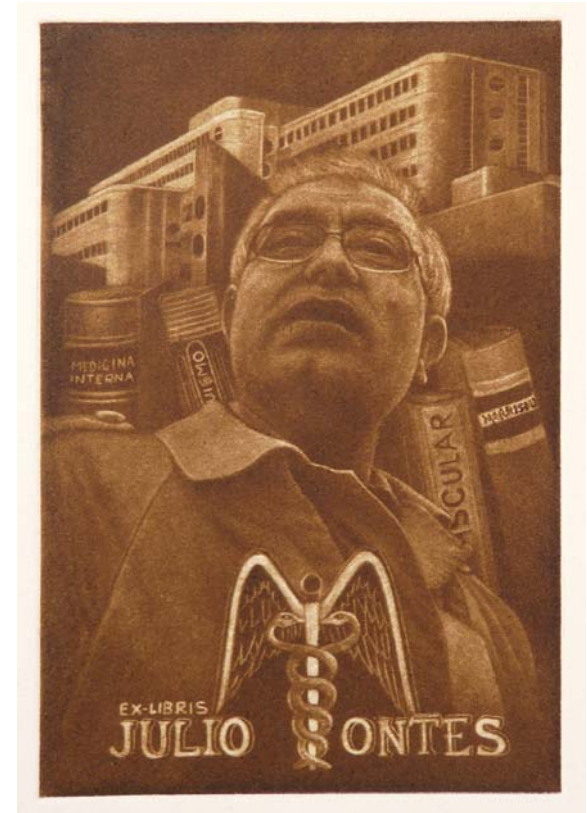




Un ejemplo de Guía para pacientes con **EPOC e IC**

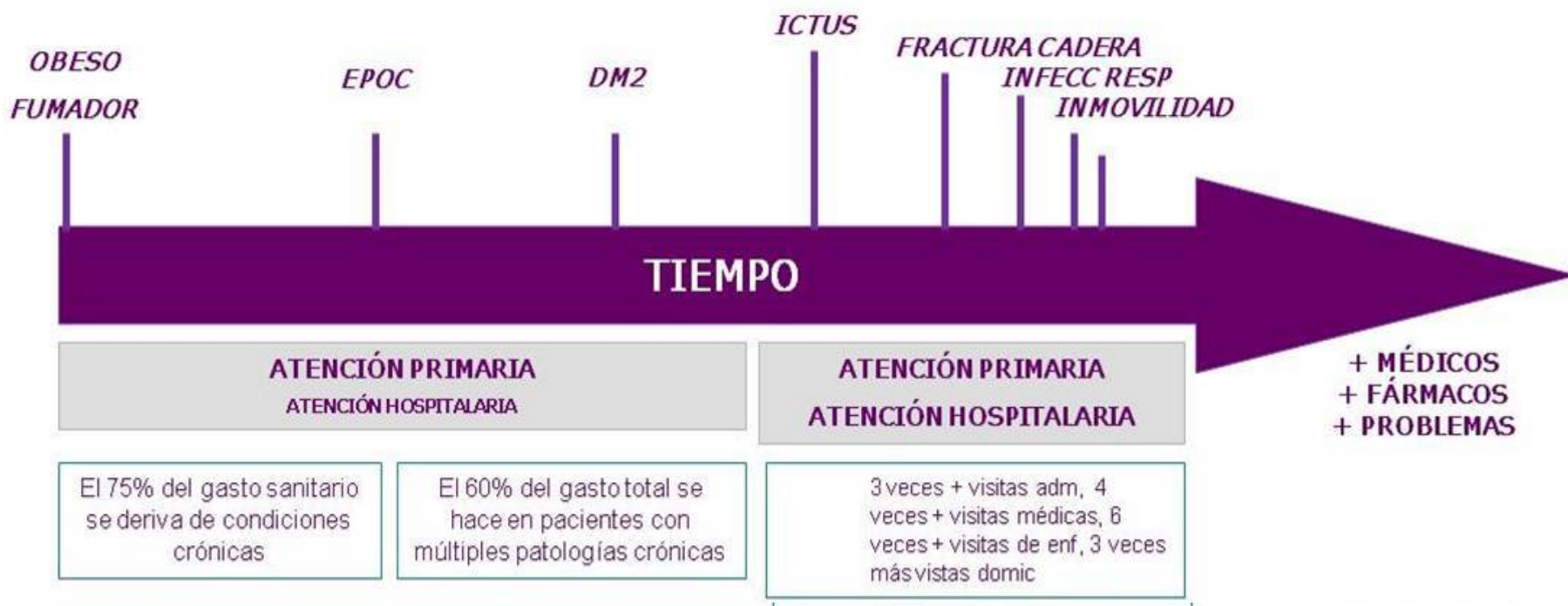


**Complejo Hospitalario
Universitario. Vigo**

23/05/2014



Enfermedades crónicas





ESTRATEGIA SOGAMI

1. Conocimiento del punto de partida
2. Divulgar experiencias ya realizadas
3. Elaborar Monográfico
4. Elaborar o adaptar guías de manejo de pacientes pluripatológicos
5. Difundir estas estrategias entre miembros en:
Revista Galicia clínica.
Webs
Sergas
6. Implementar dichas Guías de actuación y adaptación a ámbitos locales

Todo ello coordinado en Estrategia de Atención a la Cronicidad en Galicia

1. Conocimiento del punto de partida

Enfermos dados de alta por áreas sanitarias

Leyenda

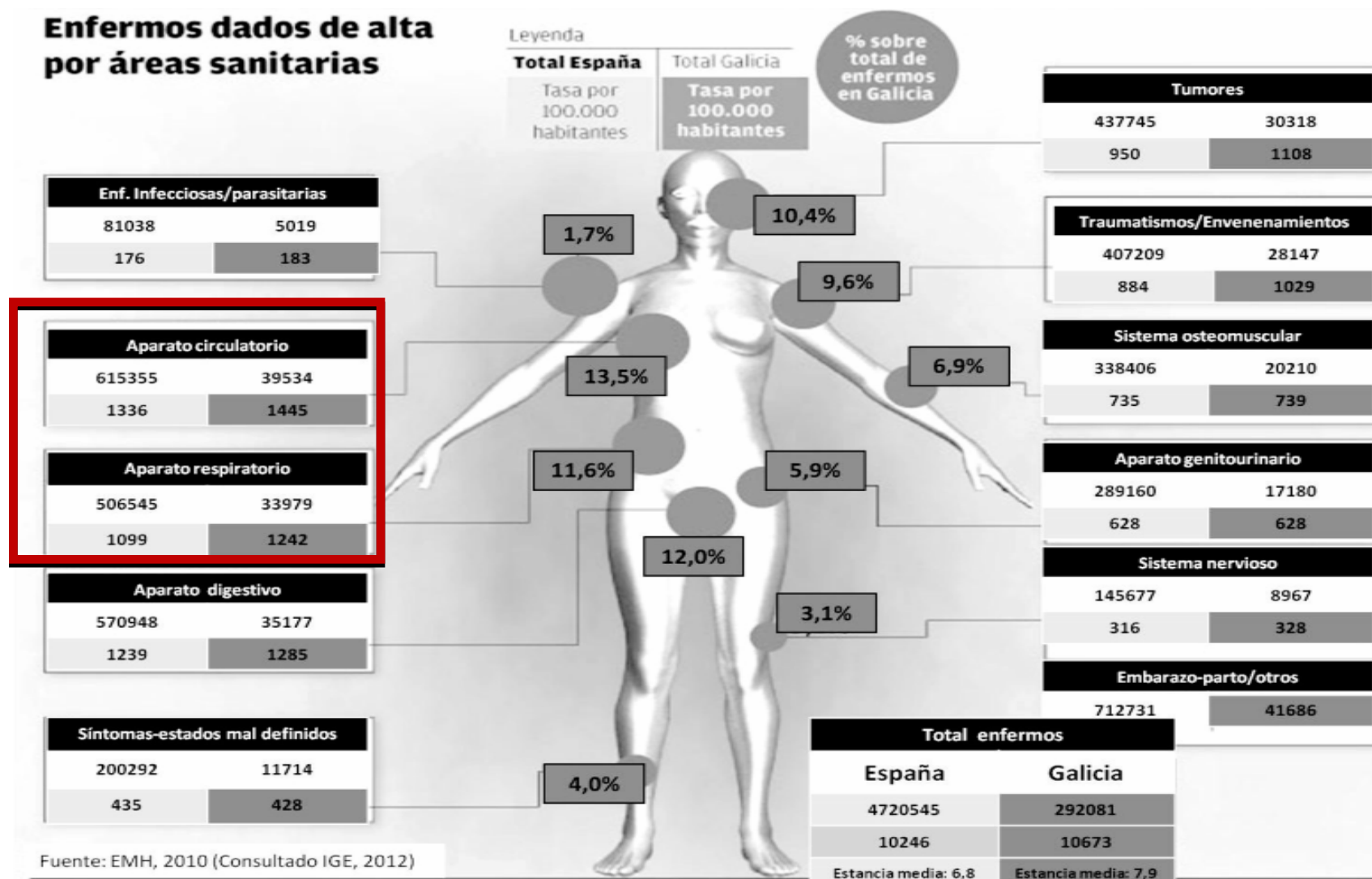
Total España

Tasa por
100.000
habitantes

Total Galicia

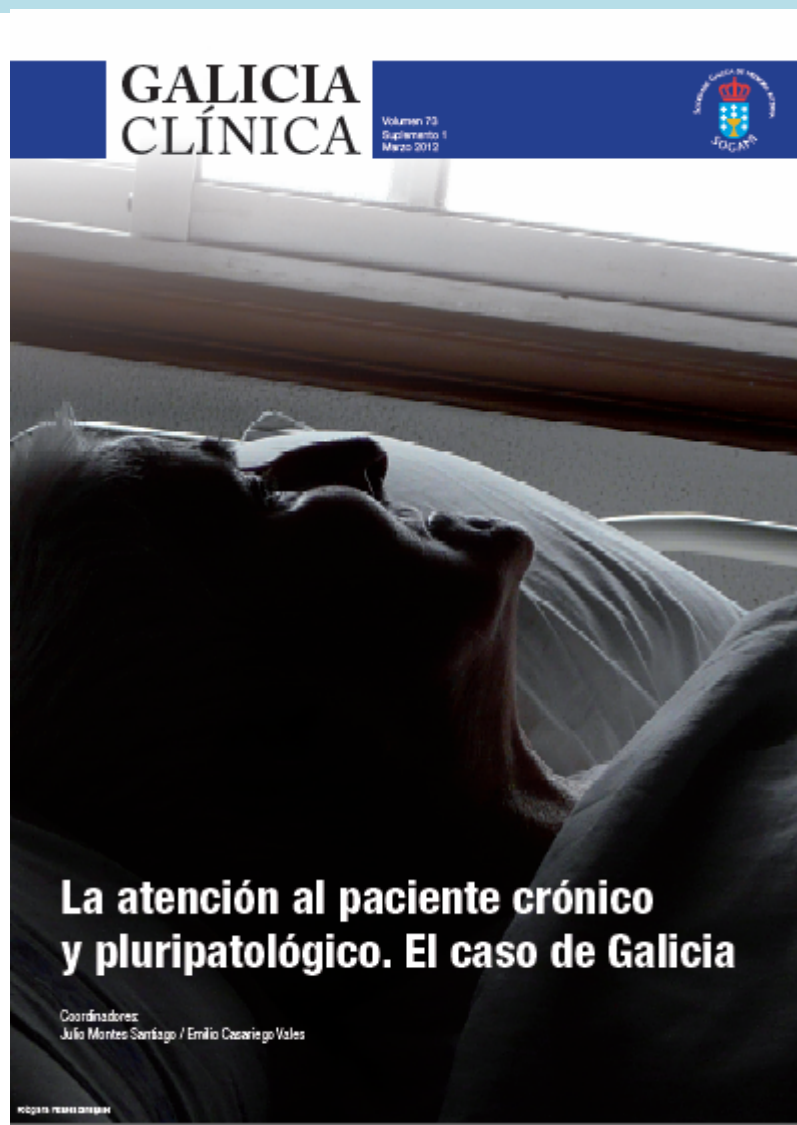
Tasa por
100.000
habitantes

% sobre
total de
enfermos
en Galicia



1. Conocimiento del punto de partida

Elaborando propuestas



**GALICIA
CLÍNICA**

Volumen 73
Suplemento 1
Marzo 2012



La atención al paciente crónico y pluripatológico. El caso de Galicia

Coordinadores:
Julio Montes Santiago / Emilio Casariego Vales

Galicia Clínica / Sociedade Gallega de Medicina Interna

SUPLEMENTO

La atención al paciente crónico y pluripatológico. El caso de Galicia

La asistencia a pacientes crónicos y pluripatológicos. Magnitud e iniciativas para su manejo: La Declaración de Sevilla.

Situación y propuestas en Galicia

*The chronic patient with plurypathology. Magnitude and initiatives for
management: The Seville Statement. Situation and proposals in Galicia*

Julio Montes Santiago¹, Emilio Casariego Vales², Manuel de Toro Santos³, Esther Mosquera⁴

¹Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUV), SERGAS, Vigo

²Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Lucas Agustín, SERGAS, Lugo

³Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHOU), SERGAS, Ourense

⁴Servicio agnóstico de Gestión Sanitaria, Asistencia

Resumen

El progresivo envejecimiento de las poblaciones con el exponencial crecimiento de pacientes con enfermedades crónicas y pluripatológicas y dependencia que ello conlleva ha supuesto importantes desafíos para las administraciones y financiación de los sistemas sanitarios. Por ello, se están desarrollando diversas estrategias para afrontar tales desafíos. También en España la Declaración de Sevilla 2011 ha impulsado un Plan Integral nacional sobre atención al paciente con enfermedades crónicas, basado en tres pilares: involucrar al paciente y la comunidad, establecer pautas para organizar la asistencia y desarrollar la información clínica y toma de decisiones. Ello es particularmente importante en Galicia que presenta una población más envejecida y con mayor prevalencia de enfermedades crónicas que la media nacional. En tal sentido la Estrategia SERGAS 2014 en dicha Comunidad pretende aportar objetivos y líneas de actuación para enfrentar tales problemas. En sintonía con tales planes en nuestro entorno la SOGAMI ha establecido un plan de inicio para involucrar a sus miembros en una atención más informada y eficiente para los pacientes crónicos y pluripatológicos.

PALABRAS CLAVE: Pacientes pluripatológicos, Declaración de Sevilla, Sociedad Gallega de Medicina Interna.

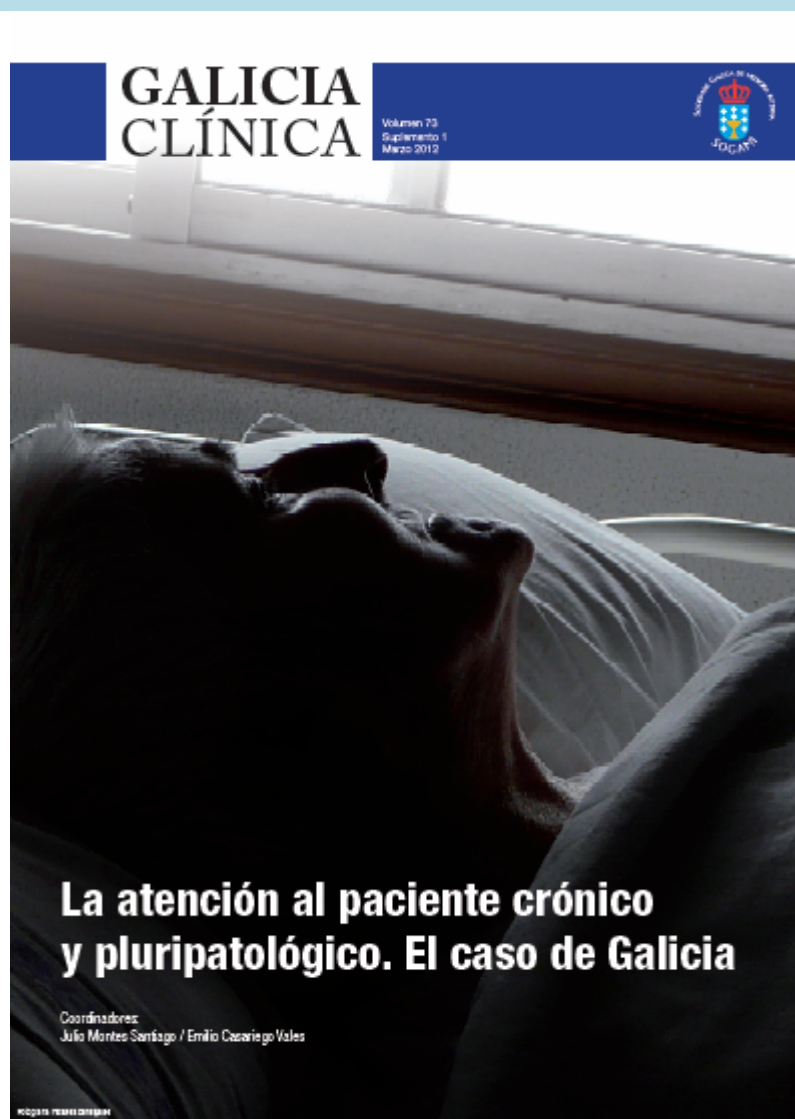
Abstract

The progressive aging of populations with an exponential growth of patients with chronic and poly-pathologic diseases and associated disabilities pose significant challenges for Administration and Finances of the Health systems. Therefore, some strategies to address these problems are developing. In Spain, the "Declaración de Sevilla 2011" (Seville statement) is impulsing a national comprehensive plan care for patients with chronic diseases, based on three fundaments: involvement of the patient and community establishment of guidelines to organize care and development of clinical information and decision making. These are particularly important because in Galicia there is an extremely aged population with increased prevalence of chronic diseases. In this sense, the objective of "SERGAS 2014" proposal is to provide aims and lines of action to confront such challenges. In agreement with these plans in our environment, the SOGAMI is establishing an initial plan to involve its members in a more informed and efficient care for patients with chronic and multiple diseases.

KEY WORDS: Patients with Poly-pathology, Seville Statement 2011, Galician Society of Internal Medicine.

ESTRATEGIA SOGAMI

1. Conocimiento del punto de partida
2. *Divulgar experiencias ya realizadas*



Lugo

Comité de Coordinación Científica de Medicina Interna

Multimorbilidad en los servicios médicos hospitalarios: un problema clínico y de gestión

Multimorbidity in hospital medical services: a clinical and management problem

Maria Mateosanz Fernández¹, Iria Vázquez Vázquez², David Rubal Bran³, Sonia Pérezga Díaz⁴,
Jesús Conde Freire⁴, Emilio Casariego Vales⁵

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Lucas Aguado. SERGAS. Lugo

²Unidad de epidemiología clínica y biostatística. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC). SERGAS. A Coruña

³Servicio de Documentación Médica. Hospital Universitario Lucas Aguado. SERGAS. Lugo

SUPLEMENTO

La atención al paciente crónico y pluripatológico. El caso de Galicia

La organización de la asistencia sanitaria a pacientes crónicos con pluripatología: La experiencia de Ourense

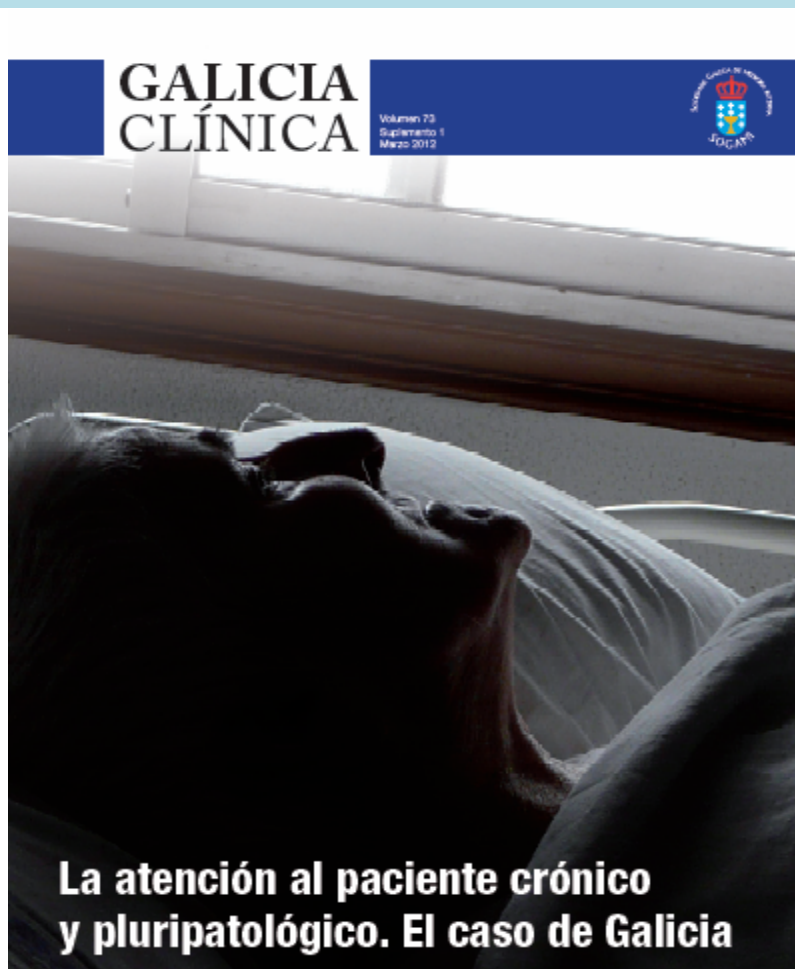
*Organization of the medical care of chronic patients with plurypatology
Ourense experience*

Manuel de Toro Santos, Salomé Gil Rodríguez, Consuelo Benito Torres, Pilar Rozas Lozano

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO). SERGAS. Ourense

ESTRATEGIA SOGAMI

1. Conocimiento del punto de partida
2. Divulgar experiencias ya realizadas
3. *Elaborar Monográfico*



Coordinadores:
Julio Montes Santiago / Emilio Casariego Vales



Problemas...

- Mayoría de pacientes con >1 enfermedad
- Manejo conjunto: puede ser diferente al separado
- Información escasa y muy diseminada
- Las GPC habituales no lo recogen

Más problemas...

- Pacientes excluidos habitualmente de los ECR.

De 15 ECR de BB en IC (CIBIS, BEST, Copernicus, Capricorn, Seniors, etc...) sólo 1 indica prevalencia de EPOC (Merit-HF: 5,3%).

Hawkins NM et al. Heart failure Current Clinical issues & Future Trends 2012; 1-30

- Información: proviene de estudios de diseño “menos riguroso”
- Metodología: no existe estructura definida

ATS/ERS Ad Hoc Committee on Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development

Desarrollo de Guías: una difícil tarea (14 artículos sobre características)

1. ☒ [Adaptation, evaluation, and updating of guidelines: article 14 in Integrating and coordinating efforts in COPD guideline development. An official ATS/ERS workshop report.](#) Burgers JS, Anzueto A, Black PN, Cruz AA, Fervers B, Graham ID, Mettersky M, Woodhead M, Yawn BP; ATS/ERS Ad Hoc Committee on Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. *Proc Am Thorac Soc.* 2012 Dec;9(5):304-10. doi: 10.1513/pats.201208-067ST. Review.
2. [Disseminating and implementing guidelines: article 13 in Integrating and coordinating efforts in COPD guideline development. An official ATS/ERS workshop report.](#) Grimshaw JM, Schünemann HJ, Burgers J, Cruz AA, Heffner J, Mettersky M, Cook D; ATS/ERS Ad Hoc Committee on Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. *Proc Am Thorac Soc.* 2012 Dec;9(5):298-303. doi: 10.1513/pats.201208-066ST. Review.
3. ☐ [Reporting and publishing guidelines: article 12 in Integrating and coordinating efforts in COPD guideline development. An official ATS/ERS workshop report.](#) Wilson KG, Irwin RS, File TM Jr, Schünemann HJ, Guyatt GH, Rabe KF; ATS/ERS Ad Hoc Committee on Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. *Proc Am Thorac Soc.* 2012 Dec;9(5):293-7. doi: 10.1513/pats.201208-065ST. Review.
4. [Moving from evidence to developing recommendations in guidelines: article 11 in Integrating and coordinating efforts in COPD guideline development. An official ATS/ERS workshop report.](#) Schünemann HJ, Oxman AD, Akl EA, Brozek JL, Montori VM, Heffner J, Hill S, Woodhead M, Campos-Outcalt D, Alderson P, Woitalla T, Puhan MA, Falck-Ytter Y, Bousquet J, Guyatt G; ATS/ERS Ad Hoc Committee on Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. *Proc Am Thorac Soc.* 2012 Dec;9(5):282-92. doi: 10.1513/pats.201208-064ST. Review.
5. ☐ [How to integrate multiple comorbidities in guideline development: article 10 in Integrating and coordinating efforts in COPD guideline development. An official ATS/ERS workshop report.](#) Fabbri LM, Boyd C, Boschetto P, Rabe KF, Buist AS, Yawn B, Leff B, Kent DM, Schünemann HJ; ATS/ERS Ad Hoc Committee on Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. *Proc Am Thorac Soc.* 2012 Dec;9(5):274-81. doi: 10.1513/pats.201208-063ST. Review.
6. ☐ [Stakeholder involvement: how to do it right: article 9 in Integrating and coordinating efforts in COPD guideline development. An official ATS/ERS workshop report.](#) Cluzeau F, Wedzicha JA, Kelson M, Corn J, Kunz R, Walsh J, Schünemann HJ; ATS/ERS Ad Hoc Committee on Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. *Proc Am Thorac Soc.* 2012 Dec;9(5):269-73. doi: 10.1513/pats.201208-062ST. Review.
7. ☐ [Integrating values and consumer involvement in guidelines with the patient at the center: article 8 in Integrating and coordinating efforts in COPD guideline development. An official ATS/ERS workshop report.](#) Kelson M, Akl EA, Bastian H, Cluzeau F, Curtis JR, Guyatt G, Montori VM, Oliver S, Schünemann HJ; ATS/ERS Ad Hoc Committee on Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. *Proc Am Thorac Soc.* 2012 Dec;9(5):262-8. doi: 10.1513/pats.201208-061ST. Review.
8. ☐ [Synthesis, grading, and presentation of evidence in guidelines: article 7 in Integrating and coordinating efforts in COPD guideline development. An official ATS/ERS workshop report.](#) Guyatt G, Akl EA, Oxman A, Wilson K, Puhan MA, Wilt T, Guterman D, Woodhead M, Antman EM, Schünemann HJ; ATS/ERS Ad Hoc Committee on Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. *Proc Am Thorac Soc.* 2012 Dec;9(5):256-61. doi: 10.1513/pats.201208-060ST. Review.
9. ☐ [Incorporating considerations of cost-effectiveness, affordability, and resource implications in guideline development: article 6 in Integrating and coordinating efforts in COPD guideline development. An official ATS/ERS workshop report.](#) Hill SR, Olson LG, Falck-Ytter Y, Cruz AA, Atkins D, Baumann M, Jaeschke R, Woitalla T, Schünemann HJ; ATS/ERS Ad Hoc Committee on Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. *Proc Am Thorac Soc.* 2012 Dec;9(5):251-5. doi: 10.1513/pats.201208-059ST. Review.
10. ☐ [Deciding what type of evidence and outcomes to include in guidelines: article 5 in Integrating and coordinating efforts in COPD guideline development. An official ATS/ERS workshop report.](#) Wilt TJ, Guyatt G, Kunz R, Macnee W, Puhan MA, Viegi G, Woodhead M, Akl EA, Schünemann HJ; ATS/ERS Ad Hoc Committee on Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. *Proc Am Thorac Soc.* 2012 Dec;9(5):243-50. doi: 10.1513/pats.201208-058ST. Review.
11. ☐ [Guideline funding and conflicts of interest: article 4 in Integrating and coordinating efforts in COPD guideline development. An official ATS/ERS workshop report.](#) Boyd EA, Akl EA, Baumann M, Curtis JR, Field MJ, Jaeschke R, Osborne M, Schünemann HJ; ATS/ERS Ad Hoc Committee on Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. *Proc Am Thorac Soc.* 2012 Dec;9(5):234-42. doi: 10.1513/pats.201208-057ST. Review.
12. ☐ [Guideline group composition and group processes: article 3 in Integrating and coordinating efforts in COPD guideline development. An official ATS/ERS workshop report.](#) Kunz R, Frertheim A, Cluzeau F, Wilt TJ, Qaseem A, Leigemann M, Kelson M, Guyatt G, Schünemann HJ; ATS/ERS Ad Hoc Committee on Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. *Proc Am Thorac Soc.* 2012 Dec;9(5):229-33. doi: 10.1513/pats.201208-056ST. Review.
13. ☐ [Identifying target audiences: who are the guidelines for?: article 1 in Integrating and coordinating efforts in COPD guideline development. An official ATS/ERS workshop report.](#) Yawn BP, Akl EA, Qaseem A, Black P, Campos-Outcalt D; ATS/ERS Ad Hoc Committee on Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. *Proc Am Thorac Soc.* 2012 Dec;9(5):219-24. doi: 10.1513/pats.201208-054ST. Review.
14. ☐ [Priority setting in guideline development: article 2 in Integrating and coordinating efforts in COPD guideline development. An official ATS/ERS workshop report.](#) Atkins D, Perez-Padilla R, Macnee W, Buist AS, Cruz AA; ATS/ERS Ad Hoc Committee on Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. *Proc Am Thorac Soc.* 2012 Dec;9(5):225-8. doi: 10.1513/pats.201208-055ST. Review.

Tsiligianni IG et al.

Managing comorbidity in COPD: A difficult task. *Current Drug Targets* 2013; 14: 158

Hawkins NM et al.

Insuficiencia cardiaca y neumopatía obstructiva: el dilema de los betabloqueantes y beta estimulantes. *ACCF Heart Failure Current Clinical Issues& Future Trends* 2012; 2: 11-30.

ESTRATEGIA SOGAMI



1. Conocimiento del punto de partida
2. Divulgar experiencias ya realizadas
3. Elaborar Monográfico
4. *Elaborar o adaptar guías de manejo de pacientes pluripatológicos*

Plan de trabajo

Grupo multidisciplinar

Medicina interna, Cardiología, Neumología, Atención Primaria, Enfermería.

Revisión sistemática de bibliografía por documentalista

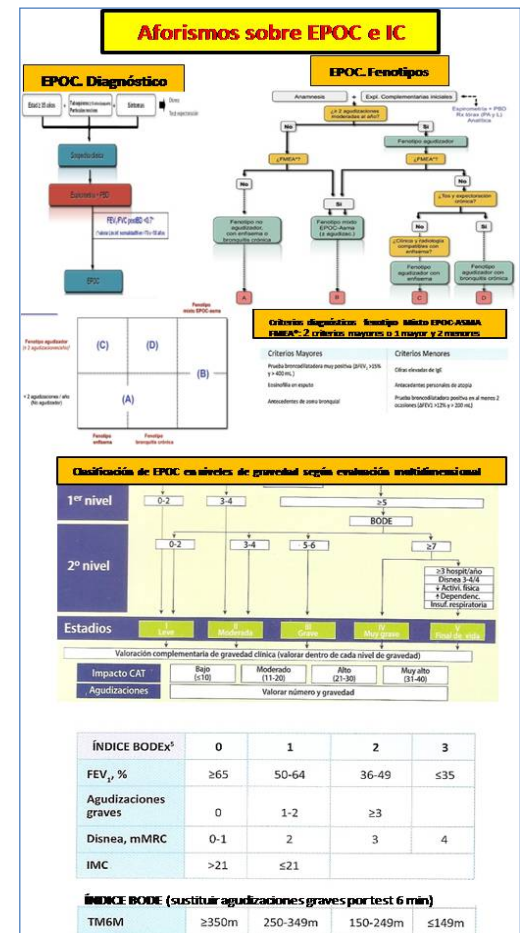
Trabajo por grupos

3 coordinadores: Metodología. Grupo EPOC. Grupo IC.

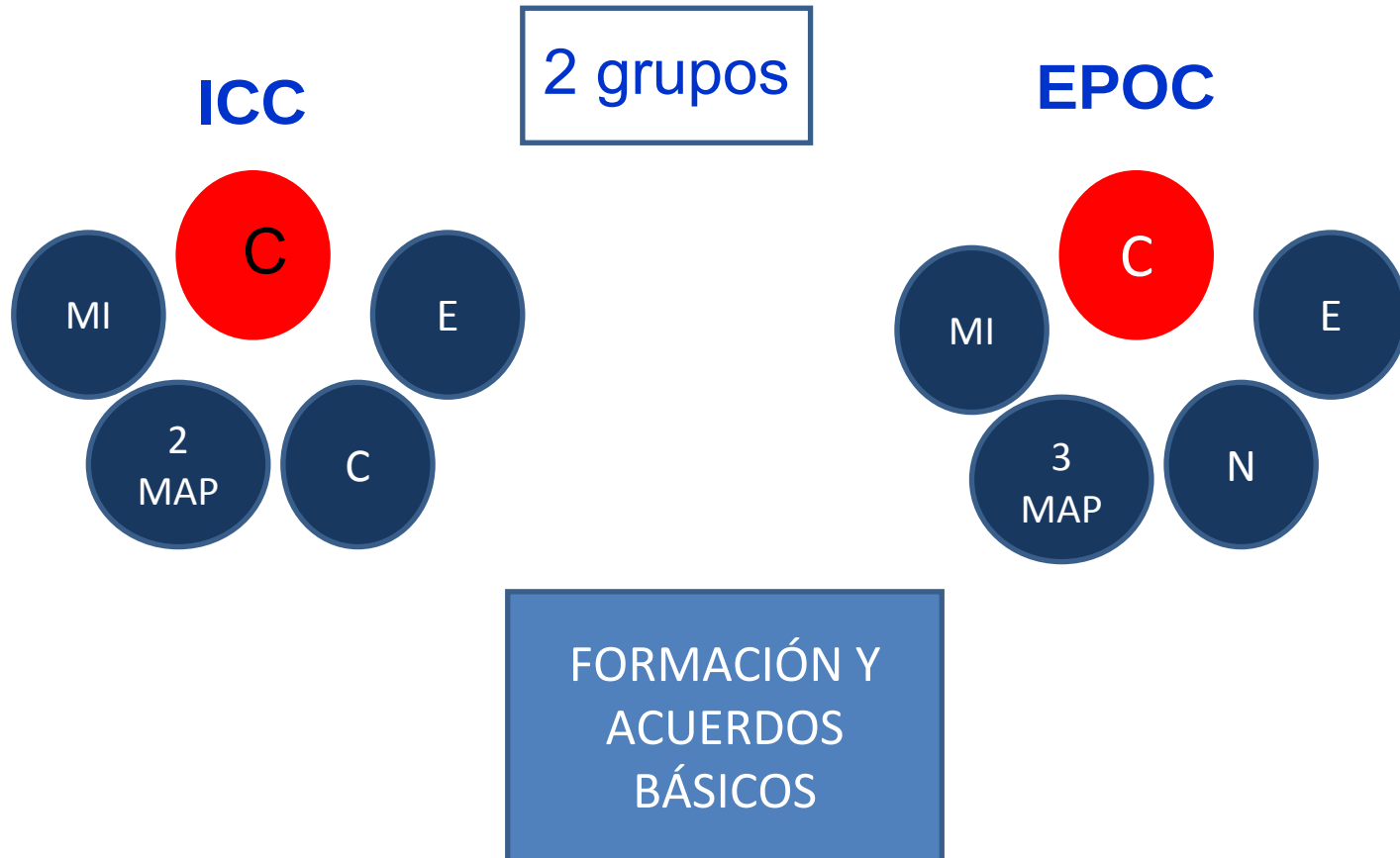
Elaboración de Tríptico. Aforismos prácticos.

Elaboración de página Web.

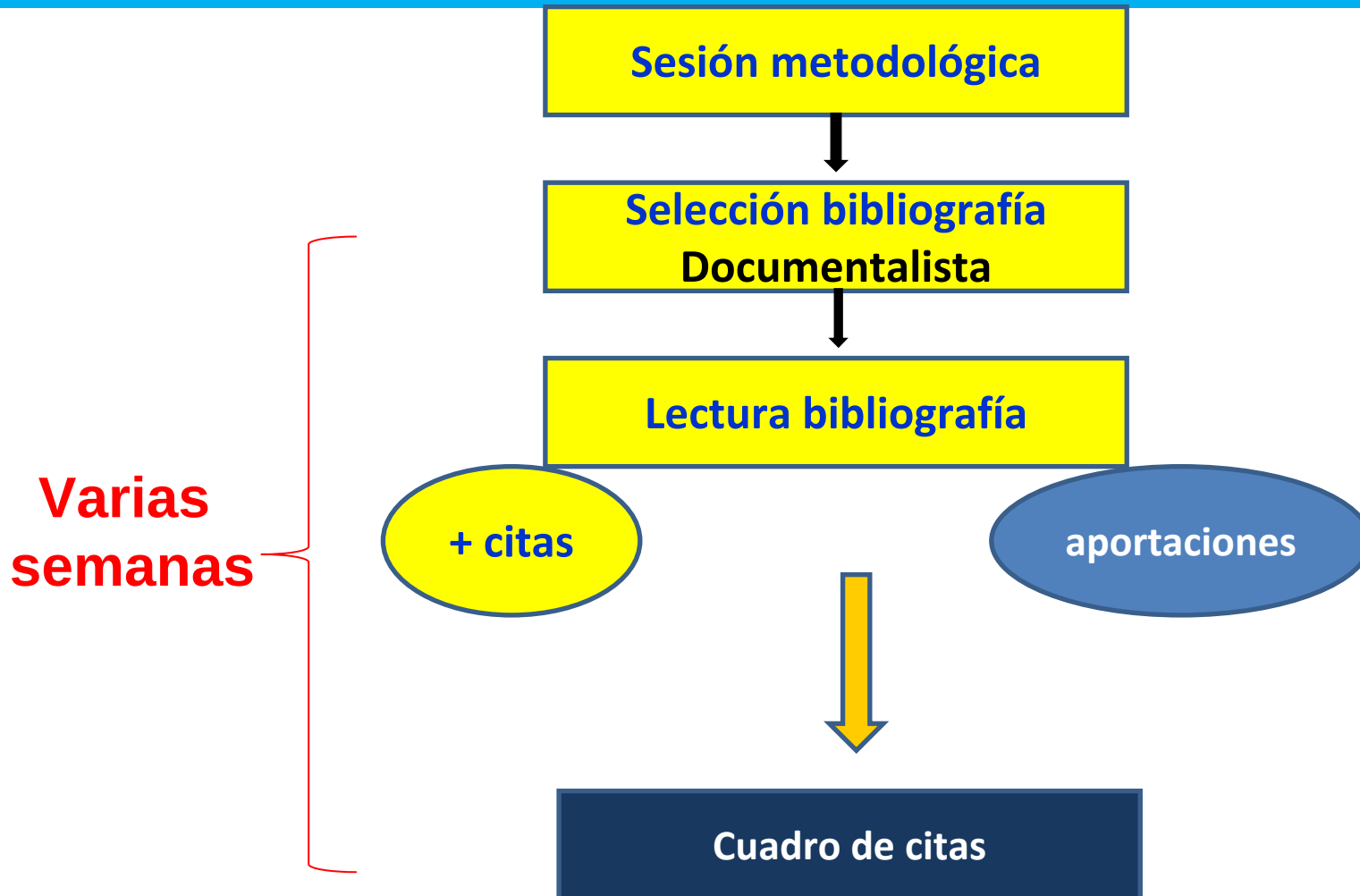
Diseminación.



Forma de trabajo: Grupos



Forma de trabajo: Individual



Contenidos

- Tipo de contenidos:
 - Diagnóstico
 - Tratamiento
 - Seguimiento y evolución
 - Enseñanza de autocuidados
- Procedencia de los contenidos:
 - Bibliografía
 - Consenso

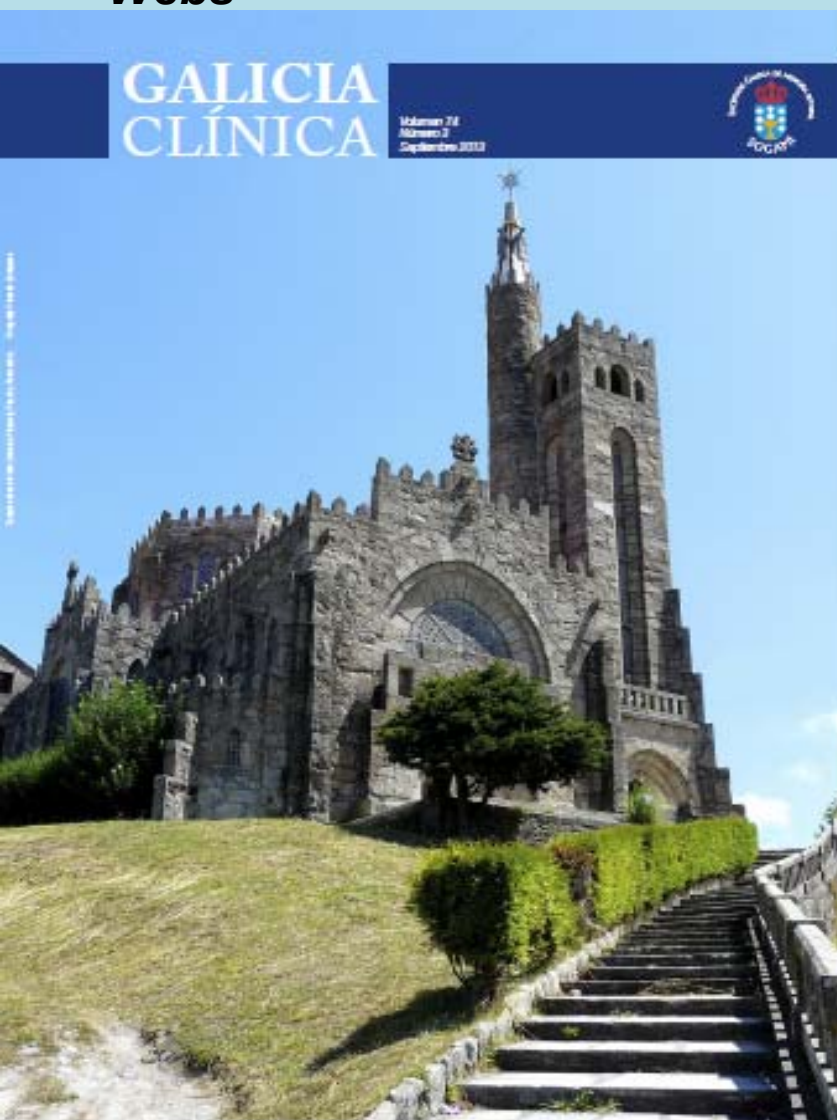
Método durante el proceso

- Cada autor selecciona las citas que cree de su competencia
- Comentario individualizado de cada cita
- Añade otras citas secundarias
- Dudas y método de trabajo: decide coordinador

Forma de trabajo: consenso

- Un cuadro final por grupo
Tantas citas como se considere preciso
- Coordinadores de grupo/Asesor metodológico:
Reunión para unificar información en nueva estructura de presentación
- Consenso: Método delphi por mail.
- Cierre por coordinadores

Difundir estas estrategias entre membros en: *Revista Galicia clínica.* *Webs*



Aforismos sobre Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica e Insuficiencia Cardíaca

Aphorisms about Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Heart Failure

Julio Montes^{1,2}, Fernando de la Iglesia^{1,2}, Emilio Casariego^{1,2}

José Manuel Cerqueiro³, José Alberto Fernández-Villar³, Jaime González-Riay⁴, José Luis Jiménez²,
Esperanza Moldes⁴, Carlos Morán⁴, Pilar Taladriz Cobas⁵, Rosario Tímiras Carrasco⁶, Alfonso Varela⁶, Carmen Varela⁶.

¹Cardiología; ²Intensivista; ³Neumólogo; ⁴Medicina de Familia; ⁵Enfermería; ⁶Cardiólogo.

Justificación

En el año 2012 la Sociedad Galega de Medicina Interna (SOGAMI) elaboró un número monográfico de Atención al Paciente crónico y con pluripatología¹. Se inscribió en la filosofía de la Declaración de Sevilla (2011) de atención al paciente de estas características². En esta se definía como esencial la implicación de todos los recursos de la comunidad en la asistencia a tales pacientes y se destacaba el importante papel de las Sociedades científicas. Para ello en Galicia, la SOGAMI promovió un plan de comienzo para informar e involucrar a sus miembros en una estrategia racional y eficiente en el manejo de pacientes crónicos y pluripatológicos. Con este objetivo en dicho monográfico se estableció un plan de ruta con pasos sucesivos que incluían:

1. Conocimiento del punto de partida y divulgación de los planes ya en desarrollo en distintos ámbitos asistenciales del SERGAS.
2. Plasmar dichas experiencias multiétnicas en un Monográfico de *Galicia Clínica*, revista oficial de la SOGAMI, y difundirlas a través de su Web (www.melga.info)³. Ello se consiguió en gran parte con la publicación del Monográfico mencionado, disponible en la web, y que se distribuyó inicialmente el IV Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico de Atención al Paciente Crónico (Alicante, 2012) y también se ha venido distribuyendo entre los miembros de la SOGAMI y otros foros de Atención a dicho paciente, singularmente los Médicos de Atención Primaria, merced al patrocinio no condicionado de AstraZeneca.
3. El tercer paso consiste en la elaboración o adaptación de Guías de manejo de pacientes pluripatológicos para proporcionar cuidados integrados y en lo posible homogéneos a estos pacientes, incluyendo prioritariamente aquellas patologías más prevalentes como Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) e Insuficiencia cardíaca (IC), dislipemias, HTA, etc. Ello se seguirá de la divulgación e implementación de estas directrices entre los miembros de la SOGAMI y Sociedades afines a tra-

vés de su Revista y página Web específicas así como de otros medios de difusión y su adaptación a los diferentes ámbitos locales³.

Metodología y pasos de elaboración

Este documento, constituye la plasmación de este intento de elaboración de directrices de manejo de pacientes pluripatológicos con IC y EPOC.

Para ello, se identificaron e invitó personalmente a un grupo multidisciplinar de expertos en tales temas con representación de Medicina Interna, Atención Primaria, Cardiología, Neumología y Enfermería. Se formaron dos equipos. Uno se centró en IC y debía evaluar su repercusión sobre EPOC y otro centrado en EPOC que estudiara la repercusión sobre IC. Cada equipo constó de 5 miembros (un internista, dos médicos de Atención primaria, un especialista (Cardiología o Neumología) y un diplomado en enfermería con experiencia en insuficiencia cardíaca o EPOC, dirigidos ambos por un coordinador internista. A ellos se incorporó un Experto en Metodología de Elaboración de Guías y Protocolos clínicos.

Se actuó de acuerdo al siguiente proceso en fases:

1ª Fase. Reclutamiento y confección definitiva de equipos. Se contactó personalmente y telefónicamente con reconocidos expertos de las Sociedades mencionadas sobre los temas tratados, intentando que se incorporaran miembros procedentes de todas las provincias gallegas.

2ª Fase. Desarrollo de metodología. Para ello se celebró una Reunión de trabajo en Santiago de Compostela (29 de noviembre 2012) en la cual el Dr. Emilio Casariego, experto en Metodología y elaboración de Guías Clínicas (encargado por ejemplo del Grupo de Medicina Basada en la Evidencia y de metodología de elaboración y evaluación de Guías para Fisterra.com) presentó en una sesión de 3 horas los objetivos y métodos de realización. En dicha sesión se constituyeron definitivamente los grupos y se fijaron las tareas y objetivos para el periodo siguiente.

3ª Fase. Documentación. Explicada dicha metodología, se encargó a una Documentalista experta (Sra. A. Blanco) la

ESTRATEGIA SOGAMI

1. Conocimiento del punto de partida
2. Divulgar experiencias ya realizadas
3. Elaborar Monográfico
4. Elaborar o adaptar guías de manejo de pacientes pluripatológicos
5. *Difundir estas estrategias entre miembros en:*
Revista Galicia clínica.
Webs
SERGAS

Meiga .info
Medicina Interna Galicia

Inicio | Actualizado el lunes, 12 de mayo de 2014

Área restringida a socios

El acceso al área de socios se realizará mediante validación en el Registro Central de la SEMI

NOTICIAS Y GESTIÓN DE LA SOCIEDAD

- Información sobre la sociedad
- Reuniones Ordinarias
- Cursos y Actividades
- Becas y Premios

PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN RÁPIDA

- Protocolo de Sedación
- Protocolo HDA no varicosa.
- Manejo de la hiperglucemia en los pacientes ingresados

BANCO DE PREGUNTAS TEST EN MEDICINA INTERNA

acceso contenidos ▶

AFORISMOS EN EPOC-IC
Grupo de trabajo EPOC-IC de la SOGAMI

acceso contenidos ▶

PREGUNTAS CLÍNICAS EN M. INTERNA

acceso contenidos ▶

GUÍAS DE LA SOGAMI

- Tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica, 2ª edición.

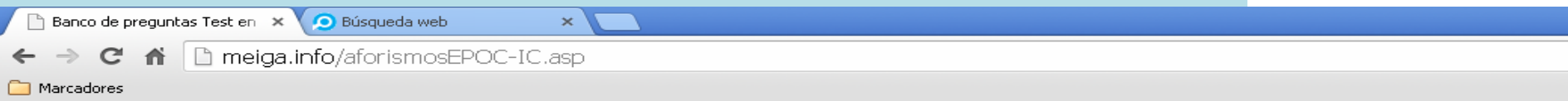
GALICIA CLÍNICA
la revista

XXXI REUNIÓN ANUAL DE LA SOGAMI
13-14 de junio de 2014
Ourense

SERGAS
SEMI
PubMed

Difundir estas estrategias entre membros en:
Revista Galicia clínica.
Webs

www.meiga.info



Meiga.info
Medicina Interna de Galicia



« Inicio | Actualizado el lunes, 12 de mayo de 2014

Buscar

 **Área restringida a socios**

El acceso al área de socios se realizará mediante validación en el Registro Central de la SEMI

AFORISMOS EN EPOC-IC - Grupo de trabajo EPOC-IC de la SOGAMI

1- Montes J, de la Iglesia F, Casariego E, Cerqueiro JM, Fernández-Villar JA, González-Rey J, Jiménez JL, Moldes E, Moral C, Taladriz Cobas P, Timirao Carrasco R, Varela A, Varela C. Aforismos sobre Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica e Insuficiencia Cardíaca. Galicia Clin 2013; 74 (3): 111-114.

2- Fármacos en EPOC e IC

3- Tríptico sobre Aforismos en EPOC e IC

4- Base de datos sobre artículos comentados

- a. Lista de citas bibliográficas sobre EPOC/IC divididas por conceptos.
- b. Bibliografía sobre Fármacos EPOC/IC
- c. Metodología de cómo se hizo la 1ª tabla



Web acreditada Proyecto WMC
Webs médicas de calidad



Certificado HONCode

Sociedad Gallega de Medicina Interna © 2014
Secretaría Técnica: joulloa@meiga.info
Contenidos: ajchamorro@meiga.info
Soporte técnico: sistema@meiga.info

DEPÓSITO LEGAL: LU-380-04

AVISO A PACIENTES: La información de este sitio está dirigida a profesionales de la Medicina. Su contenido no debe utilizarse para diagnosticar o tratar problema alguno. De necesitarlo, por favor, consulte con su médico.

El contenido de esa página no está influenciado por sus patrocinadores.

Los datos personales comunicados por los usuarios de meiga.info no se almacenan en ningún registro automatizado, ni se ceden a ninguna otra entidad ni se utilizan para ninguna otra actividad distinta de aquélla para la cual el usuario los ha expresamente comunicado.

Difundir estas estrategias entre miembros en:

Revista Galicia clínica.

Webs

Congresos

Fármacos en EPOC e IC

Autores.

Montes Julio, De la Iglesia Fernando, Casariego Emilio, *coordinadores*.

Cerqueiro José Manuel, Fernández-Villar José Alberto, González-Rey Jaime, Jiménez José Luis, Moldes Esperanza, Moral Carlos, Taladriz Pilar, Timiraos Rosario, Varela Alfonso, Varela Carmen.

Consideraciones generales

Deben notarse 4 observaciones fundamentales:

1) La EPOC es una entidad que frecuentemente se acompaña de otras comorbilidades. Se espera así que cerca del 98% de pacientes con esta entidad reciban medicación para otro proceso asociado, con la consiguiente probabilidad de interacciones medicamentosas y efectos secundarios. De ahí que se reconozca que realizar de forma satisfactoria tal tratamiento es una tarea difícil (1).

2) Esto es particularmente evidente en el caso de la EPOC y procesos cardiovasculares cuyos síntomas muy a menudo se entremezclan y condicionan mutuamente los pronósticos, hasta tal punto que en todos los ensayos observacionales y farmacológicos sobre EPOC se presta una atención especial a la morbilidad de causa cardiovascular. Por referimos únicamente al caso de España los estudios ECCO y ESMI³, respectivamente, han mostrado los siguientes % de comorbilidades en el paciente con EPOC: HTA (55 y 66%), IC (27 y 36%), arritmia (27 y 26%) cardiopatía isquémica (27 y 22%), enfermedad arterial periférica (13 y 17%), accidente cerebrovascular (10 y 12%), etc.

3) Los ensayos clínicos que han demostrado efectividad en otros procesos frecuentemente han excluido a la EPOC. El caso más paradigmático es el de IC y EPOC, entidades que como se ha mencionado, coexisten en 1/3 de pacientes con uno u otro proceso. Los estudios con demostrado beneficio de bloqueantes en IC excluyeron sistemáticamente a pacientes con EPOC. Por tanto, el beneficio de uso de estos fármacos en pacientes con la coexistencia de ambos procesos debe sustentarse mayoritariamente en estudios observacionales.

4) A menudo, y particularmente en el campo de la coexistencia de EPOC con procesos cardiovasculares, los estudios han resultado francamente contradictorios por lo que es problemático realizar recomendaciones específicas. Por ello, se realizan sugerencias de uso, basadas en la experiencia publicada en los últimos 5 años.

¹Almagro F, López F, Cabrera FK et al., y Grupos de trabajo de EPOC y Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada de la Sociedad Española de Medicina Interna. Comorbilidades en pacientes hospitalizados por enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Análisis comparativo de los estudios ECCO y ESMI. Rev Clin Esp. 2012; 212(6):281-8. ²Rev Clin Esp 2010; 210(3):101-8. ³CHEST 2012; 142(5):1126-33.

Anexo I.

Comunicaciones y Publicaciones hasta la fecha del Proyecto **AFORISMOS SOBRE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA E INSUFICIENCIA CARDÍACA** (y por tanto atribuibles también a los miembros participantes).

A) Trabajos preparatorios previos del grupo.

1. Montes Santiago J, Casariego Vales E, De Toros Santos M, Mosquera E. La asistencia a pacientes crónicos y pluripatológicos. Magnitud e iniciativas para su manejo: La declaración de Sevilla. Situación y propuestas en Galicia. *Galicia Clin* 2012; 73 (Supl. 1): S7-S14.
2. De la Iglesia Martínez F, Serrano Arreba J, Montes Santiago J. Enfermedad obstructiva crónica (EPOC) y comorbilidades. *Galicia Clin* 2012; 73 (Supl. 1): S30-S36.
3. Montes-Santiago J, Casariego-Vales E, De Toro Santos M, De La Iglesia Martínez F, Cerqueiro JM, Mosquera, Grupo SOGAMI. Mejora de la atención al paciente crónico y pluripatológico en Galicia. Plan de inicio de la Sociedad Gallega de Medicina Interna. Comunicación Póster. IV Congreso Nacional de Crónicos, Alicante, 8-10/03/2012.

B) Trabajos del Grupo constituido.

1. Montes J, de la Iglesia F, Casariego E, Cerqueiro JM, Fernández-Villar JA, González-Rey J, Jiménez JL, Moldes E, Moral C, Taladriz Cobas P, Timiraos Carrasco R, Varela A, Varela C. Aforismos sobre Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica e Insuficiencia Cardíaca. *Galicia Clin* 2013; 74 (3): 111-114.
2. Fármacos en EPOC e IC. Disponible en: www.meiga.info/%2faforismosEPOCIC%2fEPOCactualfarmacos2013.pdf.
3. Triptico sobre Aforismos en EPOC e IC. Disponible en: <http://meiga.info/aforismosEPOC-IC/TripticoEPOCICvdef8.pdf>.
4. Base de datos sobre artículos comentados (en EPOC e IC). Disponible en: http://meiga.info/aforismosEPOC-IC/Tabla_EPOC-IC1.xls.
5. (Capítulo de libro). J. Montes-Santiago, F. de la Iglesia Martínez, M. Ubeira Iglesias, S. Alonso Castellanos, C.J. Dueñas Gutiérrez y C. Pérez Tarrago. **Fármacos, enfermedades cardiovasculares y EPOC. En: Manejo diagnóstico y terapéutico de las comorbilidades en la EPOC.** Sociedad Española Medicina Interna, ed. Madrid, 2014 (en prensa).

Vigo, 13 febrero 2014

JULIO MONTES SANTIAGO, como Presidente de la Sociedad Gallega de Medicina Interna (SOGAMI)(periodo junio-2011-junio 2013, y coordinador del Proyecto sobre **AFORISMOS SOBRE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA E INSUFICIENCIA CARDÍACA** declaro:

Que los doctores **De la Iglesia Fernando, Montes Julio, Casariego Emilio**, como coordinadores, y los Doctores **Cerqueiro José Manuel, Fernández-Villar José Alberto, González-Rey Jaime, Jiménez José Luis, Moldes Esperanza, Moral Carlos, Timiraos Rosario, Varela Alfonso**, y las Enfermeras **Taladriz Pilar y Varela Carmen**, como miembros activos han participado en la elaboración de dicho Proyecto, realizado con ayuda de una Beca no condicionada de la Empresa AstraZeneca a la Sociedad Gallega de Medicina Interna.

En el anexo a este documento se detallan las comunicaciones y publicaciones a que dicho Proyecto ha dado lugar hasta la fecha.

Y para los efectos, que se estimen pertinentes, firmo este documento en la fecha que figura en el encabezado.

Fdo. Julio Montes Santiago

Sociedad Gallega de Medicina Interna.

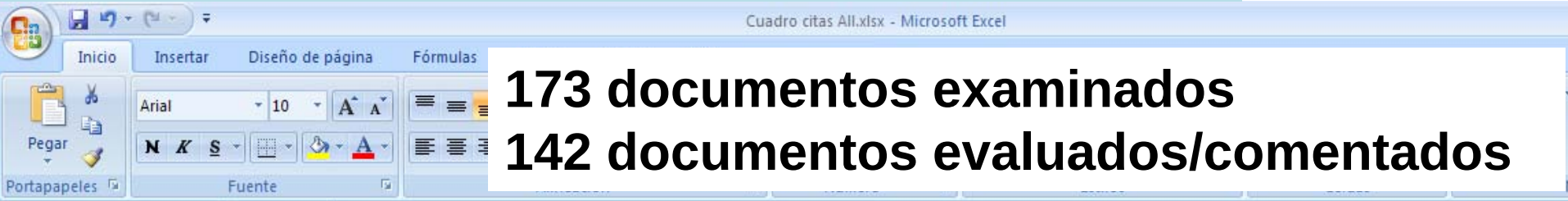
SOCIEDAD GALLEGA DE
MEDICINA INTERNA

Cuadro de citas: cada autor

Nº cita	Aspecto	Concepto	Cita	Valor	Comentario
Correlativo	Diagnóstico Tratamiento Seguimiento Formación	Texto práctico, máx: 4 líneas	Generales: Referencia Nuevas: Referencia	Criterios Healthcare Research and Quality*	

* Disponible en <http://www.ahrq.gov/clinic/ecpindex.htm#methodology>

Difundir estas estrategias entre miembros en:
Revista Galicia clínica.
Webs



173 documentos examinados
142 documentos evaluados/comentados

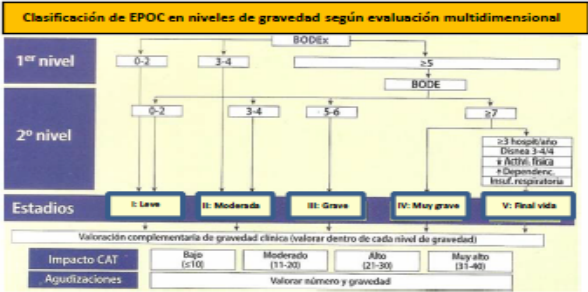
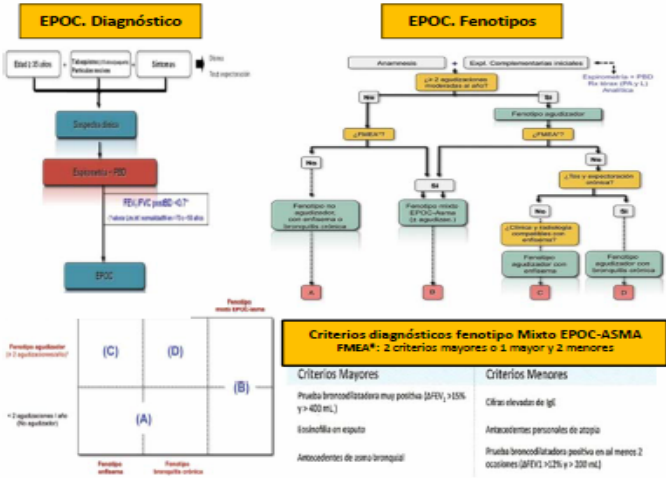
	A	B	C	D	E	F
	Número de cita (correlativo)	Aspecto (diagnóstico, tratamiento, seguimiento, formación)	Concepto (texto muy práctico, máximo 4 líneas)	Cita (referencia, sean de las citas que se os han enviado o nuevas que vosotros identifiéis)	Valor (criterios de la Agency for Healthcare)	Comentarios
1	6	Diagnostico	Según este estudio dada la alta asociación de EPOC e Insuficiencia Cardíaca recomendada utilizar la determinación de BNP y la realización de ecocardiograma de forma rutinaria en pacientes diagnosticados de EPOC.	PMID- 21700606 Eur Respir J. 2012 Jan;39(1):51-8. Epub 2011 Jun 23. Unrecognised ventricular dysfunction in COPD. Macchia A, Rodriguez Moncalvo JJ, Kleinert M, Comignani PD, Gimeno G, Arakaki D, Laffaye N, Fuselli JJ, Massolin HP, Gambarte J, Romero M, Tognoni G.	B	Muchos estudios con conclusiones similares. Muy importante el valor del BNP y del Ecocardiograma a los que no tenemos acceso directo desde AP en mi área.
2	1	Diagnóstico	La comorbilidad EPOC/IC por disfunción sistólica produce una disminución basal de la tolerancia al ejercicio, aumento patología CV, mortalidad e ingresos CV pero no por otras causas, así como un uso de dosis menores de β-bloqueantes cardioselectivos	Am Heart J. 2013 Feb;165(2):193-9. doi: 10.1016/j.ahj.2012.10.029. Epub 2012 Nov 28. PMID: 23351822. Clinical characteristics, response to exercise training, and outcomes in patients with heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: Findings from Heart Failure and A Controlled Trial Investigating Outcomes of Exercise Training (HF-ACTION). Mentz RJ, Schulte PJ, Fleg JL, Finziat M, Kraus WE, Piña IL, Keteyian SJ, Kitzman DW, Whellan DJ, Ellis SJ, O'Connor CM.	B	Estudio retrospectivo, en el que el límite de la insuficiencia cardíaca OBSCURECE en ocasiones el probable diagnóstico concomitante de EPOC
3	2	Diagnóstico	Los pacientes con Alzheimer y enfermedades relacionadas tienen mayor probabilidad de ingreso por patologías como diabetes e hipertensión, pero menor por EPOC, Asma o insuficiencia cardíaca. El tratamiento ambulatorio reduce el riesgo de casi todos	Alzheimers Dement. 2013 Jan;9(1):30-8. doi: 10.1016/j.jalz.2012.11.002.PMID: 23305822. Potentially avoidable hospitalizations among Medicare beneficiaries with Alzheimer's disease and related disorders. Lin PJ, Fillit HM, Cohen JT, Neumann PJ.	C	No aporta ninguna información, salvo el hecho de potenciar la Atención primaria como la medicina más eficiente y preventiva. Mala selección de artículo.
4	14	Diagnóstico	La prueba de esfuerzo se ve afectada en pacientes con comorbilidad EPOC/IC, empeorando sinérgicamente la respuesta fisiológica al esfuerzo físico y limitar aún más la capacidad funcional. La EPOC puede producir independientemente disfunción diastólica VI. Menor uso de IECAS y mayor de diuréticos en comorbilidad	Am Heart J. 2010 Nov;160(5):900-5. doi: 10.1016/j.ahj.2010.07.014. PMID: 21095278. Cardiopulmonary exercise testing characteristics in heart failure patients with and without concomitant chronic obstructive pulmonary disease. Guazzi M, Myers J, Vicedani M, Bensimhon D, Chase P, Pinkstaff S, Arena R.	B	Estudio que nos incide en la sinergia fisiopatológica de ambas enfermedades
5	15	Diagnóstico	La disfunción sistólica VI se asoció con una mayor tasa de hospitalización tanto por causas cardiovasculares como no-cardiovasculares. La comorbilidad EPOC ocurre en el 30% de los pacientes, debido a factores de riesgo comunes, aunque el nº ingresos por patología respiratoria en comorbilidad fue pequeño, quizás debido a la dificultad diagnóstica en estos pacientes	Am Heart J. 2010 Sep;160(3):488-95. doi: 10.1016/j.ahj.2010.06.035. PMID: 20826258. Left ventricular dysfunction as a risk factor for cardiovascular and noncardiovascular hospitalizations in African Americans. Blecker S, Matsushita K, Fox E, Russell SD, Miller ER 3rd, Taylor H, Brancati F, Coresh J.	C	Las personas con EPOC presentan inflamación sistémica que puede conducir a la enfermedad coronaria y disfunción VI, y tanto la insuficiencia cardíaca como la EPOC conducen a la atrofia muscular y empeoramiento de la función cardiopulmonar.
6	33	Diagnóstico	La ansiedad y la depresión generan sintomatología somática concomitante que agrava al paciente con comorbilidad, por lo cual es importante su diagnóstico y tratamiento correctos	Gen Hosp Psychiatry. 2007 Mar-Apr;29(2):147-55. Review. PMID: 17336664. The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. Katon W, Lin EH, Kroenke K.	B	No es un estudio de relación EPOC/IC. Mal seleccionado

Difundir estas estrategias entre membros en:
Revista Galicia clínica. www.meiga.info
Webs

Tabla_EPOC-IC1 [Modo de compatibilidad] - Microsoft Excel		
Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista		
Normal	Diseño de página	Vista previa de salto de página Vistas personalizadas Pantalla completa Vistas de libro
☒ Regla	☒ Barra de fórmulas	Zoom 100% Ampliar selección
☒ Líneas de cuadrícula	☒ Títulos	Nueva ventana Organizar todo Inmovilizar paneles
☐ Barra de mensajes	Mostrar u ocultar	Dividir Ocultar Mostrar
A40 1. Betabloqueantes (BB)		
Resumen citas Fármacos EPOC/IC		
A) B2 agonistas		
1. Tsiligianni IG, Kosmas E, Van der Molen T, Tzanakis N. Managing comorbidity in COPD: A difficult task. Current Drug Targets 2013; 14: 158-176.		
2. Hawkins NM, Petrie MC, MacDonald MR et al. Insuficiencia cardíaca y neumopatía obstructiva: el dilema de los betabloqueantes y beta estimulantes. ACCF Heart failure current clinical issues& future trends 2012; 2: 11-30.		
3. Luppi F, Franco F, Beghé B, Fabbri LM. Tratamiento de la enfermedad obstructiva crónica y sus comorbilidades. Relevant issues in COPD. ATS Clinical Self Assessment Series 2009; 2: 53-71.		
4. Macle C, Wooldrage K, Manfreda J, et al. Cardiovascular morbidity and the use of inhaled bronchodilators. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 2008; 3: 163-3.		
5. Bermingham M, O'Callaghan E, Dawkins I, et al. Are beta2-agonists responsible for increased mortality in heart failure? Eur J Heart Fail 2011; 13: 885-91.		
6. Martín-Sánchez FJ, Llorens P, Aguirre A, Miró O. Use of inhaled betaagonists in patients with acute heart failure. J Emerg Med 2013; http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2012.11.062 .		
7. Mask CA, Tabac JA, McClintock DE. Should acute treatment with inhaled beta agonists be withheld from patients with dyspnea who may have heart failure? J Emerg Med. 2011; 40:135-45.		
8. Maters MG, Martuscelli E, Cazzola M. Pharmacological modulation of beta-adrenoceptor function in patients with coexisting chronic obstructive pulmonary disease and chronic heart failure. Pulm Pharmacol Ther 2010; 23: 1-6.		
9. McMurray JJV, Adamopoulos S, Anker SD, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA). Eur J Heart Fail. 2012; 14: 803-69.		
10. Montero Pérez-Barquero M, Comín-Colet J, Bloeque IV. Comorbilidades: En: Documento de actualización del manejo de la Insuficiencia Cardíaca Crónica 2012. Almenar Botet L, Formiga Pérez F, coord. Sociedad Española Cardiología /Sociedad Española Medicina Interna; 2012. pp. 82-96.		
B) Anticolinérgicos (LAMA).		
1. Tashkin DP, Celli B, Senn S, et al. A 4-year trial of tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med. 2008; 359: 1543-54.		
2. Rodrigo GJ, Castro-Rodriguez JA, Nannini LJ, et al. Tiotropium and risk for fatal and nonfatal cardiovascular events in patients with chronic obstructive pulmonary disease: systematic review with meta-analysis. Respir Med 2009; 103:1421-9.		
3. Mentz RJ, Flisak M, Kraft M, Lindenfeld J, O'Connor CM. Bronchodilators in heart failure patients with COPD: is it time for a clinical trial? J Card Fail. 2012; 18:413-22.		

Elaborar o adaptar guías de manejo de pacientes pluripatológicos

Aforismos sobre EPOC e IC



ÍNDICE BODEx ⁴	0	1	2	3
FEV ₁ %	≥65	50-64	36-49	≤35
Agudizaciones graves	0	1-2	≥3	
Disnea, mMRC	0-1	2	3	4
IMC	>21	≤21		

ÍNDICE BODE (sustituir agudizaciones graves por test 6 min)

TM6M	≥350m	250-349m	150-249m	≤149m
------	-------	----------	----------	-------

1. DIAGNÓSTICO

- En España: ≈1/3 de EPOC presentan IC y ≈1/3 de IC presentan EPOC**
→ Dificultad/retraso de diagnóstico. ↑ mortalidad y hospitalizaciones de ambas.
- En presencia EPOC+IC se realizan menos test de confirmación IC y EPOC**
→ En diagnóstico de IC se necesita ecocardiografía (Guías ESC, 2012).
En diagnóstico de EPOC se necesita espirometría (Guías GOLD, GesEPOC)
IC + EPOC presentan obstrucción combinada y restricción en PFR.
Con diuresis → FEV₁ ↑ 35%. En dco, de EPOC → posponer espirom. hasta estabilización
Con = obstrucción (aFEV₁) un EPOC+IC se clasificará > grave que EPOC sin IC y viceversa, porque tests de función cardiopulmonar están significativamente afectados.
- BNP/NT-proBNP → útiles en afirmar/descartar IC en presencia de EPOC**
→ BNP + juicio clínico = 95-100% de certeza
BNP, junto con datos clínicos en IC, y también en EPOC, con disnea → ↓ estancia y coste.
- La determinación de BNP puede no ser tan útil para definir causa de disnea en:**
ancianos y/o comorbilidades que modifican sus niveles en plasma (anemia, l. renal).
- Considerar ICFEP si FEV₁ > 40%.**
Valorar ↑ VI, o ↑ AI en ecocordio.
→ Valorar Respuesta a IECAS y diuréticos de asa.

Bibliografía

Almego P, et al. Rev Clin Esp. 2012 Jun;212(6):281-6. Braunstein JB, et al. J Am Coll Cardiol. 2009; 42:1226-33. Kwon BI, Eur J Hear Fail. 2010;12:1339-44. Mentz RJ, J Card Fail. 2012; 18(7):515-23. Page II RL, Lindenfeld JA. Curr Cardiol Rep 2012; 14:276-84. Triposkiadis PK, Skoulteris J. Curr Heart Fail Rep 2012; 9:354-62. Wong CY, et al. Am J Med. 2011;124:136-43.

2. TRATAMIENTO

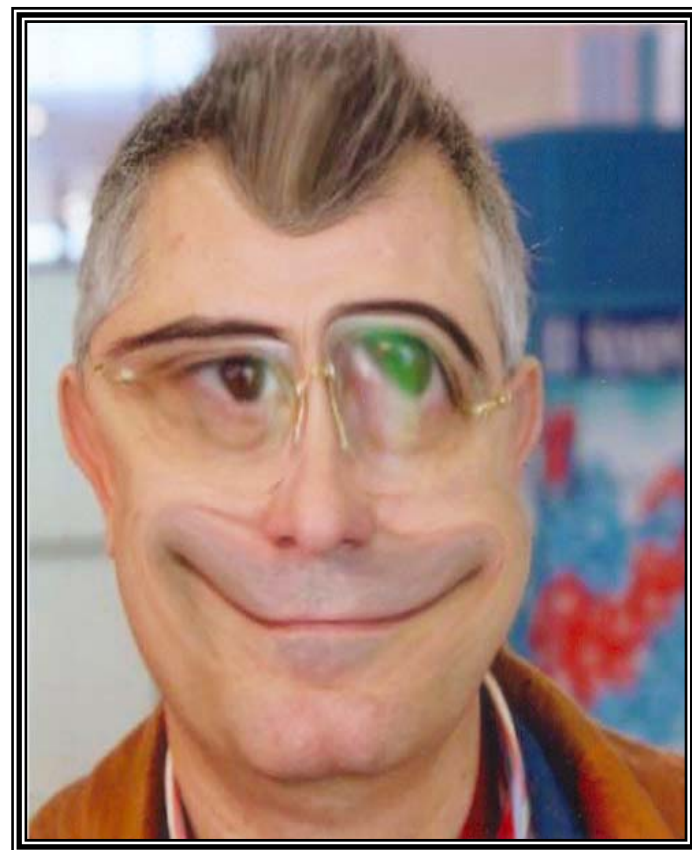
Fármacos en EPOC → en IC	Fármacos en IC → en EPOC
Agonistas B2-adrenérgicos	Bloqueantes
Agonistas muscarínicos	Estatinas
Corticoides inhalados	IECAS/ARA II
Corticoides orales	Diuréticos
Metilxantinas	

EPOC en pacientes con ICFEP se asocia a ↓ uso de terapias útiles para esta (β-bloqueantes, IECAs, antag. aldosterona) y muestra tendencia a peor pronóstico.

Fármacos en EPOC sobre IC

- Agonistas B2 adrenérgicos**
1. Consideración general.
Difícil deslindar efectos de drogas o de enfermedad. Estudios pequeños, contradictorios.
- Incidencia de IC.** Estudios contradictorios sobre ↑ o ↓ en general o neumopatías.
→ No claras recomendaciones específicas, pero evitar vía oral.
- Uso en nebulización.** Dosis 10 x que tradicionales.
Pueden producir arritmias, isquemia cardíaca y descompensación de IC.
Otros estudios no documentan efectos desfavorables en IC.
→ Evitarlos en descompensación si sospecha de EPOC+IC.

II REUNIÓN PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS



ESTRATEGIA SOGAMI

1. Conocimiento del punto de partida
2. Divulgar experiencias ya realizadas
3. Elaborar Monográfico
4. Elaborar o adaptar guías de manejo de pacientes pluripatológicos
5. Difundir estas estrategias entre miembros en:
Revista *Galicia clínica*.
Sergas
Webs

6. Implementar dichas Guías de actuación y adaptación

a ámbitos locales

Coordinado con Estrategia de Atención a Cronicidad en Galicia

Montes Santiago, Julio

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE

CRONIGAL – ESTRATEXIA GALEGA ATENCIÓN INTEGRAL Á CRONICIDADE

SERVIZO
GALEGO
de SAÚDE

CRONIGAL – ESTRATEXIA GALEGA ATENCIÓN INTEGRAL Á CRONICIDADE » Documentos compartidos » Todos los documentos ▾

Mi cuenta

	Tipo	Nombre	Modificado	Modificado por	
BIBLIOTECA	☒		15_Rec_Priorizadas-Estrategia-Cronicidad	05/04/2013 18:46	Arantón Areosa, Luis
	☒		2013_02_28 EGAI Cronicidade_Alcer Coruña_15 recomendacións	06/04/2013 0:01	Rodríguez Martínez, Rafael
	☐		2013_04_05 Alcer Coruña_15 recomendacións accións principais	06/04/2013 0:00	Rodríguez Martínez, Rafael
	☐		Acciones a las 15 recomendaciones de la estrategia de cronicidad	01/04/2013 9:36	González Lorenzo, Juan Manuel
LISTAS	☐		ACCIONES CRONICGAL	05/04/2013 15:52	Milán Fernandez, Mercedes
	☐		Acciones principales 15 recomendaciones priorizadas	08/04/2013 8:36	García Sixto, Monserrat
	☐		ACCIONES PRINCIPALES DE LAS 15 RECOMENDACIONES PRIORIZADAS-ESTRATÉGICA CRONICIDAD	25/03/2013 11:46	Bartolome Dominguez, Maria Jose
	☐		ACCIONES PRINCIPALES DE LAS 15 RECOMENDACIONES PRIORIZADAS-ESTRATÉGICA CRONICIDAD	04/04/2013 13:27	Castro Fernández, Isabel
DESCUBRIDORES	☐		ACCIONES PRINCIPALES CRONICIDAD	09/04/2013 20:16	Arroyo Conde, Cecilia
	☐		Acciones propuestas SEMERGEN GALICIA para el Abordaje de la Cronicidad	04/04/2013 22:57	Rey Aldana, Daniel
	☐		acciones cronicidade	05/04/2013 9:49	Ocampo Fontangordo, Marta
	☐		Accións principais	22/03/2013 10:55	Cerqueiro Pereira, Sara
PERSONAS Y GRUPOS	☐		Accions principias para dar resposta as recomendacións	04/04/2013 11:16	Díaz Castro, Isabel
	☐		Accions propostas Chelo Carballeira	03/04/2013 9:47	Carballeira Roca, Consuelo
	☐		ACCIONS PROPOSTAS POR AGEFEC PARA AS 15 PRIORIDADES ESCOLLIDAS	05/04/2013 12:59	Álvarez Prieto, Jose Luis
	☐		ACCIONS SOBRE AS 15 RECOMENDACIONS PRIORIZADAS CRONIGAL	05/04/2013 15:46	Quiles del Río, Javier
	☐		ACCIÓNS	04/04/2013 10:21	Osorio López, Jesús
	☐		Asociación Galega de Hemofilia, David Silva	05/03/2013 20:05	Silva Gómez, David
	☐		CRONICGAL PABLO GALEGO FEAL	21/03/2013 14:14	Galego Feal, Pablo
	☐		CRONICGAL	07/03/2013 21:44	González Rodríguez, Enrique
	☐		cronicidade ana vazquez	05/04/2013 9:24	Vázquez Lojo, Ana Isabel
	☐		Cronicidade	05/04/2013 14:22	García Pazos, Jose Manuel
	☐		Crónicos,prioridades	26/03/2013 14:51	Martínez Ramonde, Teresa
	☐		Declaracion Sevilla	23/03/2013 20:07	Montes Santiago, Julio
	☐		definición acciones Antonio Golpe	05/04/2013 7:54	Suárez Blanco, Flor
	☐		DEFINICIÓN DE ACCIONES A DESARROLLAR-ESTRATEGIA PAR EL ABORDAJE DE LA CRONICIDAD	03/04/2013 0:31	Redondo Collazo, Lorenzo
	☐				

La visión en Galicia sobre la asistencia al paciente crónico y pluripatológico; del hospital al sistema sanitario del futuro: Estrategia SERGAS 2014

Galician point of view on the medical care of the chronic and pluripathological patient; from hospital to the sanitary sistem of the future. SERGAS 2014 strategy

Rocio Mosquera Álvarez¹, Nieves Domínguez González², Eugenia Lado Lera³, Josefina Montañudo Romero⁴

¹ Concelleira de Sanidade, Xunta de Galicia

² Gerente del SERGAS² Vicepresidencia del SERGAS⁴ Jefa de Gabinete de la Conselleria de Sanidad.

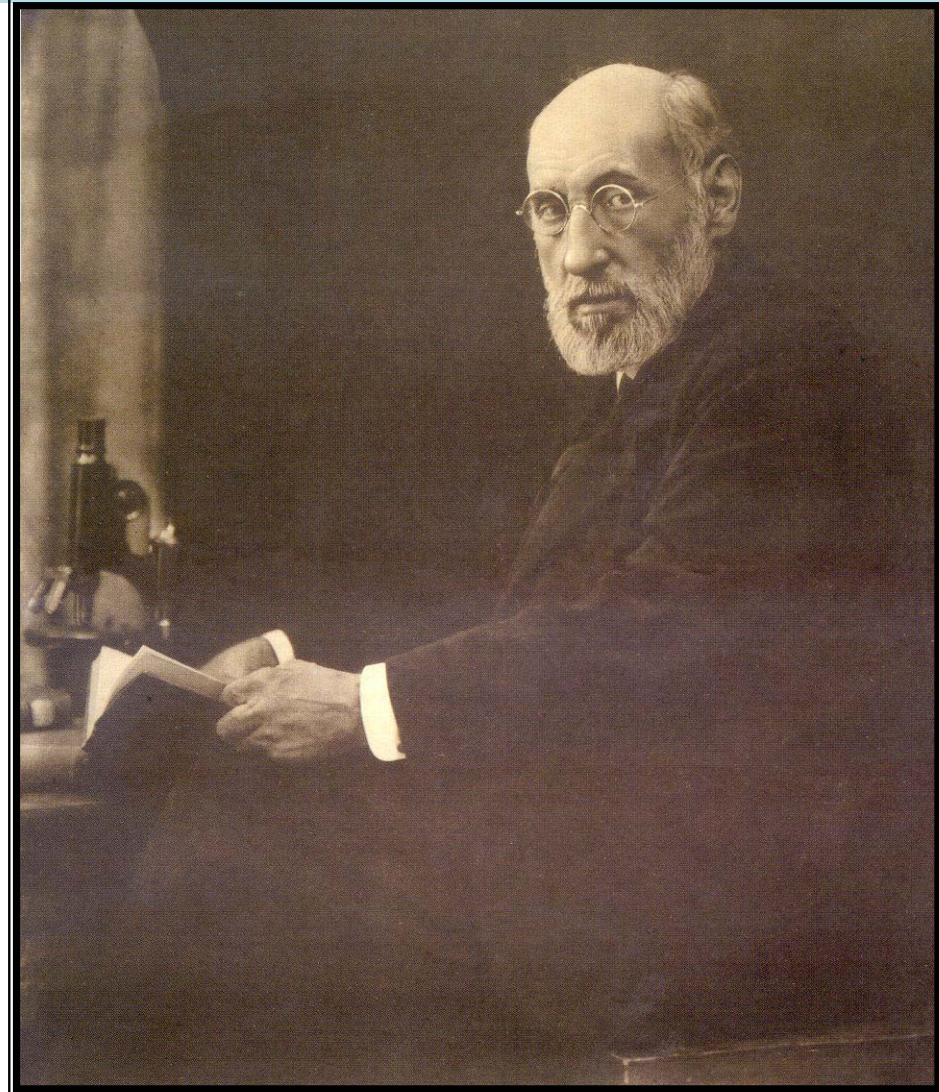
RAMÓN Y CAJAL

”Bien puede afirmarse que las conquistas científicas son creaciones de la voluntad y ofrendas de la pasión”

Historia de mi labor científica

«Después de esto, te jodes y te levantas»

Iniesta, tras perder la final de Copa del Rey-2014







ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGIA

www.archbronconeumol.org



Guía española de la EPOC (GesEPOC). Actualización 2014

Spanish Guideline for COPD (GesEPOC). Update 2014

Marc Miravittles^{ab}, Juan José Soler-Cataluña^{bc}, Myriam Calle^d, Jesús Molina^e, Pere Almagro^f, José Antonio Quintano^g, Juan Antonio Riesco^h, Juan Antonio Triguerosⁱ, Pascual Piñera^j, Adolfo Simón^k, Juan Luis Rodríguez-Hermosa^d, Esther Marco^l, Daniel López^m, Ramon Collⁿ, Roser Coll-Fernándezⁿ, Miguel Ángel Lobo^o, Jesús Díez^p, Joan B. Soriano^q y Julio Ancochea^r

^aServicio de Neumología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

^bCIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), España

^cUnidad de Neumología, Servicio de Medicina Interna, Hospital de Requena, Valencia, España

^dServicio de Neumología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^eCentro de Salud Francia, Dirección Asistencial Oeste, Madrid, España

^fServicio de Medicina Interna, Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

^gCentro de Salud Lucena I, Lucena, Córdoba, España

^hServicio de Neumología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España

ⁱCentro de Salud Menasalbas, Toledo, España

^jServicio de Urgencias, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España

^kServicio de Urgencias, Hospital General Yagüe, Burgos, España

^lMedicina Física y Rehabilitación, Parc de Salut Mar, Grupo de Investigación en Rehabilitación, Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques, Universitat Autònoma de Barcelona, Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona, España

^mUnidad de Fisioterapia Respiratoria, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, España

ⁿServicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Germans Trias i Pujol, Universitat Autònoma de Barcelona, Badalona, Barcelona, España

^oServicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Parc Taulí, Universitat Autònoma de Barcelona, Sabadell, Barcelona, España

^pCentro de Salud Gandhi, Madrid, España

^qServicio de Medicina Interna, Hospital Royo Vilanova, Zaragoza, España

^rFundación Caubet-Cimera ASIB Illes Balears, Bunyola, Balears, España

^sServicio de Neumología, Hospital Universitario de la Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IP), Madrid, España

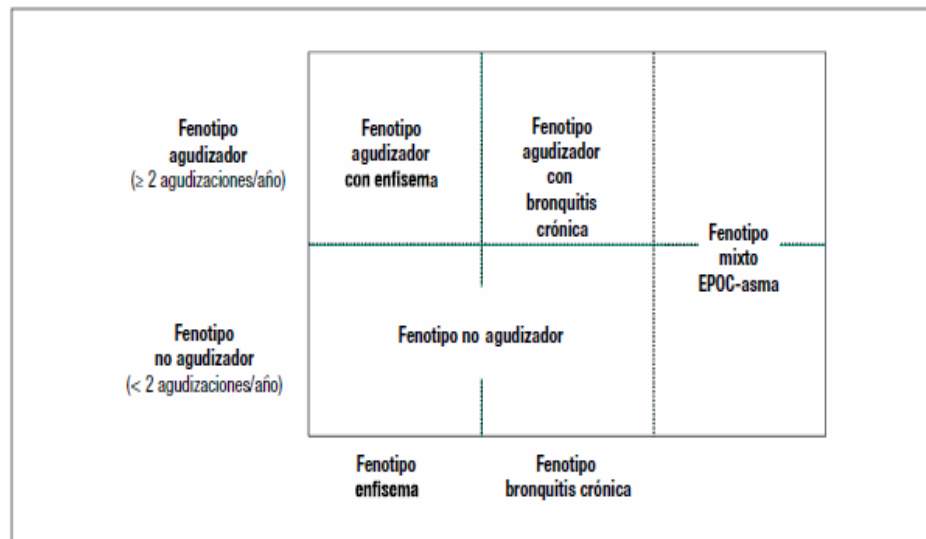


Figura 1. Fenotipos clínicos propuestos por GesEPOC.

Tabla 1

Aspectos destacados de las principales comorbilidades en pacientes con EPOC

Comorbilidad	Aspectos epidemiológicos	Aspectos diagnósticos	Aspectos terapéuticos
Insuficiencia cardíaca	P: 9% en PG/25% en EPOC en mayores de 65 años	Dificultad para el diagnóstico: presenta síntomas comunes con EPOC	Se puede utilizar el mismo tratamiento en EPOC que en PG
	Mortalidad: 31% en PG/71% en EPOC en 5 años de evolución	80% de IC no diagnosticada en EPOC	Muy útiles los bloqueadores beta cardioselectivos en IC. Disminuyen mortalidad general y agudizaciones en EPOC
	Mortalidad: 12,1% en PG/25,6% en EPOC en ancianos en 5 años de evolución	Ecocardiografía útil para el diagnóstico	Se puede usar también ivabradina y digoxina
		RM cardiovascular cuando la visión ecocardiográfica no es buena	Los diuréticos son útiles si hay retención hidrosalina. Evitar dosis altas. También son útiles los inhibidores del sistema aldosterona
		Predictores de IC: historia previa de CI, obesidad, FC > 90 lpm, NT-proBNP > 125 pg/ml, ECG anormal	Es seguro el uso de agonistas-beta-2 inhalados de larga acción en pacientes con EPOC e IC
			También es seguro el uso de anticolinérgicos inhalados de larga acción en pacientes con EPOC e IC
			Los corticoides inhalados no producen problemas en pacientes con IC. Los corticoides orales en ciclos de una semana en agudizaciones también son bien tolerados en pacientes con IC. Los corticoides sistémicos utilizados a largo plazo pueden ser perjudiciales por producir retención de sodio y de agua



Sociedad Española de Medicina Interna

PROTOCOLOS

MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LAS COMORBILIDADES EN LA EPOC

Coordinadores

Jesús Díez Manglano
Francisco López García

Fármacos y enfermedades cardiovasculares

J. MONTES-SANTIAGO, F. DE LA IGLESIA MARTÍNEZ, M. UBEIRA IGLESIAS,
S. ALONSO CASTELLANOS, C.J. DUEÑAS GUTIÉRREZ Y C. PÉREZ TÁRRAGO

Consideraciones generales

En este apartado, y como ha sido reiteradamente expuesto a lo largo de esta monografía-libro, deben destacarse 4 observaciones fundamentales:

1. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una entidad que frecuentemente se acompaña de otras comorbilidades. Así, se espera que cerca del 98% de pacientes con esta entidad reciba medicación para otro proceso asociado, con la consiguiente probabilidad de interacciones medicamentosas y efectos secundarios. De ahí que se reconozca que realizar de forma satisfactoria tal tratamiento es una tarea difícil¹.

CAPÍTULO III

Interacciones farmacológicas en el tratamiento de la EPOC

S. ALONSO CASTELLANOS, M. UBEIRA IGLESIAS, C. PÉREZ TÁRRAGO,
C.J. DUEÑAS GUTIÉRREZ Y J. MONTES SANTIAGO

Introducción

Los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) se definen como "eventos o circunstancias que involucran a la farmacoterapia, que real o potencialmente interfieren con los resultados

Aforismos sobre EPOC e IC

Autores. Montes Julio, De la Iglesia Fernando, Casariego Emilio, coordinadores.
 Cerqueiro José Manuel, Fernández-Villar José Alberto, González-Rey Jaime, Jiménez José Luis, Moldes Esperanza, Moral Carlos, Taladriz Pilar, Timiraos Rosario; Varela Alfonso, Varela Carmen.



Componente EPOC

Cribado/Diagnóstico

Historia

Edad >35 años
 Tabaquismo
 Partículas nocivas

Síntomas

Disnea
 Tos
 Expectोरación



Sospecha EPOC

Cribado:
 Diagnóstico

PEF (pico de flujo): $<2,2 \text{ l/m}^2/\text{s}$
 Espiometría+PBD: $\text{FEV1/FVC}_{\text{posBD}} < 0,7$

Guía GGEPOC. Actualización 2014. Arch Bronconeumol. 2014; 50 (supl):1-10.

Fenotipos

Fenotipo agudizador
 (≥ 2 agudizaciones/año)

Fenotipo agudizador con enfisema

Fenotipo agudizador con bronquitis crónica

Fenotipo mixto EPOC-asma

Fenotipo no agudizador
 (<2 agudizaciones/año)

Fenotipo no agudizador

Fenotipo enfisema

Fenotipo bronquitis crónica

Guía GGEPOC. Actualización 2014. Arch Bronconeumol. 2014; 50 (supl):1-10.

Criterios diagnósticos fenotipo Mixto EPOC-ASMA

FMBA: 2 criterios mayores o 1 mayor y 2 menores

Criterios Mayores

Prueba BD muy +
 ($\Delta \text{FEV1} < 15\%$ y $> 400 \text{ ml}$)

Eosinofilia en esputo

Antecedentes de asma bronquial

Criterios menores

$\uparrow$ niveles de IgE

Antecedentes personales de atopía

Prueba BD + en al menos 2 ocasiones

($\Delta \text{FEV1} < 12\%$ y $> 200 \text{ ml}$)

Clasificación de EPOC en niveles de gravedad según evaluación multidimensional

<u>INDICE BODEX</u>	0	1	2	3
FEV1 (%)	≥65	50-64	36-49	≤35
Agudizaciones graves	0	1-2	≥3	
Disnea (mMRC)	0-1	2	3	4
IMC	>21	≤21		
<u>INDICE BODE</u> (Test 6 m por agudizaciones graves)				
TM6M	≥350 m	250-349	150-249	≤149

Niveles de gravedad (adaptada PAI EPOC, 2014)

NIVEL I Leve	Bodex 0-2 Bode 0-2 Ajustar por CAT y agudizaciones (valorar n° y gravedad)
NIVEL II Moderada	Bodex 3-4 Bode 3-4 Ajustar por CAT y agudizaciones (valorar n° y gravedad)
NIVEL III Grave	Bodex ≥5 Bode 5-6 Ajustar por CAT y agudizaciones (valorar n° y gravedad)
NIVEL IV Muy grave	Bodex 0-2 Bode >7 Ajustar por CAT y agudizaciones (valorar n° y gravedad)
NIVEL V Final de vida	Bodex ≥5 Bode >7 >3 hospitalizaciones/año Disnea mMRC 3-4 ↓ Actividad física ↑ Dependencia Insuficiencia respiratoria

1. DIAGNÓSTICO

1. En España: «1/3 de EPOC presentan IC y «1/3 de IC presentan EPOC

→ Dificultad/retraso de diagnóstico. ↑ mortalidad y hospitalizaciones de ambas.

2. En presencia EPOC+IC se realizan menos test de confirmación IC y EPOC

→ En diagnóstico de IC se necesita ecocardiografía (Guías ESC, 2012).

En diagnóstico de EPOC se necesita espirometría (Guías GOLD, GesEPOC)

IC + EPOC presentan obstrucción combinada y restricción en PFR.

Con diuresis → FEV1 ↑ 35%. En dco. de EPOC → posponer espirom. hasta estabilización
Con = obstrucción («FEV1) un EPOC+IC se clasificará > grave que EPOC sin IC y viceversa, porque tests de función cardiopulmonar están significativamente afectados.

3. BNP/NT-proBNP → útiles en afirmar/descartar IC en presencia de EPOC

→ BNP + juicio clínico = 95-100% de certeza

BNP, junto con datos clínicos en IC, y también en EPOC. con disnea → ↓ estancia y coste.

4. La determinación de BNP puede no ser tan útil para definir causa de disnea en: ancianos y/o comorbilidades que modifican sus niveles en plasma (anemia, I. renal).

5. Considerar IC-FEP si FEV1 > 40%.

Valorar ↑ VI, o ↑ AI en ecocardi.

→ Valorar Respuesta a IECAS y diuréticos de asa.

Bibliografía

Almagro P, et al. Rev Clin Esp. 2012 Jun; 212(6):281-6. Braunstein JB, et al. J Am Coll Cardiol. 2009; 42:1226-33. Kwon BJ, Eur J Heart Fail. 2010; 12:1339-44. Mentz RJ, J Card Fail. 2012; 18(7):515-23. Page II RL, Lindenfeld JA. Curr Cardiol Rep 2012; 14:276-84. Triposkiadis FK, Skoularigis J. Curr Heart Fail Rep 2012; 9:354-62. Wong CY, et al. Am J Med. 2011; 124:136-43.

2. TRATAMIENTO

Fármacos en EPOC → en IC

Agonistas B2-adrenérgicos
Agonistas muscarínicos
Corticoides inhalados
Corticoides orales
Metilxantinas

Fármacos en IC → en EPOC

Bloqueantes
Estatinas
IECAS/ARA II
Diuréticos

EPOC en pacientes con IC-FEP se asocia a ↓ uso de terapias útiles para esta (β-bloqueantes, IECAs, antagonistas aldosterona) y muestra tendencia a peor pronóstico.

Fármacos en EPOC sobre IC

A) Agonistas B2 adrenérgicos

1. Consideración general.

Difícil deslindar efectos de drogas o de enfermedad. Estudios pequeños, contradictorios.

2. Incidencia de IC. Estudios contradictorios sobre ↑ o « en general o neumo-patías.

→ No claras recomendaciones específicas, pero evitar vía oral.

3. Uso en nebulización. Dosis 10 x que tradicionales.

Pueden producir arritmias, isquemia cardíaca y descompensación de IC.

Otros estudios no documentan efectos desfavorables en IC.

→ Evitarlos en descompensación si sospecha de EPOC+IC.

IC aguda: protocolo de actuación

Edema/congestión pulmonares agudos

Bolo iv de diurético de asa
(Si oral → 2,5 x dosis)

En sospecha de +EPOC
Evitar betadrenérgicos

SatO₂ < 90 o PaO₂ < 60

O₂ FIO₂ 40-60%

Vigilar ↑ pCO₂

Ansiedad/angustia graves

Valorar opiáceo iv

Morfina 4-8 mg ± metoclopramida

Medir PAS

PAS > 85 mm Hg o shock

PAS 85-110 mm Hg

PAS > 110 mm Hg

Añadir inotrópico
no vasodilatador

No más tratamiento hasta
evaluar respuesta

Valorar vasodilatador
(p. ej. NTG)

Dobutamina 2,5 µg/kg/min y duplicar
cada 15' según respuesta

Respuesta adecuada al tto.

Mismo tratamiento

↓ disnea, ↓ cianosis, ↓ frialdad
Diuresis > 100 ml en 2 h (sondaje)
↑ SatO₂, ↓ Fc / VR

Reevaluar estado clínico del paciente.

¿PAS < 85 mm Hg?

No

¿Sat O₂ < 90%?

No

Diuresis < 20 ml/h

SI

SI

SI

Suspender vasodilatador
Suspender bbloqueante
si hipotensión
Valorar inotrópico no VD
o un vasopresor
Valorar cateterismo derecho
Valorar apoyo circulatorio
mecánico

O₂
Valorar VNI
Valorar TET y
ventilación invasiva

Sondaje vesical
↑ dosis diurético o combinación
Valorar dopamina (↓ dosis)
Valorar cateterismo derecho
Valorar ultrafiltración
- Valorar ultrafiltración

IC y EPOC. Diagnóstico

Agudización EPOC

BNP (pg/ml)

NT-proBNP

< 100

100-150

< 500

> 1000

< 450

IC improbable

< 300 / > 1000

Fallo VD o moderado fallo de VI

> 500

Posible fallo VI

Diuréticos e IECA

Ecocardiograma en
paciente estable

Normal
No IC, no tto.

FEV1 < 40%
Tto. IC con FED

FEV1 > 40%, Hipertrofia VI
IECA, diuréticos, si necesario

Etiología EPOC

Sospecha Agudización

Anamnesis y exploración física Rx tórax, ECG, Gasometría

Agudización de EPOC

¿Espeso purulento?

Si

Bacteriana

≥ 2 criterios de
Anthonisen

Posiblemente
Bacteriana

No

1 criterio de
Anthonisen
(excluida purulencia)

Virica

Etiología no
aclarada

Dímero D
Angio TC

Otras causas de disnea aguda en EPOC

Sospecha
TEP

Dímero D
Angio TC

TEP

Sospecha
C. Isq.

ECG
Troponina

C. Isquém

Sospecha
Arritmia

ECG

Arritmia

Sospecha
I. cardíaca

Ecocardi
BNP

I. cardíaca

GESEPOC. Arch. Bronconeumol. 2012; 48(sup. 3): 2-98.

Agudización EPOC: criterios de gravedad

Agudización muy grave (amenaza vital)

Al menos 1 de siguientes criterios

Parada respiratoria.
Inestabilidad hemodinámica

Disminución del nivel de consciencia
Acidosis respiratoria grave (pH < 7,30)

Agudización grave

Al menos 1 de siguientes criterios y ninguno de amenaza vital

• Disnea 3-4 escala MRC

• Uso de musculatura accesoria

• Sat O₂ < 90%, PaO₂ < 60 mm Hg

• Acidosis respiratoria moderada (pH 7,30-7,35)

• Complicaciones (arritmias graves, IC, etc.)

Cianosis de nueva aparición

Edemas periféricos de nueva aparición

PaCO₂ > 45 mm Hg (sin hipercapnia previa)

Comorbilidad grave

Agudización moderada

Al menos 1 de los siguientes criterios y ninguno de los anteriores

• FEV1 basal < 30%

• Historia de ≥ 2 agudizaciones en último año

Comorbilidad cardíaca no grave

Agudización leve

Aforismos sobre EPOC e IC

Prevalencia de EPOC en IC y viceversa: $\approx 30\%$.

Péptidos natriuréticos (BNP y NTproBNP):

Útiles para el manejo de los pacientes con sospecha de EPOC e IC.

BBloqueantes: Indicados en IC y EPOC.

Estudios observacionales $\uparrow$ supervivencia

No evidencia incontrovertible ► ECR de pacientes con IC excluyen EPOC

Especial precaución en EPOC avanzado (p.ej. 02 domicilio): $\uparrow$ mortalidad.

Difusión



SEMI
LA VISIÓN GLOBAL DE LA PERSONA ENFERMA

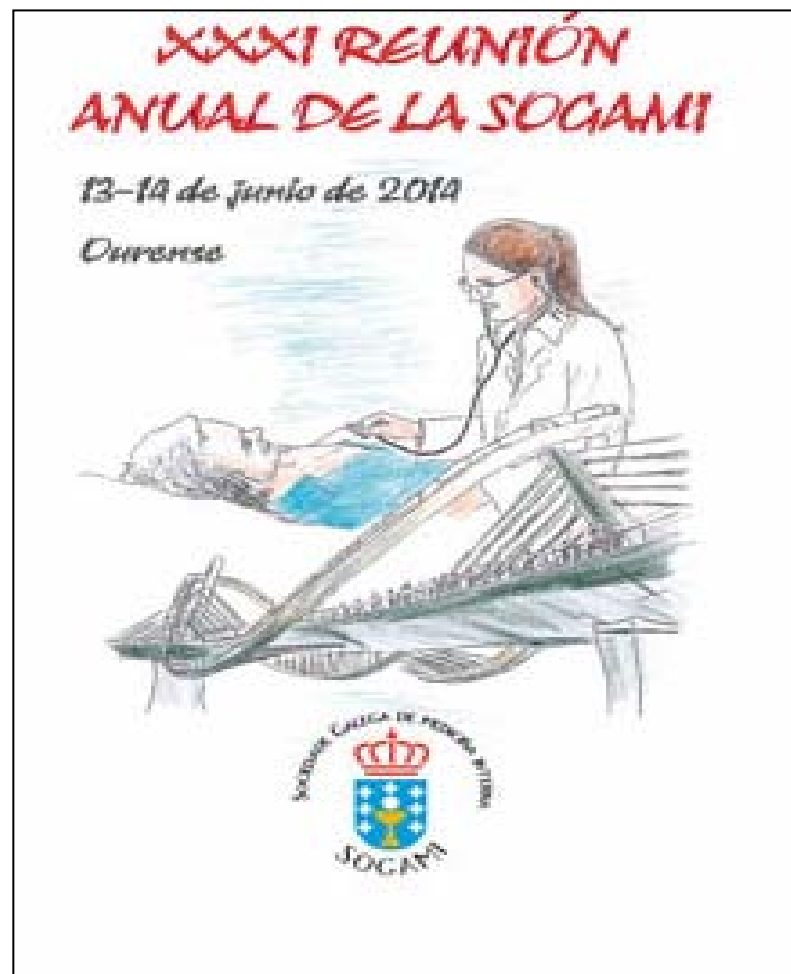
**II REUNIÓN PACIENTES
CRÓNICOS COMPLEJOS**

EPOC

FEMI
FEDERACIÓN DE ENFERMEROS DE MEDICINA INTERNA

23 y 24 de Mayo de 2014

Parador Nacional de La Granja, Segovia



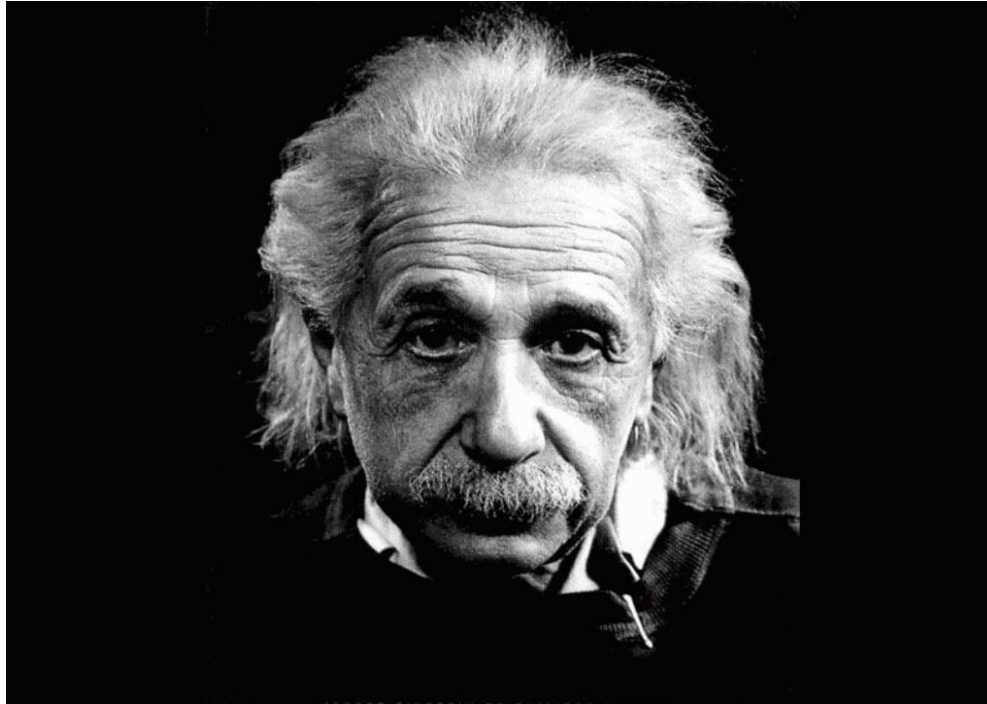
**XXXI REUNIÓN
ANUAL DE LA SOGAMI**

13-14 de junio de 2014

Ourense

SOCIEDADE GALEGA DE MEDICINA INTERNA
SOGAMI

II REUNIÓN PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS



La *crisis* es la mejor bendición que puede sucederle a personas y países porque la crisis trae progresos.

La creatividad nace de la angustia como el día nace de la noche oscura.

Es en la crisis que nace la inventiva, los descubrimientos y las grandes estrategias.

Albert Einstein

II REUNIÓN PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS



"Vamos a ver famosos muriendo de Tb resistente en los países ricos"

Douglas Young (Director de la Iniciativa para la Vacuna de la Tuberculosis (20/05/2014)

†1,3 millones anuales

Ovidio Murguía Castro (†28)



Xenaro Carrero (†28)

«Generación doliente»



A. Modigliani (†35)



Ramón Parada Justel (†31)



Joaquín Vaamonde (†28)