



ESTRATEGIA EN EPOC

DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

II Jornadas de seguimiento
Valencia, 25 y 26 de octubre de 2013

ÍNDICE

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

La EPOC: una visión actual	6
Encuesta nacional de salud y EPOC	6
Estrategia en EPOC del SNS. Situación actual y desafíos	8
Estrategias en las Comunidades Autónomas	12
Programa de la estrategia en EPOC de la Comunidad de Madrid	12
Programa de Espirometrías en Galicia	14
Planes de cuidados de enfermería en la EPOC	16
Papel de la enfermería de atención primaria en el manejo de pacientes con EPOC	16
¿Qué puede aportar la enfermería de práctica avanzada en EPOC?	18
Proceso asistencial integrado (PAI) de la exacerbación de la EPOC	
Vía clínica de la agudización de la EPOC. Del PAI a la Vía Clínica Informatizada	20
Telemedicina y cronicidad en EPOC	22
Investigación en EPOC	24
Hacia un modelo integrado de la EPOC. Realidades y compromisos a corto plazo	26
Conferencia de Clausura	30

ESTRATEGIA EN EPOC DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

II Jornadas de seguimiento
Valencia, 25 y 26 de octubre de 2013

Más de medio centenar de expertos en enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y representantes de estamentos políticos centrales y autonómicos se reunieron durante el 25 y 26 de octubre de 2013 en unas Jornadas que han supuesto la consolidación de un foro dedicado a analizar el proceso de implementación de la Estrategia EPOC, desarrollada por el Sistema Nacional de Salud, en las Comunidades Autónomas.

En este foro se ha podido confirmar que, la paulatina implantación de la Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud en las Comunidades Autónomas, ha puesto de manifiesto, tras un año de seguimiento por parte de especialistas y gestores de salud, que la espirometría, principal herramienta diagnóstica de la EPOC, sigue siendo poco utilizada, especialmente en el ámbito de la Atención Primaria.

En esta ocasión, la Conselleria de Sanitat de la Generalitat de Valencia y la Agencia Valenciana de Salut organizaron un encuentro, en la sede de ADEIT-Fundación Universidad-Empresas de Valencia, que bajo los auspicios de los laboratorios Boehringer Ingelheim ha servido para demostrar que, a pesar que el proceso de implementación de la Estrategia avanza de forma significativa, los objetivos que en su día se marcaron como esenciales deben revisarse, analizarlos en profundidad, y priorizar esfuerzos, tales como la formación de profesionales de la salud en el uso de la espirometría.



Dña. Mª Mercedes Vinuesa
Directora General de Salud Pública
Calidad e Innovación
MINISTERIO DE SANIDAD
SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

La EPOC es una patología prevenible y tratable que está afectando a un 10% de la población española. Pero esa no es la cifra que debe preocupar a la Administración Sanitaria, Asociaciones de Pacientes y profesionales de la sanidad: posiblemente se esté generando un infradiagnóstico que puede alcanzar el 70%, y eso a pesar de contar con herramientas diagnósticas efectivas como la espirometría.

Estas cifras pueden incluso aumentar por el progresivo envejecimiento de la población, situación a la que debe sumarse el hecho de que en España un 24% de los españoles fuma. Todo ello confirma la existencia de un serio problema de salud pública.

La implantación de la Estrategia en EPOC puede significar el camino para dar a conocer el problema en mayor medida, además de convertirse en solución. En este sentido, la Estrategia se ha debatido en las últimas reuniones del Consejo Interterritorial, donde se ha comunicado la necesidad de dar a conocer en mayor grado la espirometría entre los médicos de Atención Primaria, con el fin de mejorar el diagnóstico precoz de la enfermedad. Asimismo, se ha defendido

la implantación de vías clínicas, protocolos y guías clínicas, algo que redundará positivamente en el descenso de la variabilidad de resultados, mejorando la evaluación y la calidad del tratamiento.

Estas medidas, unidas a una mayor accesibilidad a técnicas como la oxigenoterapia, la mejora de la movilidad del paciente con EPOC, o la aplicación de nuevas tecnologías en su abordaje, entre las que destaca la historia clínica compartida, a buen seguro se traducirán en ese objetivo esencial que es la mejora de la asistencia y de la calidad de vida del paciente con EPOC.



D. Manuel Llombart
Conseller de Sanitat
GENERALITAT VALENCIANA

Ante la necesidad evidente de que la EPOC cuente con una coyuntura equitativa que sirva para mejorar su prevención, diagnóstico y tratamiento, la Administración Sanitaria española consideró esencial poner en marcha la Estrategia en EPOC, máxime cuando esta patología sigue siendo la única causa de mortalidad por enfermedad, de las tres principales, que no ha experimentado ningún descenso en los últimos años.

La Estrategia, creada en el año 2009, ha chocado frontalmente con la heterogeneidad de las diferentes Comunidades Autónomas, por lo que se optó por la creación de estas Jornadas, en las que se persigue analizar sus objetivos, evaluar los avances de cada Comunidad Autónoma en la implementación de la Estrategia y posibilitar la existencia de un marco donde se intente mejorar las vías de implementación.

La Comunidad Valenciana ha sido pionera en la implantación de la Estrategia, y desde su puesta en marcha, la Conselleria de Sanitat ha formado a 1.700 médicos y enfermeros en EPOC, además de poner en marcha mecanismos de búsqueda activa de pacientes, o la implantación de la telemedicina y la estandarización del proceso de historia de salud electrónica, incluyendo todos estos objetivos en lo que se ha dado en llamar el Plan de Salud en EPOC.

Asimismo, es esencial recordar que las vías clínicas, en el campo de la EPOC, se han convertido en un instrumento capaz de regular el proceso asistencial, por lo que se ha optado por reforzar ese aspecto en Valencia. Por ello, y gracias a la estandarización de todo el proceso diagnóstico y terapéutico, se ha conseguido una optimización en este área, disminuyendo la variabilidad asistencial, acortando la estancia del paciente en los centros hospitalarios y reduciendo el coste de los tratamientos.

LA EPOC: UNA VISIÓN ACTUAL

Moderador:

D. Francisco Vargas

Asesor Técnico de la DG de Salud Pública, Calidad e Innovación
MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y EPOC



Dr. Joan B. Soriano

Epidemiólogo

FUNDACIÓN CAUBET-CIMERA
BALEARES

La Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2011-12 asegura que el 75,3% de la población percibe su estado de salud como bueno o muy bueno, especificándose un porcentaje más alto de percepción positiva entre los hombres (79,3%) que entre las mujeres (71,3%). Estas cifras suponen una mejora, respecto a la anterior encuesta realizada en el año 2006, de más de cinco puntos, conclusión a tener muy en cuenta.

No cabe duda que estos datos pueden llevar al optimismo, pero no cuando se analizan desde la óptica de la EPOC. En la presentación de este documento, de más de 53 páginas, no se menciona ni una sola vez la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, encontrándose únicamente como diagnóstico autorreferido.

Es únicamente en este momento cuando es posible ver cuáles han sido los datos recogidos, y en este sentido, la ENS determina que la EPOC es una enfermedad más frecuente en hombres que en mujeres, apareciendo mayoritariamente en una franja etaria que oscila entre los 40 y los 80 años ([figura 1](#)), y en la que el estatus socioeconómico parece tener un papel

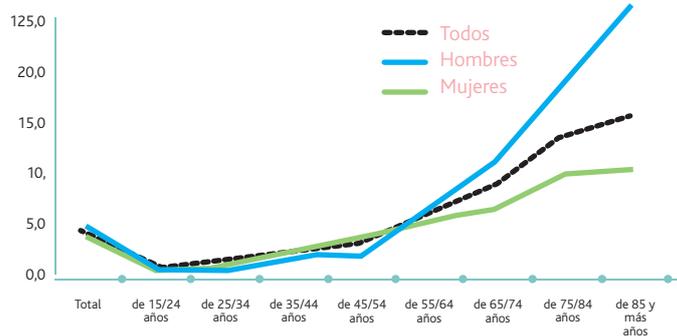
relevante en su prevalencia, lo que debería orientar hacia actuaciones preventivas futuras.

Otro aspecto tremendamente llamativo que puede observarse en las tablas de la ENS es la heterogeneidad de la distribución porcentual de EPOC según CCAA ([figura 2](#)). Posiblemente estas diferencias vengan de la mano del distinto uso que se hace de la espirometría y, por tanto, del diagnóstico precoz de EPOC. No existen causas epidemiológicas que respalden diferencias tan amplias, por lo que la respuesta a esas fluctuaciones pueden encontrarse, con toda probabilidad, en problemas de transcripción estadística o, tal y como se ha apuntado, en el distinto uso que se hace de la espirometría en unas u otras Comunidades. En cualquier caso, esos datos pueden ser de mucha utilidad a la hora de diseñar futuros estudios clínicos.

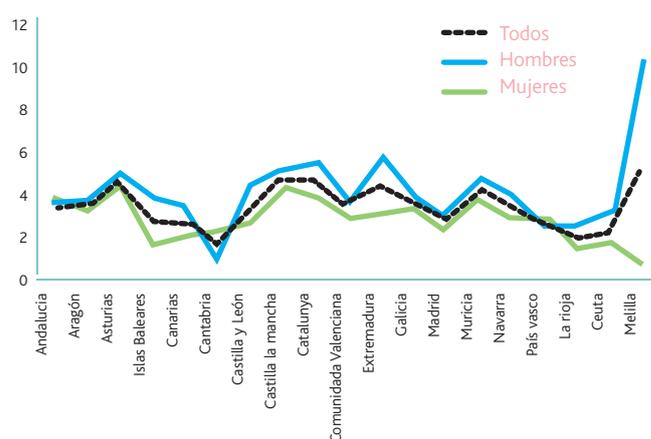
Factores de riesgo

Cuando se habla de factores de riesgo de la EPOC, el tabaquismo adquiere un inusitado protagonismo, y en ese sentido, los datos de la ENS ponen de manifiesto que, a pesar de que prácticamente el

Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución en los últimos 12 meses en población adulta BRONQUITIS CRÓNICA, ENFISEMA, EPOC. Distribución porcentual según sexo y grupo de edad. figura 1



Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución en los últimos 12 meses en población adulta BRONQUITIS CRÓNICA, ENFISEMA, EPOC. Distribución porcentual según CCAA. figura 2



25% de la población sigue fumando -observándose además porcentajes muy similares entre hombres y mujeres adolescentes-, las cifras de fumadores totales han descendido en hasta cinco puntos respecto a encuestas anteriores. La respuesta a este descenso puede encontrarse, con toda probabilidad, en la aplicación de la Ley 42/2010 contra el tabaco.

En cambio, y respecto a otros factores de riesgo, el índice de masa corporal se ha incrementado entre la población española, el 41,4% de la misma se declara sedentaria, y un 38,3% declara consumir habitualmente bebidas alcohólicas. De igual forma, la ENS ha revelado un claro aumento de las patologías crónicas, tales como hipertensión arterial, hipercolesterolemia, obesidad y diabetes.

Por todo ello es recomendable mantener una mayor actualización y monitorización de las tendencias del tabaquismo en España, no sólo para la implementación de la Estrategia, sino como ejercicio de salud pública; y por otra parte, generalizar la realización de espirometrías, como única vía factible para mejorar el diagnóstico precoz y

efectivo de la EPOC.

Como conclusión final, y a la luz de los pocos datos que aparecen en la ENS, se puede afirmar que la EPOC es y será un importante problema de salud en España, que a pesar de ello sigue estando infradiagnosticada, y que se incrementará dado que la población española tiende a un progresivo envejecimiento y, por lo tanto, a la posibilidad de sufrir un mayor grado de plurimorbilidades.

Esta situación debe alertar sobre la necesidad de mantener una mayor monitorización de las tendencias de EPOC y de tabaquismo en España, y sobre todo hacerlo según el estatus socioeconómico de la población y la Comunidad Autónoma donde se resida.

ESTRATEGIA EN EPOC DEL SNS. SITUACIÓN ACTUAL Y DESAFÍOS



Dr. Julio Ancochea
Coordinador científico de la
Estrategia EPOC
Sistema Nacional de Salud

La Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en su artículo 64 establece que, sin perjuicio de las competencias autonómicas de planificación sanitaria y de organización de los servicios, el Ministerio de Sanidad y Consumo y los órganos competentes de las CCAA, a través del Consejo Interterritorial del SNS, en colaboración con las sociedades científicas, elaborarán planes integrales de salud sobre las patologías más prevalentes, relevantes o que supongan una especial carga sociofamiliar, garantizando una atención sanitaria integral, que comprenda su prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Ha sido en este marco donde ha nacido la Estrategia en EPOC del SNS.

Tras la realización de los procesos de análisis de situación y definición de estrategias, así como el proceso de implementación, actualmente se está realizando un proceso de evaluación y actualización de la Estrategia, donde predominan siete objetivos esenciales. Éstos se pueden resumir en el intento de rebajar las cifras de incidencia de EPOC, aumentar el diagnóstico precoz, reducir la morbimortalidad y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud, intentar

que los pacientes con exacerbaciones reciban el tratamiento adecuado, basado en la mejor evidencia científica, tanto en su domicilio o en el nivel asistencial más apropiado, proporcionar a los pacientes en fase avanzada, y a sus familiares, una valoración y atención integral adaptada en cada momento a su situación, potenciar la formación de los profesionales del sistema sanitario y favorecer el abordaje integral e integrado de la enfermedad y la coordinación entre niveles asistenciales, y finalmente, potenciar la investigación de calidad en EPOC.

Esta primera evaluación de la implementación de la Estrategia quizás peque de ser un tanto prematura, teniendo en cuenta que su puesta en marcha se inició en 2011, pero el documento dicta que el grado de desarrollo puede calificarse de moderado, pudiéndose afirmar que se han iniciado todos los objetivos establecidos para cada línea estratégica, aunque su grado de consecución aún es limitado. Así, aspectos como la prevención y la detección precoz se considera que están parcialmente conseguidos, pero otros, tales como la atención al paciente crónico o al paciente exacerbado, los cuidados

Palma de Mallorca, 2012. Algunas reflexiones

- *Hacemos las cosas bien... pero "incluso" podemos hacerlas mucho mejor*
- *Diferencias entre CCAA: distinto grado de desarrollo y compromiso*
 - *"Hacer es la mejor manera de decir"*
- *Necesidad de mirar al futuro*
 - *Compromiso con la sostenibilidad*
 - *Sensibilidad al cambio*
 - *Desarrollo tecnológico*
 - *Avanzar hacia nuevos modelos*
- *Coordinación*
 - *"Nosotros somos mejores que tú o que yo"*
- *Se puede hacer más y mejor sin más recursos*
- *Necesidad de compartir recursos*
- *Hacer las cosas bien es coste - efectivo*
- *Priorizar y medir (¡indicadores!). No "infoxicar"*
- *Buscar alianzas (industria farmacéutica y tecnológica)*
- *Apoyo institucional tecnológico. Complicidad de los decisores*
 - *"Vamos juntos"*

paliativos, la formación de profesionales o la investigación, únicamente pueden calificarse de iniciados.

Las próximas tareas se deberán centrar en la realización del informe de evaluación, en la elaboración de lo que puede denominarse como "Actualización de la Estrategia en EPOC del SNS", y su presentación al Consejo Interterritorial. Las primeras Jornadas de seguimiento de la Estrategia en EPOC supusieron, en este sentido, un punto de inflexión, y llevaron a la realización de unas reflexiones que pueden marcar el camino a seguir en un futuro (figura 3).

En aquel foro se determinó que las cosas se han hecho bien, pero que todavía se pueden hacer mejor, especialmente cuando lo que se persigue es intentar limar diferencias entre CCAA respecto al distinto grado de desarrollo y compromiso. Sigue siendo absolutamente válida la conclusión de que es preciso seguir mirando al futuro, máxime cuando debe primar un compromiso con la sostenibilidad y la sensibilidad al cambio, ayudando al desarrollo tecnológico y abrazando los avances que otorgan los nuevos modelos de gestión.

Otro aspecto que se destacó en la I Jornada fue la necesidad de mantener un buen grado de coordinación. Es evidente que es posible hacer más cosas aunque los recursos sean limitados, y eso pasa por la necesidad de compartir esos recursos, sin olvidar que hacer las cosas bien es coste-efectivo.

Un punto esencial fue el que confirmó que es necesario priorizar objetivos y evaluar resultados, buscar alianzas y exigir el máximo apoyo institucional, la máxima complicidad de los decisores.

Por todo ello, ahora es el momento de preguntarse dónde se quiere llegar, cómo hacerlo y cuál es la mejor forma de evaluar los resultados.

Proyectos transversales

En este sentido, la puesta en marcha de la historia de salud electrónica, la aplicación de una Guía de Práctica Clínica única nacional y en todas las CCAA o la ampliación de competencias avanzadas de enfermería pueden ser proyectos transversales capaces de facilitar los objetivos de la Estrategia (figura 4).

También puede ser de la máxima utilidad incluir la EPOC en los Programas de Salud, incluyendo este objetivo en los contratos de gestión, lo que facilitaría que los profesionales sanitarios se interesaran por esta patología, y facilitaría otro proyecto transversal esencial que es la alianza del especialista y el médico de Atención Primaria, sin olvidar la potenciación del crecimiento de las Asociaciones de Pacientes con EPOC y de la formación del paciente experto que informa a otros pacientes.

Priorización de objetivos

Pero quizás el mejor apoyo al proceso de implementación de la Estrategia pase por la priorización de objetivos. En este sentido, será necesario revisar todas y cada una de sus líneas estratégicas,

dando la máxima prioridad a aspectos esenciales.

Así, en el campo de la prevención y la detección precoz, será esencial la monitorización del cumplimiento estricto de la Ley Antitabaco, mejorar la prevención secundaria de los individuos con EPOC aún no diagnosticados ni tratados, y para ello utilizar en mayor medida la espirometría como herramienta de cribado. Este es un aspecto esencial, y buena prueba de ello es que el estudio de la espirometría en España (3E), realizado en 2012, identificaba ya marcadas diferencias, tanto cuantitativas como cualitativas, en la realización e interpretación de la espirometría forzada en las 17 Comunidades Autónomas, lo cual es un problema añadido al proceso de mejora del diagnóstico de EPOC. Sobre este particular hay que tener en cuenta que la implementación de la telemedicina para el control de calidad podría ser una herramienta a tener muy presente, tanto como para convertirla en un campo de investigación prioritario.

Respecto a la línea estratégica orientada a la atención al paciente crónico, será preciso priorizar su valoración

multidimensional y su manejo en base a guías de práctica clínica, monitorizando que el tratamiento se adecua a las mismas. Y algo similar debe suceder con el paciente exacerbado, que debe recibir un tratamiento integral y monitorizado, lo que viene justificado por el propio desarrollo de nuevos fármacos que hacen necesaria la formación continuada de los profesionales, así como la difusión de las guías clínicas.

Asimismo, será preciso priorizar en otras líneas estratégicas, como la mejora de los cuidados paliativos del paciente con EPOC, en la formación de profesionales de la salud, y en la investigación evaluativa, una línea estratégica esta que debe ser puesta en valor por la implicación que puede tener con las otras líneas estratégicas.

Historia de Salud Electrónica (HSE)

- Los MAP deben poder tener un feedback de las actuaciones hechas al paciente con EPOC desde especializada
- Diccionario de datos (concepto CARDS)

Guía de Práctica Clínica única nacional

Incluida en la historia clínica de todas las CCAA

Competencias avanzadas de DUE

- Designar (y entrenar especialmente) una referente en espirometrías por CAP
- Toda DUE debe tener unos conocimientos básicos para poder manejar la EPOC
- Exportar a EPOC el modelo de manejo del paciente diabético, por ejemplo, que ya está testado y funciona
- Estilos de vida y recomendaciones al paciente
- Consulta antitabaco

Incluir la EPOC en los Programas de Salud

- Incluir este objetivo en los contratos de gestión
- Establecer un set mínimo de indicadores clave para poder evaluar el manejo de la EPOC (concepto CARDS)
- Se conseguiría que los profesionales sanitarios se interesaran por esta patología

Alianza AP/Especialista

- MAP necesita, ante un paciente agudo, tener un referente, y éste sería el especialista

Potenciar el crecimiento de las Asociaciones de Pacientes con EPOC

- Formación del paciente experto que informa a otros pacientes
- Informar a los políticos de estas acciones

ESTRATEGIAS EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Moderador:

Dr. Pablo Rodríguez

Jefe del Servicio de Planificación y Gestión de Programas Sanitarios

AGENCIA VALENCIANA DE SALUD

PROGRAMA DE LA ESTRATEGIA EN EPOC DE LA COMUNIDAD DE MADRID



Dr. José Miguel Rodríguez

Responsable científico de la Estrategia
de EPOC

COMUNIDAD DE MADRID

La implantación de la Estrategia en EPOC en Madrid se apoya, como posiblemente sucede en el resto de CCAA en cifras epidemiológicas y económicas bien conocidas, y no por ello, tremendamente preocupantes. La EPOC sigue consumiendo una gran parte de los recursos sanitarios, suponiendo un gasto sanitario que supera los 23,6 millones de euros, o lo que es lo mismo, una media de 30.050 euros de gasto sanitario medio por paciente con EPOC desde el momento del diagnóstico hasta el final de su vida.

Estas cifras nos llevan a la necesidad de reorganizar los recursos y hacerlos caminar en un mismo sentido, con la intención de mejorar el acceso a la atención primaria y hospitalaria, y fomentar la docencia y la investigación en este terreno. Es en este punto donde la implantación de la Estrategia en EPOC del SNS adquiere todo el sentido posible, máxime cuando el reciente Plan Estratégico de atención a pacientes Crónicos de la Comunidad de Madrid ha escogido la EPOC como primera patología a abordar.

Así, el diseño de la Estrategia en EPOC para Madrid no ha sido más que la

adaptación a la Comunidad del diseño del SNS, ajustándolo en función del análisis de la situación, manteniendo sus líneas estratégicas y sus objetivos generales, y profundizando en los objetivos específicos y las actuaciones necesarias para poder llevarlos a cabo.

Las líneas estratégicas esenciales se centrarán en la prevención y detección precoz de la EPOC, la atención al paciente crónico y al exacerbado, a aquel que sufre de EPOC avanzada y el que precisa cuidados paliativos. También se mantienen otras líneas de actuación estratégica como la formación de profesionales y la promoción de la investigación. Estas 6 líneas estratégicas se desarrollarán en base a 27 objetivos específicos y 106 actuaciones.

Sobre la línea estratégica orientada a la prevención y detección precoz, señalar que el máximo esfuerzo deberá centrarse en la lucha contra el tabaco, y la implantación de la espirometría de forma generalizada en los centros de salud, especialmente a todo fumador mayor de cuarenta años. Las acciones y actuaciones para la prevención y el control del tabaquismo, llevadas a cabo en el seno de la Subdirección de

Promoción de la Salud y Prevención, se estructuran en tres grandes líneas estratégicas: prevención al inicio del consumo, protección de la salud frente al aire contaminado por el humo de tabaco y atención al fumador, complementadas con actuaciones de vigilancia epidemiológica, formación, intervenciones comunitarias, publicaciones y campañas informativas.

Respecto a la línea estratégica orientada a la atención a pacientes crónicos se hará hincapié en la denominada continuidad asistencial, y para ello es preciso fomentar la atención integral del paciente con EPOC, implicando a Atención Primaria y enfermería, fomentando la capacidad de autocuidado del propio paciente, y promoviendo la existencia de la historia clínica informatizada compartida. En este punto también se están haciendo esfuerzos por conseguir un mayor protagonismo de la rehabilitación, y que ésta dependa, en el campo de la EPOC, del neumólogo, evitando en lo posible los enfrentamientos tradicionales entre fisioterapia y rehabilitación, lo que fomenta el desinterés por la rehabilitación respiratoria de los pacientes con EPOC.

La Estrategia en EPOC en Madrid persigue también incluir la formación para sus profesionales de la salud, y para ello se ha propuesto desarrollar un plan de formación continuada para todos los que presten asistencia a pacientes con EPOC. Con el fin de centralizar todos los esfuerzos en este campo, el Servicio Madrileño de Salud ha puesto en marcha el programa FORMAP (figura 5).

Finalmente, y sobre la investigación, el principal objetivo es aunar los muchos esfuerzos investigadores que se están desarrollando en la Comunidad, con el fin de mejorar resultados.

En definitiva, y como resumen final, apuntar que Madrid ya cuenta con un plan integral de salud orientado al enfermo, que garantiza una atención sanitaria integral y que comprende prevención, diagnóstico y tratamiento de los pacientes con EPOC. Este plan estratégico está siendo realizado por más de 50 profesionales de todos los ámbitos, incluyendo 6 líneas estratégicas, 27 objetivos específicos, 107 actuaciones, y al que se ha dotado de un buen número de indicadores de evaluación y seguimiento. Parece evidente que su puesta en marcha va a

hacer posible que los profesionales de la salud madrileños den un paso adelante en el control de esta enfermedad, que va a repercutir en la mejora asistencial de los pacientes madrileños con EPOC.

figura 5

Año 2012:

- 42 actividades relacionadas con EPOC, tabaco, espirometría
- 538 profesionales formados
- 177,5 horas de formación

Año 2013:

- 14 actividades relacionadas con EPOC, tabaco, espirometría
- 402 profesionales
- 123 horas
- Actividades pendientes 2013:
- 2 cursos de espirometría de 5 horas de duración cada uno
- 2 cursos de EPOC de 15 horas de duración cada uno
- 31 sesiones de una hora de duración, sobre actualización en farmacoterapia y seguridad en el uso

UTILIZACIÓN DE LA ESPIROMETRÍA EN EPOC

Estudio IDENTEPOC: Transversal aleatorizado, multicéntrico, 898 EPOC; espirometrías: 32 médicos de AP y 44 neumólogos

VARIABLES	Aten. Primaria	Neumología	P
Disponen de espirómetro	49%	98%	< 0,001
Personal específico	30%	98%	< 0,001
Control de calidad	22%	89%	< 0,001
Diagnóstico por criterios clínico-radiológicos	39%	10%	< 0,001
Diagnóstico correcto	29%	85%	< 0,001

PROGRAMA DE ESPIROMETRÍAS EN GALICIA



Dr. Alberto Fernández
 Jefe del servicio de Neumología
 COMPLEIXO HOSPITALARIO DE VIGO
 CONSEJERÍA DE SALUD
 XUNTA DE GALICIA

Es sobradamente sabido que la EPOC es una patología muy compleja en la que el diagnóstico juega un papel esencial, y en este sentido la espirometría se ha mostrado como una herramienta esencial, cuya existencia y aplicación diferencia la sospecha clínica de la confirmación diagnóstica.

La espirometría es una prueba fácil de llevar a cabo, que puede extenderse a todos los estamentos asistenciales, pero que exige una correcta realización, lo que obliga a ser manejada por personal entrenado, tal y como rezan los estándares de calidad en EPOC recogidos por GesEPOC en el año 2012, y por el que se determinan las herramientas y procedimientos correctos para realizar diferentes tipos de espirometría, dependiendo del ámbito asistencial, ya sea atención primaria o especializada.

Pero la realidad dista bastante de la teoría. Estudios como IDENTEPOC, realizado en el 2004, han demostrado que existen diferencias notables entre Primaria y Especializada, tanto en disponibilidad de espirómetros, personal específico, o controles de calidad, lo que repercute negativamente en el diagnóstico de una patología

tan prevalente (figura 6), pero lo más notable es que esas diferencias siguen existiendo diez años después. Lo más preocupante es que la calidad de las espirometrías que sí se realizan sigue siendo tremendamente variable, todo lo cual se traduce en un mismo concepto: infradiagnóstico de EPOC.

Subrayar que estudios como IBERPOC, realizado en el año 1997, y EPISCAN, publicado en el 2007, prácticamente reproducen los mismos datos de infradiagnóstico, mejorando el último en únicamente 5 puntos, a pesar de que la espirometría previa al tratamiento ha pasado de realizarse del 17 al 59% de los pacientes, y que el infratratamiento ha descendido desde un 81% a un 54%.

Imprecisión diagnóstica

Todo ello lleva a un nuevo concepto, el de imprecisión diagnóstica. En estudios como el realizado por el Dr. J. L. Izquierdo en casi diez mil pacientes diagnosticados de asma o EPOC sólo disponían de espirometría el 45%, mientras que únicamente el 14% de los pacientes diagnosticados de EPOC cumplían los criterios diagnósticos.

figura 7

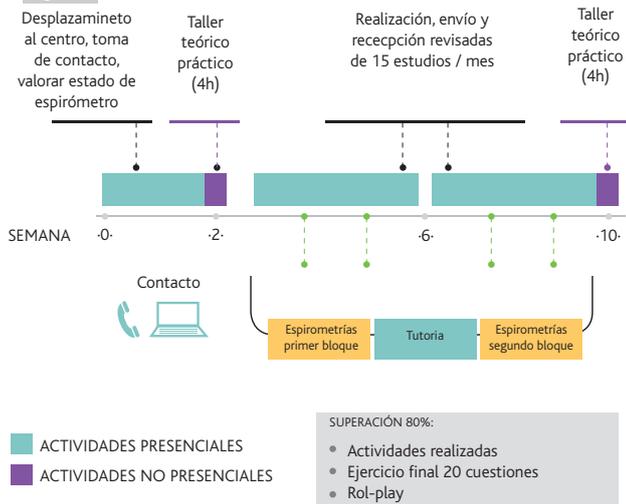


figura 8

Prescripción de inhaladores A. S. Vigo

	ENERO - JULIO 2012		ENERO - JULIO 2013	
	RECETAS	GASTO (€)	RECETAS	GASTO (€)
Formoterol combi	40.876	2.544.288	37.901	2.342.829
Salmeterol combi	38.199	2.905.955	33.221	2.517.213
Tiotropio	32.937	1.737.756	31.257	1.649.119
Aclidinio	-	-	1.395	66.416
Glicopirronio	-	-	383	18.235
Formoterol	2.718	78.242	2.305	66.357
Salmeterol	1.575	57.341	1.302	47.494
Indacaterol	4.351	218.116	5.733	287.395
lpratropio	10.270	80.149	8.853	68.971
Salbutamol	26.150	90.069	24.980	77.395
Salbutamol combi	1.143	11.321	1.943	24.037
Terbutalina	10.255	79.886	9.879	76.957
Budesonida	8.081	147.237	8.113	143.880
Fluticasona	4.190	92.783	4.434	92.650
Mometasona	60	2.627	266	10.756
Teofilina	1.713	5.304	1.833	5.987
Roflumilast	1.356	78.431	1.289	74.556
Montelukast	25.330	1.095.397	25.580	729.577
Total	215.729	9.261.602	206.640	8.331.783

Las razones por las que se registra esta infrutilización de la espirometría en AP pueden responder a varios motivos, tales como la falta de medios, la presión asistencial, o la falta de formación o motivación entre los profesionales de la salud.

La situación en Galicia no es diferente de la que se observa en otras CCAA, a pesar de que las cifras de espirómetros han aumentado sustancialmente en los últimos años. El problema parece radicar en el hecho de que, a pesar de que todos los centros cuentan con espirómetros, no se utilizan, ya sea por la falta de formación o por la falta de un profesional de referencia en el centro encargado de su realización.

Parece obvio que el problema radica en la falta de formación. Los programas de formación son heterogéneos en su duración y escasamente validados, sus resultados son controvertidos, la posible mejoría en la calidad de los estudios es insuficiente para la toma de decisiones clínicas, y no existe la total seguridad de sus resultados a largo plazo, todo lo cual no favorece la implantación de la espirometría como herramienta diagnóstica básica.

Vistas estas dificultades el SERGAS ha optado en Vigo por un cambio

de sistema, optando por tutelar al profesional de la salud en el proceso de formación en espirometría en base a nuevos circuitos formativos (figura 7).

Uno de estos proyectos, realizado en 74 profesionales de 26 centros de Vigo, ha puesto de manifiesto que la formación tutelada es posible, que el alumno es capaz de acabar con programas realmente ambiciosos, y los resultados, al cabo de un año, demuestran que el porcentaje de calidad de las espirometrías realizadas supera el 80%, muy por encima de los estándares registrados hasta la fecha.

Ante estos resultados el SERGAS optó por realizar un plan de formación más ambicioso, en el que se incluyeran 233 centros de toda Galicia y un total de 504 alumnos, de los que el 72% fue capaz de terminar el curso por completo. Los resultados han quedado varados por falta de financiación, pero todo indicaba cifras similares a las conseguidas en Vigo.

En conclusión, los programas de formación tutelados en el uso de espirometrías no sólo pueden conseguir un aumento de la realización de esta prueba, sino que también el de la calidad de la misma. Pero lo más llamativo es que la espirometría de calidad permite, además, realizar un buen seguimiento

del paciente con EPOC, lo que puede traducirse en un descenso del gasto farmacéutico derivado de la posibilidad de realizar un correcto seguimiento del paciente y de su tratamiento inhalatorio. En Vigo, y en sólo siete meses, se ha conseguido un ahorro en prescripción de inhaladores de un millón de euros (figura 8).

Por otro lado, señalar que en Galicia se están poniendo en marcha otros proyectos en el terreno de la EPOC, como un proceso asistencial integrado de estos pacientes, el protocolo PerfilEPOC, la participación en un gran proyecto europeo de telemedicina en EPOC de United Health, o la puesta en marcha del plan de mejora de la EPOC del Área Sanitaria de Vigo.

PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA EPOC

Moderador:

Dr. Asensio López

Coordinador de proyectos estratégicos. Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación. Consejería de Sanidad
COMUNIDAD DE MURCIA

PAPEL DE LA ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON EPOC



D. Leopoldo Palacios

Enfermero gestor de casos UGC
"El Torrejón"

DISTRITO SANITARIO HUELVA-COSTA

Este tipo de foros deben permitir llegar a conocer cuáles deben ser los retos a afrontar, por parte de los profesionales de la enfermería de atención primaria, para conseguir mejorar la asistencia del paciente con EPOC.

Hablar de EPOC es hacerlo de cronicidad, y por lo tanto ahondar en aspectos muy cambiantes en los últimos años respecto a patrones epidemiológicos y de realidad social. Se está experimentando un crecimiento exponencial de este tipo de patologías, apoyado por una mayor expectativa de vida de la población, y eso obliga a poner en marcha nuevos modelos de práctica asistencial orientados a este tipo de pacientes, y donde el concepto cuidar pueda estar al mismo nivel que el de curar.

Es ahí donde está adquiriendo un mayor protagonismo el equipo de atención primaria de salud, y muy en particular los profesionales de la enfermería. En este sentido, es la propia Estrategia en EPOC del SNS quien pone en valor el papel de la enfermería, tanto a nivel de prevención primaria, secundaria o terciaria, lo cual puede conseguirse potenciando nuevamente la promoción

de la salud desde la óptica de la enfermería.

A nivel de prevención primaria, la enfermería deberá participar activamente en los programas de prevención de consumo de tabaco y en los de deshabituación tabáquica, mientras que a nivel de prevención secundaria, su objetivo esencial debería ser ayudar a mejorar el nivel de infradiagnóstico de la EPOC fomentando el buen uso del espirómetro, máxime cuando el 77% de los centros de AP dispone de espirómetros, el 65% cuenta con el espacio físico adecuado para realizarlas, el 95% de las espirometrías es realizada por enfermeras, y que el 84% de ellas ha recibido la correcta formación para llevarlas a cabo.

A pesar de estas cifras el número de espirometrías sigue siendo insuficiente y sus resultados están sometidos a una alta variabilidad, lo que pone en duda su calidad. Teniendo en cuenta que gran parte de las limitaciones estructurales y funcionales para la correcta realización de la espirometría están solucionadas, los expertos deberían centrarse en la revisión de las limitaciones organizativas, y muy en concreto en el modelo de

figura 9



gestión, acabando con el modelo vertical, por otro más horizontal donde se observe la gestión por procesos asistenciales integrados.

Por otra parte, y a nivel de prevención terciaria, será preciso poner en valor el papel de la enfermería en nuevos planes de cuidados que eviten la morbimortalidad y mejoren la calidad de vida del paciente. La gran mayoría de pacientes crónicos presentan una situación estable, por lo que en estos casos la labor de la enfermería será la de fomentar el autocuidado en base a una valoración de necesidades y a intervenciones educativas, mientras que en casos complejos, mucho menos habituales, se requerirá de cuidados profesionales consensuados entre la atención primaria y especializada, que deberán orientarse hacia la atención domiciliaria, observándose la valoración del entorno familiar, la disponibilidad de elementos de soporte, evaluación funcional (BODEx), principios bioéticos, manejo de la oxigenoterapia o de la ventilación mecánica no invasiva. Todos estos cuidados deberán mantener una adecuada continuidad, y para ello deben existir herramientas facilitadoras como la telemedicina, la existencia de

una enfermería gestora de casos o la posibilidad de realizar la denominada hospitalización domiciliaria (figura 9).

Retos a superar

Pero tanto desde la óptica del crónico estable como del crónico complejo existen, desde la óptica de la enfermería, ciertos retos por superar. Desde el punto de vista del abordaje del paciente estable es preciso que la EPOC deje de ser minusvalorada en los centros de salud, poniéndola a la misma altura que diabetes o hipertensión arterial. A nivel de paciente complejo, ya no se trata de que el paciente de alta complejidad siga recibiendo cuidados profesionales, sino que esos cuidados alcancen la excelencia, para lo cual sería extremadamente útil la existencia de una enfermería de práctica avanzada capaz de aumentar el campo competencial de estos profesionales.

¿QUÉ PUEDE APORTAR LA ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA EN LA EPOC?



Dña. Carme Hernández
Coordinadora Asistencial de Atención Integrada
HOSPITAL CLÍNIC
BARCELONA

El concepto de enfermería de práctica avanzada, que tiene en España una implementación muy limitada, varía en función de la regulación de cada país. En principio debería entenderse como un tipo de formación especializada y experiencia que le permita realizar a esta profesional una evaluación del paciente, un diagnóstico, planificar un plan terapéutico y una evaluación de los resultados basada en la mejor evidencia científica disponible y en una especialidad determinada. Este profesional de la enfermería está orientado a proporcionar atención directa al paciente, conformándose como consultores expertos, punto de referencia para otras enfermeras y otros profesionales de la salud, y formando parte activa en la mejora de los sistemas de salud, con la capacidad de prescribir tratamientos.

No cabe duda de que existen nuevas necesidades a cubrir para el paciente crónico, y eso obliga a cambiar las estructuras hospitalarias. No puede permitirse que el paciente con exacerbaciones siga apareciendo en el servicio de urgencias, que no se disponga de impresos organizados y planificados, y que no se utilicen los hospitales

de día, la hospitalización domiciliaria o la coordinación entre primaria y hospitalaria.

La sanidad debe poder adaptarse al paciente, ofrecerle cobertura las 24 horas del día, siete días por semana, y para ello es preciso trabajar juntos en la comunidad todos los profesionales de la salud, y poder aumentar la capacidad de resolución en el domicilio del paciente. Es preciso poner en práctica lo que se ha dado por llamar cuidados integrados, revisando la cartera de servicios, incluyendo todo tipo de profesionales de la salud, con una participación activa del paciente y de la familia, donde se incluyan las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, replantearse las formas de pago de estos servicios, y de forma muy especial, evaluar los resultados, teniendo en cuenta que actualmente todos realizamos actuaciones que no aportan valor al abordaje terapéutico de estos pacientes.

Un buen ejemplo de intervención integral es la rehabilitación pulmonar, que ha dejado de ser únicamente ejercicio y fisioterapia, puesto que exige una evaluación exhaustiva con un óptimo

tratamiento, y donde la enfermería de práctica avanzada tiene un papel esencial, práctica de ejercicio, entrenamiento supervisado e inclusión de programas de educación terapéutica, entre otras actividades. Otro buen ejemplo serían los programas estructurados de educación terapéutica, que en su nivel avanzado requieren de la participación de enfermería de práctica avanzada para la gestión de la oxigenoterapia, la nutrición y la práctica de ejercicio, la revisión de los aspectos psicológicos, las comorbilidades y los cuidados paliativos.

Las transiciones, y de entre ellas el reingreso, también suponen un buen baremo del funcionamiento del abordaje integrado del paciente con EPOC. Los reingresos no planificados pueden ser síntoma de que la coordinación debe ser mejorada. La mejora de estas transiciones pueden pasar por la implementación de la figura de la enfermería de práctica avanzada, o la creación de un equipo multidisciplinario que acompaña al paciente (figura 10).

Finalmente señalar que el Hospital Clínic de Barcelona, junto con otros 19 equipos

de atención primaria de la ciudad, ha sido uno de los centros que ha abordado el rediseño del modelo de atención a la cronicidad desde la óptica de la atención integrada. En este modelo, orientado a la atención centrada en la persona, se ha optado por incluir la EPOC, y en él juega un papel esencial la enfermera de práctica avanzada con el objetivo de ofrecer el mejor cuidado posible, en el mejor lugar, en el momento adecuado, y por los mejores profesionales que en ese momento puedan dar cobertura al paciente.

figura 10

Mejorar las transiciones es un proceso complicado y multifactorial

Naylor et al

- La figura de la enfermera de práctica avanzada
- Mejor estratificación de la complejidad
- Las alternativas a las hospitalizaciones convencionales

Coleman EA et al

- Equipo multidisciplinario que acompaña al paciente
- Comunicación entre proveedores
- Planificación del alta
- Estandarizar las transiciones, soporte 24 h/7 días
- Equipos preparados
- Si el paciente reingresa, preguntar el porqué

Naylor M, et al. Transitional care. *Am J Nurs* 2008; 108(9 Suppl):58-63;

Coleman EA, et al: The Care Transitions Intervention: results of a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 2006;166(17):1822-1828, *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. 2001.

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO (PAI) DE LA EXACERBACIÓN DE LA EPOC. VÍA CLÍNICA DE LA AGUDIZACIÓN DE LA EPOC. DEL PAI A LA VÍA CLÍNICA INFORMATIZADA

Moderador:

Dra. Pilar Espejo

Coordinadora de la estrategia de EPOC

ANDALUCÍA

	N	%	límites IQ	Rango IQ
Antibióticos	4919	90	86-95	55-100
Corticoides	4919	92	89-98	50-100
VNI	4919	6	0-6	0-25
Reingresos a los 90 días (todas las causas)	4919	37	28-42	0-62
Reingresos por EPOC	4919	28	18-33	0-54
Mortalidad (tras alta)	4919	6.9	2-9	0-38

figura 12

Clinical Audit of COPD Patients Requiring Hospital Admissions in Spain: AUDIPOC Study

Francisco Pozo Rodríguez 1,2*, Jose Luis López Campos 2,3, Carlos J. Álvarez Martínez 1, Ady Castro Acosta 1,2, Ramón Agüero 4, Javier Hueto 5, Jesús Hernández hernández 6, Manuel Barrón 7, Victor Abaira 8,9, Anabel Forte 10, Juan Miguel Sanchez Nieto 11, Encarnación Lopez Gabaldón 12, Borja G. Cosío 2,13, Alvar Agustí 2,14, on behalf of tje AUDIPOC Study Group



Dr. Juan José Soler

Coordinador del Plan de Salud en EPOC

COMUNIDAD VALENCIANA

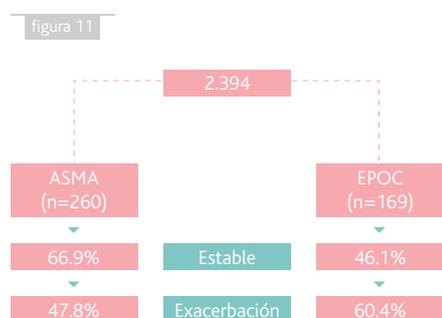
Nadie duda ya sobre la importancia de las exacerbaciones en EPOC. Los profesionales de la salud han pasado de ignorarlas hace unos pocos años a considerarlas como punto esencial, al implicar un fuerte impacto en la calidad de vida relacionada con la salud, al suponer un aumento de la progresión de la enfermedad, demostrándose como predictores independientes de muerte, y por comportar enormes costos económicos. La EPOC supone el 0,2% del PIB, unos 3.000 millones de euros anuales, y que de esa cantidad, entre el 60 % y el 70%, se debe a las exacerbaciones.

como el desarrollado por R.A. Mulaski, et al. (Chest 2006; 130:1844-50), y en el que a esa falta de adherencia se observa, además una enorme variabilidad, tanto a nivel económico como por raza o entre comunidades, cifras además que son perfectamente extrapolables a nuestra comunidad, tal y como demuestra el estudio realizado por F.Pozo, et al. (Plos one 2012; 7 (7): e42156) (figura 12).

La solución a esta variabilidad es posible y debe venir de la mano de la implantación de un nuevo Proceso Asistencial Integrado (PAI) de la exacerbación. Este nuevo PAI se justifica por la existencia de nuevas evidencias clínicas que deben ser incluidas en esa herramienta, y por la propia implementación de la Estrategia en EPOC.

Este nuevo PAI, gestado desde SEPAR y contando con todas las Sociedades Científicas implicadas en la Estrategia, se crea en base a unas características esenciales, tales como la necesidad de centrarse en el paciente, incorporando sus expectativas, garantizando la continuidad asistencial, incluyendo sólo aquellas actividades que aporten valor añadido, procurando la participación de

The Quality of Obstructive Lung Disease Care for Adults in the United States as Measured by Adherence to Recommended Processes



El camino para mejorar estas cifras se encuentra en las guías de práctica clínica, una herramienta capaz de sintetizar la mejor evidencia científica, ofreciendo consistencia a la actuación clínica, que mejora los índices de coste-efectividad, ayuda a la orientación de las agencias reguladoras y permite identificar las áreas de incertidumbre, mejorando, en definitiva, la calidad asistencial.

A pesar de ello, esta es una premisa que no parece cumplirse (figura 11) tal y como demuestran algunos estudios

DEFINICIÓN FUNCIONAL

Conjunto de actuaciones por las que, tras la sospecha de una agudización de EPOC, se programan todas las actividades necesarias para una atención integral y continuada del paciente hasta conseguir su estabilidad clínica, con un diagnóstico correcto de la enfermedad y un tratamiento de mantenimiento acorde a GesEPOC.



todos los profesionales, asegurando su implicación y participación, ofreciéndole una cierta flexibilidad para que pueda adaptarse a nuevos requerimientos e incorporar mejoras, y en este sentido, contemplando siempre un círculo de mejora permanente.

Este nuevo PAI debe entenderse, como concepto, como un conjunto de actuaciones por las que, tras la sospecha de una agudización de EPOC, se programan todas las actividades necesarias para una atención integral y continuada del paciente hasta conseguir su estabilidad clínica, con un diagnóstico correcto de la enfermedad y un tratamiento de mantenimiento acorde a GesEPOC (figura 13).

En definitiva, los expertos en EPOC parecen estar de acuerdo en que era preciso poner en marcha un nuevo PAI de la exacerbación de la EPOC común para todos, capaz de reducir el impacto negativo de la exacerbación, que disminuya su enorme coste económico, y que minimice la evidente variabilidad asistencial demostrada, ofreciendo además una asistencia de "excelencia", en la que se incluya una mejora de la coordinación entre niveles

asistenciales, mayor implicación de todos los profesionales de la salud, un mayor grado de adherencia a las guías de práctica clínica, y que ofrezca, como resultado, mayor calidad asistencial y buenos criterios de eficiencia en clave de coste-efectividad.

En este sentido, el nuevo PAI de la exacerbación se está elaborando con rigor metodológico, lo que significa que están participando las principales sociedades científicas implicadas en la EPOC, en base a una metodología de consenso (Delphi), considerando las necesidades y expectativas de los destinatarios, evaluando la situación de inicio y contemplando la monitorización de indicadores, incluyendo una encuesta del manejo asistencial e indicadores de estructura, proceso y resultados, y basado en las mejores evidencias científicas, enarbolando GesEPOC como guía de práctica clínica de referencia.

Por último, y respecto a la Vía Clínica informatizada de la Comunidad Valenciana, señalar que se ha basado en el PAI de la exacerbación de la EPOC, lo que convierte a la Vía en un ejemplo de cómo adaptar ese proceso asistencial integrado de ámbito nacional,

a un ámbito más local. La Vía Clínica Informatizada desarrollada en Valencia es un modelo vinculado a la historia de salud informatizada, en la que se practica una recogida sistemática y ágil de la información, que implica una carga automática de datos, que supone una ayuda diagnóstica y terapéutica, cuya clave fundamental sea la detección automática de las variaciones, proponiendo la corrección necesaria, y que sea capaz de monitorizar de forma continua y automatizada sus indicadores.

TELEMEDICINA Y CRONICIDAD EN EPOC

Moderador:

Dr. Carlos Sola

Subdirector de Asistencia Sanitaria

OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD



Dr. Bernardo Valdivieso

Director del Área Clínica de Atención domiciliaria y telemedicina

HOSPITAL LA FE

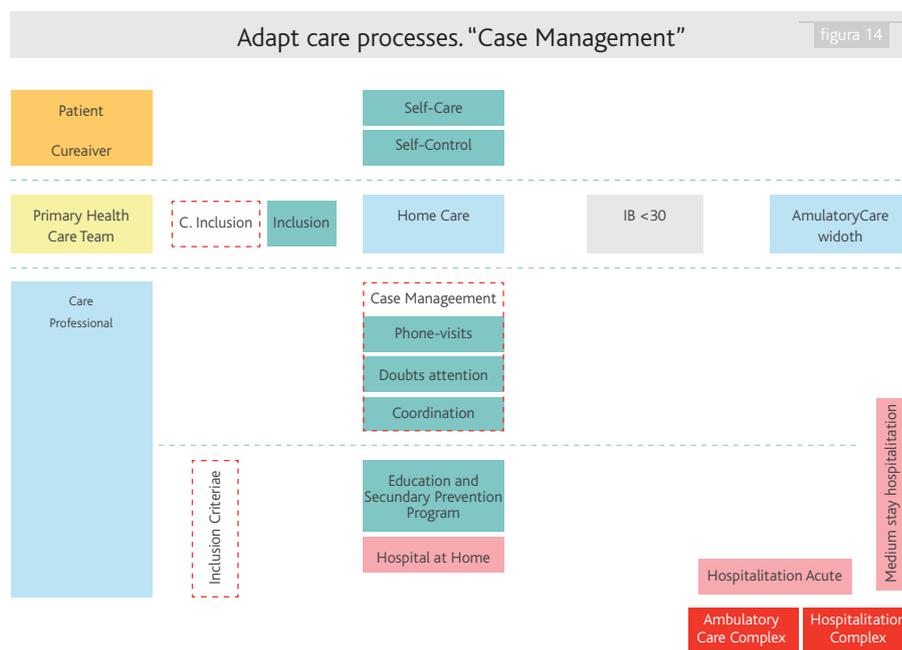
VALENCIA

La innovación debe ser el pilar básico de la gestión del paciente crónico, y para ello es imprescindible no perder de vista el concepto de gestión integral del paciente. La telemedicina debe formar parte de las actuaciones futuras y orientar sus posibilidades hacia aquel sector de pacientes que más recursos consumen, por razones obvias.

En base a un estudio predictivo realizado en La Fe de Valencia, se determinó que el 40% del total del consumo de recursos se centraba en pacientes crónicos descompensados, por lo que se justificaba la realización de un estudio en el que se analizara hasta qué punto la innovación podría mejorar esas cifras

y suponer un ahorro a nivel de costes y una mejora de la calidad de vida del paciente.

Tras la identificación de pacientes, en base a datos de altas ya existentes en el hospital, se creó un modelo predictivo capaz de predecir el 26% de las estancias totales del hospital y apuntando qué pacientes, con un año de antelación, podrían acudir al centro a consumir recursos. Cuando se ha detectado a ese paciente, se procede a acudir a su domicilio durante tres días para educarlo en aspectos básicos de la enfermedad, y cuáles pueden ser las herramientas que puede utilizar en su domicilio y cuál su responsabilidad



Procesos de atención. «Gestión de Casos»

figura 15



en el proceso, referida al chequeo de síntomas. A partir de aquí recibirá la visita del médico y la enfermera de forma periódica, aunque cada 15 días el servicio de enfermería se pone en contacto no presencial con el paciente (figura 14). Es esencial subrayar que a estos pacientes se les otorga de un mayor grado de recursos humanos. La clave radicará en si esa inversión será capaz de reducir, más adelante, el consumo de recursos hospitalarios (figura 15).

Es en este momento cuando se incluyen las nuevas tecnologías, y para ello se adapta un sistema multiplataforma

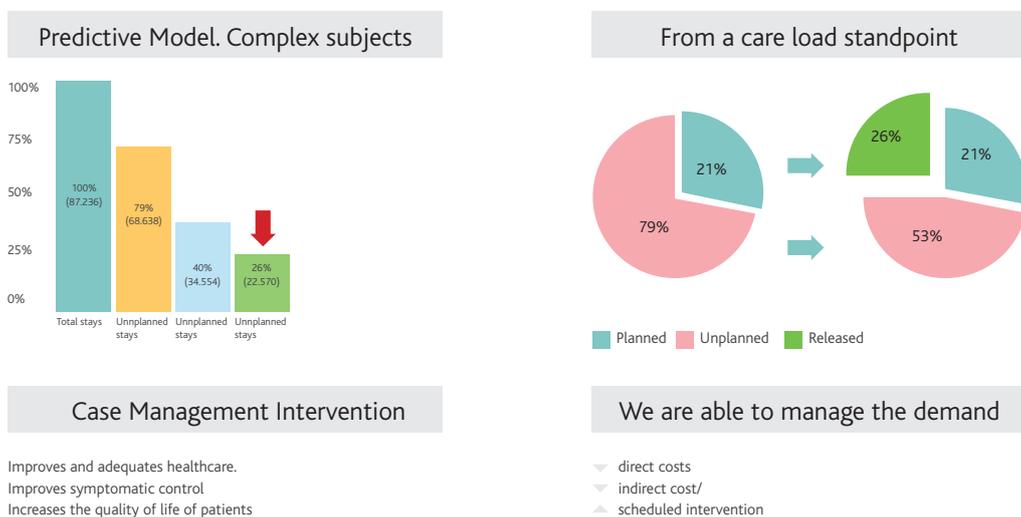
existente en la Comunidad Valenciana, integrado en la historia clínica del paciente, capaz de analizar variables y, en función de las mismas, aplicar soluciones, lo cual es absolutamente novedoso. Así, el sistema plantea objetivos, analiza la normalidad o anormalidad de las variables registradas, crea alertas y, finalmente, sugiere intervenciones. La evaluación de esta intervención pone de manifiesto que en el paciente crónico, de alta complejidad, se puede conseguir hasta un 79% de ahorro en el consumo, y que en base a este modelo predictivo, sería posible liberar hasta un 26% de ingresos hospitalarios

(figura 16). Para confirmar estos resultados, se ha puesto en marcha un estudio clínico, asociado a un modelo de costes, cuyos resultados se conocerán en 6 meses, y que dictaminará si esta intervención es o no sostenible.

En resumen, lo que se persigue es innovar, conseguir que todos los profesionales de la salud trabajen de forma integrada y en red, y eso supone un cambio cultural importante, así como la implicación del paciente y de sus cuidadores.

Assessment. Value proposition

figura 16



INVESTIGACIÓN EN EPOC

Moderador:

Dr. Pedro Gómez

Subdirector General

INSTITUTO DE SALUD CARLOS III



Dr. Borja G. Cosío

Coordinador de la Estrategia de EPOC

ILLES BALEARS

Si alguien se pregunta por qué es necesario investigar, la respuesta puede orientarse hacia una sola respuesta: para mejorar el nivel asistencial, tanto el propio como el ajeno, y con los objetivos de generar nuevo conocimiento, fomentar la formación continuada, crear un cierto estímulo profesional, generar recursos económicos y mejorar la imagen de la institución donde se desarrolla la labor profesional. No es únicamente una cuestión filosófica.

El problema, en el ámbito de la salud, es que no existe el super-médico capaz de desarrollar su tarea como clínico, profesor, investigador y gestor, por lo que la investigación, tal y como debería suceder con la asistencia, la docencia o la gestión, deben considerarse objetivos corporativos, en los que los componentes del grupo o del servicio participan de forma desigual y siempre para beneficio del colectivo.

La investigación también está presente en la Estrategia en EPOC, como una de sus seis líneas estratégicas, y se considera como una de sus acciones prioritarias, reclamando la realización de una investigación coordinada y de primer nivel, tanto a

nivel epidemiológico, básico, clínico y traslacional. Así, la Estrategia aboga por promover líneas de investigación interdisciplinarias prioritarias en EPOC, poner en marcha medidas que potencien la creación de redes acreditadas de centros de investigación y grupos de excelencia en la EPOC, y finalmente promover la investigación en Atención Primaria sobre cuidados en la EPOC.

La evaluación de la implantación de la Estrategia en EPOC, desde el punto de vista de la investigación, está demostrando que, a pesar de todo, no se está promoviendo la investigación en las CCAA tal y como sería deseable. En los últimos años sólo se ha experimentado un ligero aumento de proyectos a este nivel, y no han variado las redes acreditadas de investigación y grupos de excelencia, que siguen siendo seis.

A pesar de ello, es evidente que se sigue trabajando en este terreno, y buena prueba de ello es la aparición del estudio AUDIPOC, una auditoría sobre la EPOC en España que demuestra que el cumplimiento es aspectos tan esenciales como la realización de un diagnóstico correcto de EPOC con espirometría obstructiva sólo se cumple en el 50,8%,

y que la ayuda para dejar de fumar únicamente la recibe el 43,9% de los pacientes (figura 17).

Estos son datos con un tremendo peso específico, porque se ha determinado que, por ejemplo, el no cumplimiento del diagnóstico correcto se asocia a un mayor riesgo de mortalidad, tanto global como durante el ingreso; mientras que cumplir con el criterio de calidad que reza ofrecer ayuda para dejar de fumar al paciente EPOC se asocia a una menor proporción de ingresos por cualquier causa y menor mortalidad.

Otro buen ejemplo es la puesta en marcha del proyecto "Early COPD" mediante el cual se intenta ofrecer respuestas a aspectos tan desconocidos todavía como la EPOC de alta actividad. Se intentará caracterizar a estos pacientes desde una edad bien temprana, y eso puede traducirse en más información sobre la validez del diagnóstico precoz.

Otros objetivos de este estudio perseguirán identificar precozmente la EPOC que va a tener una progresión mayor, o qué factores clínicos, demográficos o biológicos permiten

predecir los fumadores que van a desarrollar EPOC en el futuro.

A modo de conclusión recordar que la investigación es un objetivo estratégico que necesita apoyo institucional, que la investigación cooperativa de calidad genera conocimiento que se traduce en la práctica clínica y que repercute en el resto de los objetivos estratégicos, y que evaluar las intervenciones también es investigar.

figura 17

Indicadores de cumplimiento de los Estándares de calidad clave en AUDIPOC

Indicador	Criterio de calidad	Cumplimiento
E1	Diagnóstico correcto de EPOC	50,8%
E2	Ayuda a dejar de fumar	43,9%
E3	Broncodilatadores de acción corta	97%
E4	BDAP	88,5%
E5	BAAP+CSI	86,6%
E6	OCD	N/A
E7	BDAC durante la exacerbación	96%
E8	CS durante la exacerbación	91,1%
E9	Antibioterapia durante la exacerbación	92,2%
E10	O2 durante la exacerbación	100%
E12	Clasificación de gravedad GOLD	61,1%
E20	BAAP+LAMA+CSI	91%

HACIA UN MODELO INTEGRADO DE LA EPOC. REALIDADES Y COMPROMISOS A CORTO PLAZO

Moderador:

Dr. Julio Ancochea

Coordinador Científico de la Estrategia de EPOC

Sistema Nacional de Salud

Con este debate se pretende conocer de primera mano, por los propios responsables autonómicos del despliegue de la Estrategia en EPOC, una evaluación del grado de implantación de la iniciativa en cada región y cuáles son las prioridades inmediatas a poner en marcha a corto plazo.

TERTULIA

Comunidad Extremeña

Dr. Manuel Granado

Director General de Planificación, Calidad y Consumo

Consejería de Salud y Política Social

GOBIERNO DE EXTREMADURA

El actual gobierno lleva únicamente dos años al frente de la política extremeña, por lo que su mayor esfuerzo se ha centrado en la realización de un análisis de la situación de Extremadura en el terreno de la salud, así como crear el nuevo plan de salud 2013-2020, y dentro de él, ocupando un puesto preferente, las enfermedades crónicas respiratorias y, por lo tanto, la puesta en marcha de la Estrategia en EPOC. Es difícil evaluar lo realizado hasta la fecha, partiendo de un simple análisis de la situación actual, pero desde la Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo se ha lanzado el compromiso de poner manos a la obra en el desarrollo, desde ya mismo, de la Estrategia en EPOC del SNS.

Castilla La Mancha

D. Alberto Rodríguez

Director de Desarrollo Asistencial del Servicio de Salud

CASTILLA LA MANCHA

La situación en Castilla La Mancha es similar a la descrita por los responsables extremeños, dado el poco tiempo que la nueva administración lleva al frente del gobierno autonómico. En este momento se intenta integrar la EPOC en el plan de abordaje del paciente crónico. Estamos en la fase final del diseño del plan y la idea básica se centra en la estratificación de pacientes, realizando actuaciones en función de sus necesidades. Se está priorizando especialmente la continuidad, intentando ofrecer el máximo grado de asistencia al paciente, lo que implica un trabajo conjunto entre primaria y especializada. También se están realizando esfuerzos importantes en la evaluación del ejercicio como aspecto esencial en el abordaje terapéutico del paciente crónico, y el intento de integrar al paciente y cuidador en el proceso asistencial.

La intención de la Consejería de Salud es que el Plan tome forma e inicie su andadura a finales de 2013.

Castilla y León

Dr. Siro Lleras

Director Técnico de Asistencia Sanitaria e Inspección

SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN

Entre los puntos fuertes que se registran en nuestra Comunidad Autónoma, destacar la implantación, entre los años 2004-2005 del plan de deshabituación tabáquica en los centros de salud, también se ha desarrollado el sistema de continuidad de cuidados, en la que se integra a todos los profesionales de la salud, y el trabajo desarrollado en la puesta en marcha de una estrategia de gestión por procesos, en la que se incluye la EPOC, y donde se han sumado las últimas recomendaciones de GesEPOC. Este proceso cuenta con un correlato informático sin el que no sería posible su implantación.

Como puntos por abordar, señalar la necesidad de cerrar la coordinación de continuidad con la atención especializada, desde el punto de vista informático. También debemos señalar que no se ha conseguido todavía implicar suficientemente a enfermería en el proceso de integración de todos los profesionales de la salud, especialmente en el terreno de la atención primaria. Los circuitos de espirometrías también suponen una asignatura pendiente, tanto desde el punto de vista de cantidad como de calidad de las mismas. Se ha realizado un estudio al respecto que permitirá corregir esta situación, especialmente en Primaria, potenciando el control de calidad de las mismas. Eso nos lleva a pensar que el diagnóstico de EPOC no se está realizando correctamente en nuestra Comunidad.

Durante el presente año hemos aprobado la estrategia de atención al paciente crónico, un marco donde se incluirán todas las actuaciones referentes al paciente con EPOC.

Comunidad de Madrid

Dr. Antonio Alemany

Director General de Atención Primaria y Salud Pública

SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

Madrid parte de la línea de salida en una situación de ventaja: los aspectos plasmados en la nueva Estrategia en EPOC de la Comunidad de Madrid no es más que lo que, de forma descoordinada, se estaba realizando ya en nuestros centros de salud, sin la integración que necesariamente debe existir entre primaria y especializada.

Cuando se analiza el trabajo que se está desarrollando en las distintas Comunidades se llega fácilmente a la conclusión de que los problemas son comunes, y que en todas las regiones se está intentando desarrollar la estrategia dictada por el Ministerio en función de las necesidades y capacidades de cada Comunidad. Pero es cierto que los problemas parecen ser los mismos: mejorar la lucha contra el tabaquismo e implementar circuitos de espirometrías de calidad que mejoren el diagnóstico de la EPOC.

Respecto a la Estrategia en EPOC recordar que acabamos de conocer su diseño y que, a pesar de los retrasos registrados, se pondrá en marcha en breve junto con el plan de abordaje de pacientes crónicos.

También es preciso recordar que se incluirán contratos de evaluación de objetivos relacionados con la Estrategia en EPOC en los centros de Atención Primaria.

País Vasco

Dña. M^aLuisa Arteagoitia

Directora de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitaria

GOBIERNO VASCO

En Euskadi se ha optado no por un plan único, sino por la intervención en base a actuaciones transversales orientadas a la integración de la atención sociosanitaria, a la integración y la continuidad, y todo ello incluido en un plan de atención a la cronicidad.

En el terreno de las espirometrías contamos con un proyecto de telemedicina que evalúa la calidad de las ya realizadas, y que a su vez está evaluado desde el punto de vista económico, lo que determina su impacto económico, e identifica las espirometrías que no alcanzan los criterios de calidad básicos para fomentar la formación.

También hemos puesto en marcha proyectos de enfermería de práctica avanzada, y tenemos varios proyectos de control no presencial de pacientes con EPOC, dependiente de emergencias, y que monitoriza los tres proyectos de telemedicina que se han desarrollado.

Otro proyecto interesante ha sido la puesta en marcha de la escuela de pacientes, mediante la que se persigue su formación y conseguir contar con pacientes activados, capaces de corresponsabilizarse de su patología y consigan un mayor autocontrol.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Dra. Sonia García

Subdirectora General de Calidad y Cohesión

En muchas ocasiones es realmente difícil llevar a la práctica, a nivel autonómico, todos aquellos proyectos que se generan desde el ámbito de la salud. No se debe a una falta de cooperación, sino por las diferencias competenciales que existen entre muchas de ellas. Pero sí que es cierto que a las ya existentes estrategias en formato papel, en manos de todos, el Ministerio debería dar un paso más e intentar ayudar a su implementación, y así se va a hacer en el terreno de la EPOC.

Por ello se ha creído oportuno desarrollar herramientas de ayuda a la implementación, como fórmulas de detección de buenas prácticas, que estén validadas, evaluadas y con facilidad de implementación en todas las autonomías. Ese debe ser uno de los objetivos esenciales para el año que viene de la Estrategia en EPOC. El Ministerio ya ha conseguido que eso sea una realidad en enfermedades raras, y ahora el reto deberá centrarse en implantarlo en el terreno de la EPOC.

Otros aspectos a tener en cuenta en los próximos meses es trabajar en las competencias de enfermería, que deberán analizarse a fondo, y en la exportación del sistema balear de telemedicina (PAPEC) a todas las Comunidades Autónomas. El Ministerio inquirió hasta qué punto estarían interesadas en importar este modelo, y se decidió de forma mayoritaria que así fuera, decidiéndose igualmente que la primera patología en la que se aplicaría fuera EPOC.

Illes Balears

Dr. Amador Ruiz

Director Médico de Atención Primaria

ILLES BALEARS

PAPEC se ha mostrado como una herramienta capaz de ser aplicada en todos los ámbitos asistenciales, desde primaria a especializada pasando por sociosanitaria, enfermería o residencias de ancianos. El proyecto del Ministerio nos ofrece la posibilidad de intentar responder todas las dudas que la herramienta pudiera generar en su implementación en el resto de autonomías, ampliando sus capacidades y mejorando sus resultados.

Respecto a la puesta en marcha de la Estrategia, consideramos que la lista de deberes es más amplia que los haberes, pero consideramos que, como pioneros en su puesta en marcha, podemos realizar una buena valoración final.

Comunidad de Murcia

Dr. José Antonio García
Director General de Planificación, Ordenación Sanitaria
y Farmacéutica, e Investigación
CONSEJERÍA DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL.

A pesar de que la EPOC ha sido uno de los objetivos esenciales en nuestros planes de salud, a día de hoy todavía no hemos respondido a problemas concretos, como la variabilidad de los resultados de las pruebas diagnósticas, o la existencia de un 70% de infradiagnóstico. Esta situación ha obligado a actuar y se han puesto en marcha campañas extensas de formación en atención primaria en base a fórmulas de colaboración público-privada. Así, el indicador de espirometría se ha incluido en el contrato de gestión de los centros de salud, se está analizando la capacidad de la espirometría de mesa frente a la tradicional, se está estudiando el abordaje al paciente con EPOC grave, y en paralelo existe un grupo diseñando del proceso asistencial integral.

Comunidad Valenciana

M^a José Avilés
Subdirectora General de Asistencia Sanitaria
AGENCIA VALENCIANA DE SALUD

Valencia diseñó un plan de implantación de la Estrategia en EPOC, puesto en marcha en el año 2011, cuya principal característica es que su diseño científico es evaluable en todos sus aspectos. Como ha ocurrido en otras Comunidades, el diseño fue rápido y con una alta participación de profesionales de la salud, pero los problemas surgen en la fase de despliegue.

El foro ha servido para analizar lo realizado hasta la fecha, pero sí que consideramos preciso recordar la altísima cantidad de infradiagnóstico que todavía se detecta. Para intentar solucionar estos aspectos se ha reforzado la formación de profesionales de la salud, y en la dotación de espirómetros en todos los centros básicos de salud, acompañada de la formación necesaria para los profesionales que deben manejarlos.

Un aspecto no menos importante es el relacionado con la creación de nuevas guías clínicas, lo que está íntimamente relacionado con el desarrollo de la historia de salud informatizada. La profusión de datos sobre nuestros pacientes puede ser la vacuna contra la variabilidad.

En Valencia también hemos puesto en marcha la plataforma de gestión de la cronicidad, dándole todo el protagonismo a la EPOC.

Conclusiones

A modo de conclusión, el moderador ha recordado que la implementación de la Estrategia en EPOC del SNS en las Comunidades Autónomas debe pasar por un apoyo institucional de los decisores sin fisuras, por la necesidad de progresar y por reconocer, que a pesar de los pesares, sí existen diferencias esenciales entre las distintas Comunidades Autónomas, lo que se traduce en varias marchas de implementación de la Estrategia, aunque ha insistido en que no debe hacerse de ello una lectura negativa. Asimismo, ha señalado que es preciso concretar herramientas de coordinación entre profesionales, así como la necesidad de compartir recursos, y que la consecución de los objetivos de la Estrategia debe pasar por la búsqueda de alianzas con inversores, como la industria farmacéutica.

CONFERENCIA DE CLAUSURA

Dra. Carmen de Aragón, Presidenta de la Comisión de Sanidad en el Senado

A pesar de que la política y los políticos no están pasando por su mejor momento de popularidad, y de que la supuesta sabiduría popular dicta que no es bueno hacer política de la salud, considero que debemos defender al político, y a la política sanitaria, porque hacer política sanitaria no es más que optimizar recursos y mejorar la calidad de vida de las personas. Hay que exigir que el político haga política sanitaria, no que politice la salud.

No puedo por menos que alegrarme de que las Comunidades Autónomas, junto con el Ministerio de Sanidad, hayan decidido que la EPOC debe ser la primera patología a abordar en el seno del plan de gestión de crónicos, porque la EPOC sigue siendo una gran desconocida, a pesar de ser una de las patologías más discapacitantes.

Respecto a los profesionales de la salud debo partir una lanza en su favor, y muy especialmente sobre los médicos de atención primaria, los profesionales de la enfermería y los servicios sociales. Por otra parte, es preciso que los especialistas, que han detentado el "poder" en las áreas de salud fundamentales, empiecen también a valorar a estos profesionales de la salud y consideren la posibilidad de crear grupos pluridisciplinares que, en el terreno de la EPOC, sean capaces de mejorar la gestión de sus pacientes. No debe olvidarse que el paciente es el punto esencial de ese abordaje,



AGÈNCIA
VALENCIANA
DE SALUT



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT



Boehringer
Ingelheim

II Jornadas de seguimiento
Valencia, 25 y 26 de octubre de 2013

SPI.1229.062014