuda esencial en los trabajos de investigación”.

Cronicidad

Domingo Orozco, coordinador de la Estrategia Nacional para el Abordaje de la Cronicidad, se empleó en la ponencia siguiente, moderada por la presidenta de la SEPAR, Pilar de Lucas. Para empezar, recordó que, según las estadísticas, la mitad de la población europea vive aquejada por alguna enfermedad crónica o de larga duración. Para complicar más las cosas, las enfermedades crónicas representan el 80% del gasto sanitario, acaparan el 80% de las consultas de atención primaria, el 60% de los ingresos hospitalarios y el 75% de las urgencias. “El patrón de estas enfermedades está cambiando, pero los sistemas de salud no consiguen



Domingo Orozco



Pilar de Lucas

cambiar al mismo ritmo que ellas.”

Orozco ilustró una clara correspondencia entre la incidencia de estas enfermedades y el avance de la edad en prácticamente todo el mundo, así como una correspondencia de la edad avanzada con la pluripatología. En la preponderancia de estas enfermedades, la EPOC se encuentra en una posición avanzada, precedida de

dislipemia, hipertensión, cardiopatía isquémica, depresión, diabetes tipo 2, trastornos de ansiedad, insuficiencia cardíaca y disfunción tiroidea; por delante de las arritmias, úlceras gástricas o duodenales, asma, Alzheimer, esquizofrenia, embolias, cáncer de colon, colitis y SIDA. El ponente puso además a la EPOC como ejemplo de “hospitalizaciones evitables por medio de una buena labor en atención primaria”. Confesó que sólo los servicios de medicina interna o cardiología superan a neumología en número de reingresos hospitalarios. “Datos de un estudio del 2007 avalan que el 40% de las insuficiencias cardíacas, el 13% de las cardiopatías isquémicas, el 8% de las hipertensiones graves, el 7% de las neumonías y el 23% de las EPOC se podría haber prevenido.” Vivimos inmersos, según Orozco, en una difícil transición por la que avanzan todos los sistemas sanitarios de Europa, diseñados a mediados del siglo pasado para combatir situaciones agudas y que, debido a los propios avances de la medicina y al envejecimiento gradual de la población, se deben centrar ahora en el tratamiento de las enfermedades crónicas haciendo

necesarios nuevos modelos de atención sanitaria.

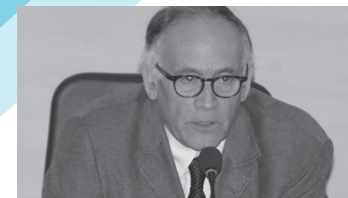
A juicio del ponente, la mejora en la atención de las enfermedades crónicas pasa por una mejor identificación de los pacientes de riesgo y una mayor comunicación por medio de la telemedicina. Recurrió al modelo de Kaiser permanente para desglosar la estratificación de riesgo en la EPOC: “Un 5% de los pacientes presenta una enfermedad de complejidad elevada, el 15% son pacientes de alto riesgo y en el 80% de los casos se trata de enfermos crónicos.” Asimismo, los crónicos con más de una enfermedad representan el 33% del coste asistencial, los crónicos con una sola enfermedad suponen el 31% y los no crónicos el 36%. Explicó que el marco de atención idóneo es el de “pacientes informados, comprometidos y autónomos tratados por equipos de salud proactivos”. Más claves: una continuidad asistencial mediada por una HSE y gestión integrada con Internet, Intranet y telemedicina, en la que no falte un neumólogo, un médico de atención primaria, una enfermera de gestión y otra de enlace. Abogó también Orozco por

nuevas formas de consulta, como la consulta grupal, la promoción de “escuelas de pacientes” como las iniciadas por la Junta de Andalucía, la actualización de guías de práctica clínica como GesEPOC, el programa ValCrònic de la Comunidad Valenciana y el apoyo del Gobierno vasco a las iniciativas de investigación e innovación en materia de enfermedades crónicas. “En todos los casos, urge una intervención en virtud del riesgo que corra el paciente, con educación y apoyo al autocuidado, sirviéndose del equipo informático necesario y recurriendo a dispositivos de biomedición.”

En la Comunidad Valenciana, Orozco dio cuenta de la existencia de 16 programas para cada combinación de patologías atendiendo a los diferentes niveles de segmentación de riesgo. Son indicadores principales de evaluación de estos programas la frecuencia de consultas en atención primaria, los ingresos hospitalarios por urgencia, las urgencias no hospitalarias, los ingresos hospitalarios, la duración media del ingreso, el número de visitas domiciliarias, las interconsultas, las actuaciones compartidas, el grado

de satisfacción del paciente y la mortalidad. Como indicadores secundarios, tuvo en cuenta el grado de control de la patología, el grado de adecuación del ingreso hospitalario, la calidad de vida del paciente, las incidencias técnicas y los costes asociados. “Mas de 500 profesionales toman parte en el ValCrònic y garantizan una consolidación de los resultados obtenidos estratificando el riesgo, incorporando mejoras en el ámbito de la comunicación, implementando los recursos sociales y apostando decididamente por la telemedicina.”

Agudizaciones



Francisco Pozo



Francisco Casas

Francisco Pozo, investigador principal del Estudio AUDIPOC, impulsado por la SEPAR, levantó acta del estado de las agudizaciones por EPOC en hospitales de toda nuestra geografía. Lo hizo en el transcurso de una ponencia que moderó Francisco Casas, presidente de Neumosur. Tras elogiar la labor de los cientos de profesionales de SEPAR, Red Respira, CIBERES, Estrategia en EPOC y ERS que han tomado parte en el estudio, Pozo recordó que el AUDIPOC se puso en marcha en el 2009 en 129 centros de toda España y con una población estudiada de 5.178 pacientes. “En el conjunto de Europa, los pacientes estudiados suman 15.821.” Se trata, en realidad,

de una macroauditoría de los pacientes con EPOC que ingresan en urgencias. La auditoría ha recabado información concerniente al empleo de espirometrías, evaluación de función pulmonar, sueño, seguimiento de los protocolos de EPOC al orden del día, implantación de programas de alta precoz, programas de rehabilitación respiratoria, estado nutricional y hábito tabáquico. Otras variables analizadas han

sido la edad, sexo, número de ingresos previos del paciente o concurrencia de episodios de infarto de miocardio, ictus, insuficiencia cardiaca, diabetes o trombo-embolismo. “En su mayoría, se trata de hombres muy ancianos y frágiles.” Atendiendo a la clasificación GOLD de gravedad, la mayor parte de los pacientes presenta una EPOC grave, siendo menos los enfermos moderadamente graves y no faltando pacientes incorrectamente diagnosticados de EPOC. “La mayoría de las EPOC identificadas se halla en fase muy avanzada, muchos se enfrentan a su primera agudización de EPOC y, por consiguiente, requieren una confirmación diagnóstica con espirometría que rara vez se lleva a cabo; en cambio, las gasometrías parecen estar más al orden del día.”

Las pruebas bioquímicas son otra buena práctica acreditada por AUDIPOC en nuestros hospitales, si bien Pozo tachó de insuficientes las pruebas de GRAM de esputo en pacientes purulentos así como el cultivo de esputo con criterio diagnóstico. La oxigenoterapia merece mejor nota, al igual que la profilaxis antibiótica y la administración de SABA y SAMA al ingreso, al alta y la pres-

cripción de corticoterapia u oxigenoterapia domiciliaria también al alta. “La peor nota se la llevan las instrucciones para cesación tabáquica, la vacunación contra la gripe (obligatoria en estos pacientes), la educación en cuanto a dieta o ejercicio y las instrucciones para una correcta inhalación de tratamientos.” En la clasificación europea, España está a medio camino en la evaluación de los cuidados paliativos. El tiempo medio de ingreso es de 8 días tanto en España como en el resto de Europa. “Nuestra tasa de ingresos es preocupantemente elevada, así como la mortalidad intrahospitalaria y la supervivencia de los pacientes visitados en un plazo de cuatro años.” En conclusión, Pozo convino en que la EPOC en España presenta sesgos que escapan a la propia naturaleza de esta enfermedad, como el hecho de que una tercera parte de los pacientes presente comorbilidades, y que comportan un verdadero reto de gestión sanitaria. “No vale dormir en los laureles... La incidencia de EPOC avanza al alza (10% en mayores de 40 años), el 51% de los pacientes presentan dependencia por una limitación grave y los costes directos en el 2011 se aproximaron a los 8.000 millones de euros.”

Rehabilitación respiratoria



Juan Bautista Gáldiz



Joana Mora

Juan Bautista Gáldiz, responsable de la Estrategia EPOC en el País Vasco cerró el turno de intervenciones con una ponencia que moderó Joana Mora, asesora técnica del Departamento de Sanidad del Gobierno vasco para el programa de crónicos. Gáldiz se refirió a la utilización de la telemedicina en su comunidad, al desarrollo allí de la estrategia en EPOC, a las limitaciones que la actualidad impone a los programas de rehabilitación respiratoria y a la novedad que bautizó con el nombre de “tele-rehabilitación”. Convino en que la evidencia científica que apoya el uso de la telemedicina es todavía limitada, “pero uno de los campos en que parece funcionar mejor es la tele-

monitorización de las enfermedades crónicas”. De hecho, no fue hasta el 2009 que se publicaron los primeros trabajos que evaluaban el papel de la telemedicina en la EPOC. “Las conclusiones se encaminaban a que es el método que mejor permite a los pacientes ser atendidos en su hábitat de elección (el entorno doméstico), a que las videoconferencias o consultas a través de la red pueden remplazar

perfectamente las visitas anuales, que los programas de educación y soporte proactivos ayudan al mejor cumplimiento en las técnicas de automanejo y previenen potenciales exacerbaciones, que la tele-monitorización permite evaluar parámetros como el peak flow y ayuda en el control de la enfermedad crónica, que ofrece la oportunidad de un control ininterrumpido y que reduce costes tanto al paciente como al sistema sanitario.”

En términos generales, el especialista del Hospital Universitario de Cruces recordó que las enfermedades crónicas están detrás del 80% de las intervenciones quirúrgicas, que se prevé que causen tres de cada cuatro muertes en el 2020 y que absorben el 77% del gasto sanitario. “La transformación del sistema de sanidad vasco acarrió en el 2010 la creación de una estrategia común para hacer frente a la cronicidad (<http://cronicidad.euskadi.net/>). Citó como ejemplo de esa nueva estrategia el proyecto OSAREAN (2010-2013), encuadrado en la estrategia nacional con la que se pretende mejorar el diagnóstico precoz de las personas con EPOC, disponer en los centros de salud de los medios materiales, estruc-

turales y organizativos adecuados para el diagnóstico de la enfermedad, detectar la EPOC de forma precoz en mayores de 40 años con historia de tabaquismo y síntomas respiratorios y establecer sistemas de monitorización para que las espirometrías sean accesibles y se realicen bajo la supervisión correcta, realizar intervenciones dirigidas a la captación de enfermos de riesgo (con tos, disnea y expectoración), experiencias piloto que permitan evaluar la eficiencia de los programas de cribado precoz y valorar la puesta en marcha de unidades móviles o de telemedicina en distintas ubicaciones del País Vasco.

El OSAREAN permite, según Gáldiz, avanzar que a través de un contacto telefónico semanal y la valoración mensual de los síntomas a partir de la rehabilitación se consiguen modestos resultados en cuanto a tolerancia al ejercicio y seguimiento de 12 meses, “sin que quede claro si una extensión del periodo de rehabilitación se traduce en ulteriores beneficios”. El ponente concluyó que la telemedicina permite sumar efectividad a los tratamientos continuados, asentar los beneficios ya obtenidos, disminuir el

número de ingresos hospitalarios y visitas programadas, mejorar la calidad de vida relacionada con la salud y la satisfacción tanto del paciente como del profesional sanitario. “Por esta vía podemos conseguir que el paciente se sienta más protegido y seguro, que esté adiestrado en los cuidados que requiere su propia enfermedad, que valore mejor la influencia de la rehabilitación respiratoria en la evolución de la EPOC y que pueda llevar a cabo dicha rehabilitación en su domicilio; los profesionales, por su parte, dispondrán de un entorno colaborativo para una mejor atención, incorporarán equipos multidisciplinares, abarcarán diferentes niveles asistenciales y proporcionarán continuidad asistencial y rehabilitadora aprovechando recursos de enfermería especializada.”

Conclusiones

Martí Sansaloni, director general de Gestión Económica y Farmacia de la Consejería de Salud, Familia y Bienestar Social de las Islas Baleares, clausuró estas I Jornadas que acabaron con un llamamiento a una nueva reunión. A la hora de recabar conclusiones, Julio Ancochea declaró que el comité de seguimiento de la Estrategia en EPOC del SNS “analizó el pasado 28 de junio en Madrid el informe de evaluación de los siete objetivos generales y los 35 específicos a fin de cifrar el grado de cumplimiento en las diecisiete comunidades autónomas en las que la Estrategia funciona; en todos los casos se han puesto manos a la obra, pero el grado de cumplimiento no es el



Martí Sansaloni

deseado, y hay diferencias importantes entre unas comunidades y otras.”

Preguntado acerca de qué indicadores informan mejor sobre el cumplimiento de la Estrategia, Ancochea habló de la espirometría. “Se ha avanzado mucho y hay espirómetros en la práctica totalidad de centros de salud; pero los resultados no se evalúan en todas las comunidades autónomas.” En cuanto a la historia de salud electrónica, señaló

que algunas comunidades han desarrollado planes ejemplares, “mientras que otras no se lo han planteado o apenas lo han discutido”.

Para paliar semejantes desigualdades entre las autonomías, Ancochea es partidario de impulsar reuniones como esta de Mallorca, agradeciendo a los anfitriones y a Boehringer Ingelheim el esfuerzo y la iniciativa. “Nada mejor que compartir conocimientos, y estas reuniones son imprescindibles... Lo que de aquí sale tiene una gran aplicabilidad socio-sanitaria e incluso económica. Estos días hemos sido testigos del grado de conocimiento, o desconocimiento, sobre aspectos clave de una enfermedad que consume muchos recursos directos e indirectos, por no hablar de la calidad de vida... Es imprescindible que clínicos y gestores avancemos juntos; el diálogo es imprescindible”.

Joan Escarrabill, a la cuestión sobre el sentido que tiene reunir a clínicos y gestores en un mismo foro para hablar de EPOC, se muestra partidario de que sean los gestores de política sanitaria quienes propongan y los especialistas, los encargados de disponer. “Somos

quienes seguimos más la enfermedad en el día a día, en contacto directo con los pacientes.” El especialista catalán asume que puede haber razones en cada comunidad autónoma para que el grado de cumplimiento de la Estrategia no sea aún el deseado, “pero la razón principal sigue siendo la Estrategia y debemos acometerla todos con compromiso”.

Gregorio Gómez, preguntado acerca del éxito de la Estrategia en comunidades como Valencia, justificó que “gestores, neumólogos y médicos de atención primaria hayamos compartido en materia de EPOC un mismo punto de vista”. Alabó la labor llevada a cabo por el Dr. Soler en todo ese tiempo: “Ha entendido perfectamente los problemas y ha sabido aunar participaciones.” Para Gómez, como gestor sanitario, “estas reuniones son muy útiles para los dedicados a la EPOC que vivimos algo alejados de la práctica clínica, nos permite reforzar las herramientas que el clínico maneja; él puede estar más obsesionado en que una aplicación concreta no se le cuelgue, mientras que a nosotros nos preocupan resultados más globales, tenemos otras presiones”. Gómez

celebra que en esas I Jornadas unos y otros “hayamos podido poner en común nuestras inquietudes y necesidades”.

Otro gestor de una comunidad “ejemplar”, Baleares, asume que clínicos y gestores viven aún algo separados los objetivos de la Estrategia, “pero este tipo de encuentros nos permite acabar con semejante separación, encontrarnos y poner en común lo que más nos preocupa”. En opinión de Eusebio Castaño, “las I Jornadas han sentado una nueva cultura en la que se percibe mucho mejor cómo el esfuerzo de unos redonda en el de los otros de forma constructiva y positiva”. Son, en palabras suyas, “un encuentro para la motivación”.

Con la colaboración de:



Govern de les Illes Balears

ESTRATÈGIES
DE SALUT ILLES BALEARS



Organizador:



Estrategia en EPOC

del Sistema Nacional de Salud en las Comunidades Autónomas

Resumen primeras jornadas de seguimiento

Illes Balears, 27 y 28 de septiembre de 2012