

COMORBILIDAD EN EPOC Y SU REPERCUSION ASISTENCIAL

Dr. Juan Custardoy

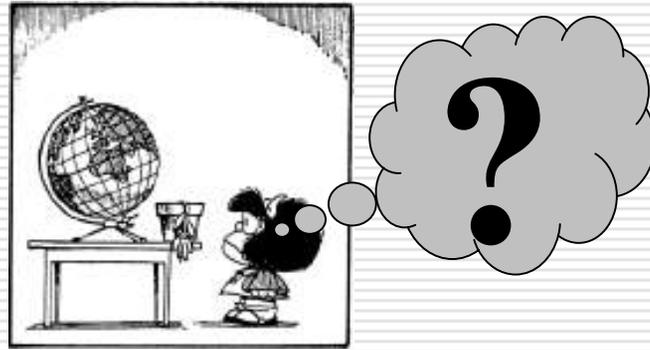
XXVII CONGRESO MEDICINA INTERNA

SITGES - 2007

COMORBILIDAD en EPOC

- La presencia de EPOC (enfermedad crónica) **crea una población** con mayor probabilidad de padecer varias enfermedades al tiempo **“Comorbilidad”**.
 - **La mejora asistencial de la EPOC** en los países desarrollados, ha llevado a la **prolongación** de la expectativa de vida de estos pacientes, **lo que lleva aparejado la acumulación de problemas de salud**.
-

COMORBILIDAD: Medida



El análisis de la comorbilidad **tiene la dificultad de su criterio de medida**, que no es uniforme, si bien el **índice de Charlson** es el más aceptado

COMORBILIDAD en EPOC: Estudios

El paciente EPOC con comorbilidad,
ha sido escasamente estudiado.

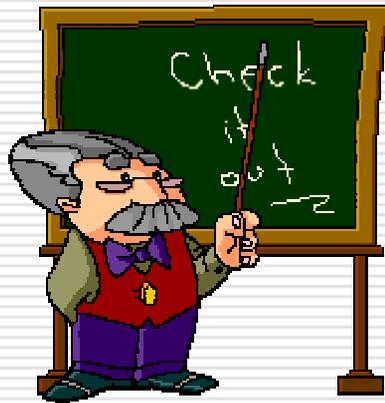


Tabla 3. Características de los estudios sobre comorbilidad^{5,9-38}

Autor, año	Objetivos	Entorno	Tipo de estudio
Katon, 2004 ⁹	Depresión, diabetes tipo 2 y factores de riesgo cardiovascular en atención primaria	Atención primaria	Transversal
Herzog, 2004 ²⁷	Insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal crónica, anemia y mortalidad en ancianos	Poblacional	Cohortes a 2 años
Yates, 2004 ¹⁰	Depresión y enfermedades médicas generales	Mixto*	Transversal
Greving, 2004 ³⁵	Comorbilidad y tendencia de uso de IECA y ARA-II en hipertensos	Atención primaria	Prospectivo, 5 años
Rius, 2004 ²⁸	Supervivencia según comorbilidad en 5 años	Poblacional	Cohortes a 5 años
Kazis, 2004 ²⁰	Comorbilidad y calidad de vida relacionado con la salud	Atención ambulatoria	Cohortes a 2 años
Diehm, 2004 ¹¹	Comorbilidad y factores de riesgo en enfermedad arterial periférica	Atención primaria	Transversal
Kessler, 2003 ³¹	Comorbilidad mental y orgánica y tendencia al empeoramiento	Poblacional	Transversal
Cheng, 2003 ²¹	Comorbilidad y calidad de vida relacionada con la salud	Atención primaria	Transversal
Bayliss, 2004 ⁴²	Comorbilidad en bienestar físico (calidad de vida)	Mixto	Cohortes a 4 años
Chisholm, 2003 ³²	Depresión con y sin comorbilidad médica y costes de atención sanitaria	Atención primaria	Transversal
Thomas, 2003 ¹²	Diabetes tipo 2, comorbilidad médica y depresión/ansiedad	Atención primaria	Transversal
Starfield, 2003 ⁵	Comorbilidad y uso de servicios sanitarios (visitas a médicos generales y especialistas)		Mixto
Wijnhoven, 2003 ²³	Comorbilidad orgánica y calidad de vida, pacientes asma/EPOC	Atención primaria	Transversal
Goodwin, 2003 ¹³	Comorbilidad física, depresión y tendencia suicida	Atención primaria	Transversal
Consoli, 2003 ³⁶	Comorbilidad, depresión y enfermedades asociadas	Mixto	Transversal
Wolff, 2002 ²³	Comorbilidad y gastos/consumo recursos sanitarios	Poblacional	Transversal
Buntinx, 2002 ²⁶	Comorbilidad y mortalidad e ingresos a corto plazo en ancianos	Residencia ancianos	Cohortes a 6 meses
Koike, 2002 ³⁵	Depresión con y sin comorbilidad médica	Atención primaria	Ensayo clínico
Fillit, 2002 ³⁴	Comorbilidad, utilización de servicios y costes por paciente con Alzheimer	Poblacional	Casos y controles
Michelson, 2001 ²⁴	Número de enfermedades, comorbilidad y calidad de vida relacionada con la salud	Poblacional	Transversal
Wensing, 2001 ²⁵	Situación funcional, enfermedades crónicas, edad y comorbilidad	Atención primaria	Transversal
Ben-Noun, 2001 ¹⁴	Prevalencia de comorbilidad en asmáticos y no asmáticos	Atención primaria	Casos y controles
Séculi, 2001 ²⁵	Comorbilidad y percepción del estado de salud (varones frente a mujeres)	Poblacional	Transversal
Carroll, 2001 ¹⁵	Fibrilación auricular y prevalencia de factores de riesgo de crisis isquémica	Atención primaria	Cohortes a 1 año
Martinson, 2001 ³³	Inactividad física, mortalidad por todas las causas y comorbilidad	Poblacional	Cohortes a 3,5 años
Nutting, 2000 ³⁷	Comorbilidad física e inicio de tratamiento anti depresivo en pacientes con depresión	Atención primaria	Prospectivo de intervención
Ciechanowski, 2000 ¹⁵	Diabetes tipos 1 y 2 y severidad de síntomas depresivos	Atención primaria	Transversal
Fullerton, 2000 ¹⁷	Coexistencia de comorbilidad médica y psiquiátrica	Atención primaria	Transversal
Van den Akker, 2000 ¹⁹	Diferencias entre 0, 1 o 2 o más nuevas enfermedades en 3 años	Atención primaria	Casos y controles
Qale, 2000 ¹⁹	Comorbilidad en pacientes con cáncer	Poblacional	Transversal

COMORBILIDAD - EPOC: Estudios Clínicos

Uno de los estudios más importantes que demostraron **el impacto y el papel pronóstico de comorbilidades en EPOC** es el realizado por Antonelli-Incalzi et al.

El estudio analiza 270 pacientes EPOC, todos ellos hospitalizados por Exacerbación.

El índice de Charlson fue el parametro utilizado para cuantificar la comorbilidad.

COMORBILIDAD en EPOC: Estudios Clínicos

Las comorbilidades mas frecuentes encontradas fueron:

- Hipertensión (28%)
- Diabetes Mellitus (14%)
- Cardiopatía Isquémica (10%)

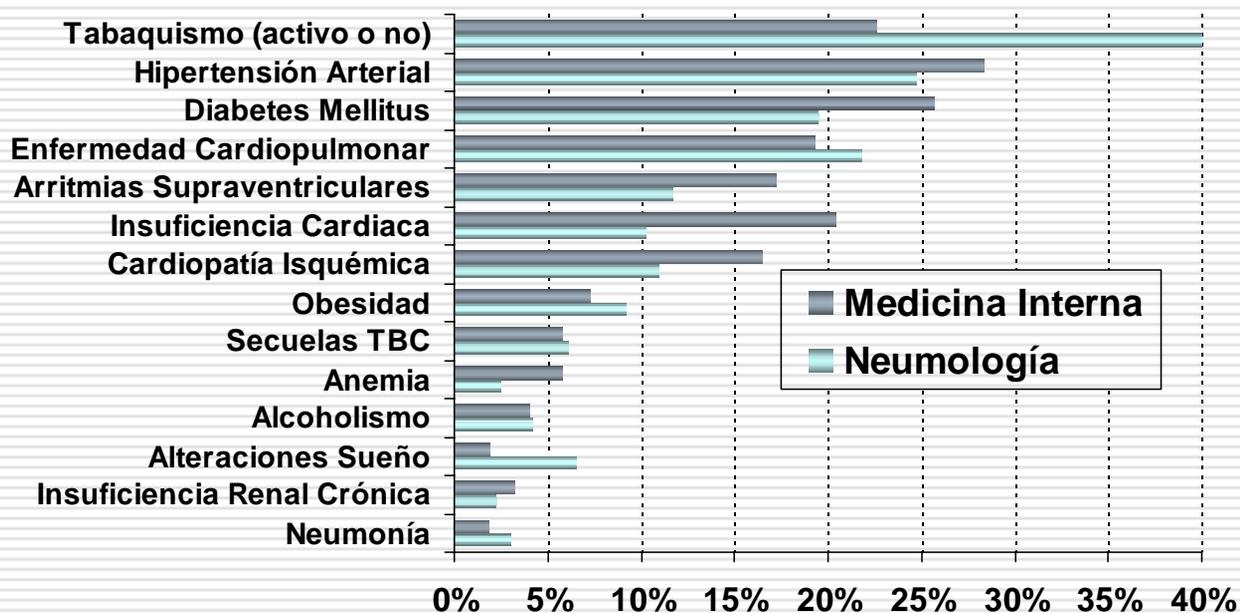
La supervivencia media fue de 3.1 años

- 228 de los 270 pacientes murieron durante los 5 años posteriores.

La mortalidad a los 5 años fue predicha por:

- FEV1 <590 ml
 - La edad
 - Presencia de hipertrofia ventricular derecha
 - Fallo renal crónico
 - Presencia de infarto del miocardio o de isquemia miocárdica aguda.
-

COMORBILIDAD - EPOC: Estudios Clínicos



Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, un problema de salud pública

R. de la Fuente Cida, F. J. González Barcalab, A. Pose Reino y L. Valdés Cuadrado

Servicios de Medicina Interna y Neumología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña.

Rev Clin Esp. 2006;206(9):442-3.

- La EPOC con una prevalencia en España del 9%, **genera unos 39.000 ingresos hospitalarios al año**. Con una tasa de reingresos entre el 12% y el 32%, siendo las infecciones la causa fundamental.



- Por su elevado coste sanitario y la posible mejoría de la calidad de vida del paciente, **la solución al problema pasa por la implicación más activa por parte de los médicos que los asisten.**
-

COMORBILIDAD en EPOC y su Influencia Asistencial

- El uso de recursos asistenciales en el EPOC con comorbilidad, **depende del grado de comorbilidad, más que del propio diagnóstico.**
 - Cuanto **mas grave** es la comorbilidad asociada a la EPOC, **mayor es el coste asistencial** de la enfermedad principal.
-

COMORBILIDAD en EPOC y su Influencia Asistencial

**¿ PERO TODOS LOS PACIENTES
EPOC CON ó SIN COMORBILIDAD,
CONSUMEN LOS MISMOS
RECURSOS ASISTENCIALES ?**

EPOC DE ALTA DEMANDA HOSPITALARIA (EPOC-ADH)

- Sullivan et al , en un estudio sobre los costes que genera la EPOC, observaron que el 73% del gasto total atribuible a la EPOC era producido por un número reducido de (EPOC-ADH), que no superaban el 10%.
 - Soler et al, en España, en su muestra de EPOC seguidos en el hospital, presenta datos que superan ligeramente las cifras del grupo americano, (12,2% EPOC-ADH).
-

EPOC DE ALTA DEMANDA HOSPITALARIA (EPOC-ADH)

- En este grupo de mayor demanda asistencial, destaca:
 - **INGRESOS**. - Supone el 57,1% del total de ingresos por EPOC, con un promedio de $4,1 \pm 2,2$ ingresos anuales por enfermo de estas características.
 - **VISITAS A URGENCIAS**. - El 60,8% de las visitas a urgencias fueron producidas por EPOC-ACH, con un número de visitas promedio por paciente de $1,8 \pm 0,7$ por año.
-

EPOC DE ALTA DEMANDA HOSPITALARIA (EPOC-ADH)

LA IMPORTANCIA DE SU IDENTIFICACION

Conocida la importante repercusión asistencial que genera la EPOC-ADH, es importante conocer el perfil general de estos pacientes y que factores son los que mas influyen en el incremento de utilización de recursos sanitarios.

EPOC DE ALTA DEMANDA HOSPITALARIA (EPOC-ADH)

IDENTIFICACION – VARIABLES- CONTRADICCIONES

- El 24% de los pacientes con FEV1 inferior al 50% de su teórico no precisaron asistencia hospitalaria.
- El 15% de pacientes con IR, no precisaron acudir de forma urgente al hospital.
- El 49% de casos superaba los 80 años.

EPOC DE ALTA DEMANDA HOSPITALARIA (EPOC-ADH)

IDENTIFICACION – VARIABLES- CONTRADICCIONES

Estos resultados plantean la necesidad de analizar la existencia de otros factores que puedan condicionar el aumento de consumo asistencial.

Y QUIZAS UNO DE LOS FACTORES QUE MAS PUEDA INFLUIR SEA, “LA COMORBILIDAD”

COMORBILIDAD EN EPOC

ESTUDIO DE PACIENTES EPOC CON COMORBILIDAD, ATENDIDOS EN SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA

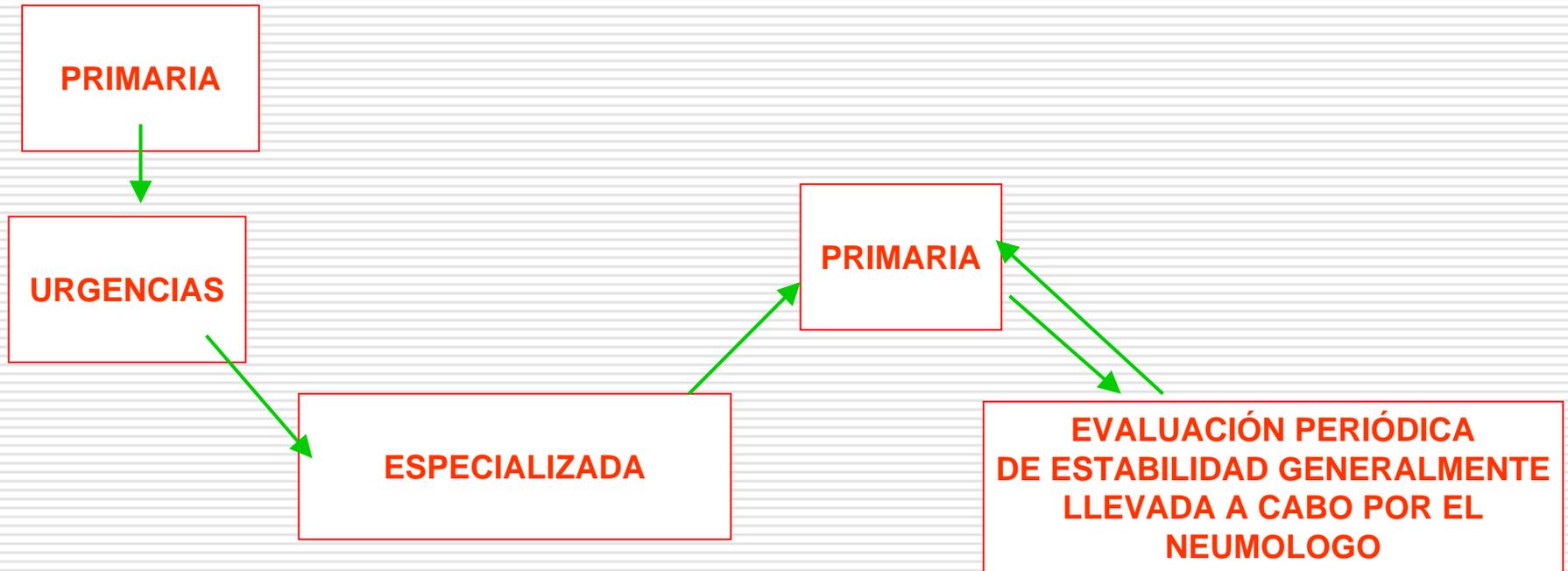


COMORBILIDAD en EPOC y su Influencia Asistencial

- La presencia de Comorbilidad tiene **consecuencias sobre**: diagnóstico, pronóstico, tratamiento, uso de servicios y resultados en salud.
 - **La comorbilidad en la EPOC, implica una importante reorganización** de los cuidados del paciente, al plantearse intervenciones sobre más de una enfermedad.
 - **El manejo** de los pacientes **EPOC con comorbilidad** representa un **cambio significativo en la práctica clínica** y acrecienta la importancia de la continuidad y de la longitudinalidad de los cuidados.
-

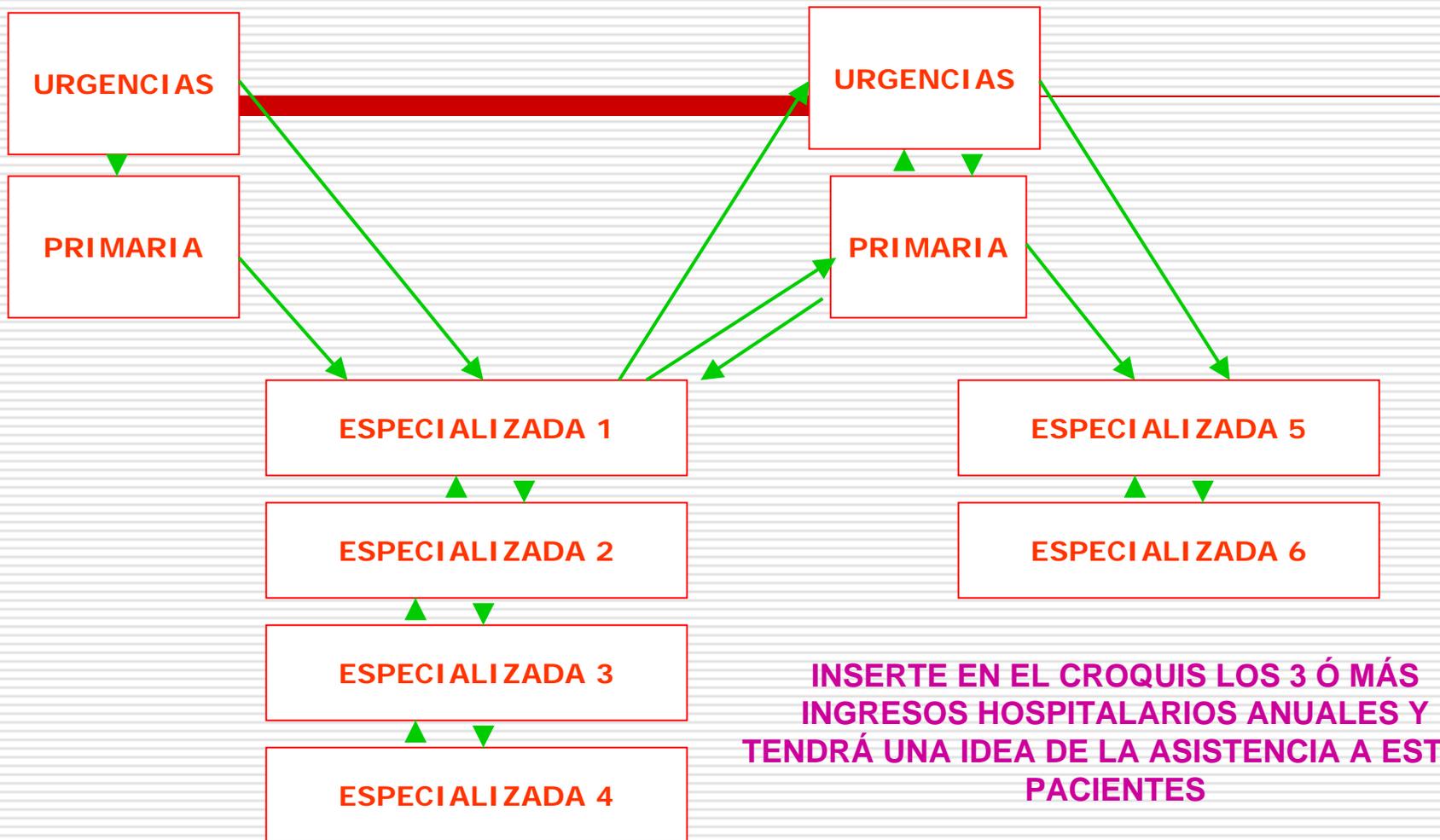
FLUJO DEL PACIENTE EN EL SISTEMA SANITARIO

EPOC SIN COMORBILIDAD



FLUJO DEL PACIENTE EN EL SISTEMA SANITARIO

EPOC CON COMORBILIDAD



INSERTE EN EL CROQUIS LOS 3 Ó MÁS INGRESOS HOSPITALARIOS ANUALES Y TENDRÁ UNA IDEA DE LA ASISTENCIA A ESTOS PACIENTES

¿PERO, QUIEN CONTROLA LA ESTABILIDAD DE ESTE PACIENTE DE MANERA AMBULATORIA?

- **68 Años. Ex-fumador. EPOC severo y cor pulmonale. HTA y Diabetes tipo2. Miocardiopatía isquémica Anemia crónica por pérdidas digestivas con necesidades periódicas de transfusión. Poliartrosis+osteoporosis invalidante.**

EPOC en el contexto de ICC, Anemia severa y Osteoporosis

1

PERSPECTIVA CIENTÍFICO-TÉCNICA

- Valoración integral
- Guías organoespecíficas

2

PERSPECTIVA SOCIOFAMILIAR Y DE CUIDADOS

- Papel de la Enfermería
- Soporte de la Red Social

3

PERSPECTIVA ORGANIZATIVA

- Soporte Asistencial post-alta
- Conexión con Atención Primaria

HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE EPOC CON COMORBILIDAD: PERSPECTIVA CIENTIFICO-TÉCNICA

¿Las Guías de Procedimientos Clínicos Organo-específicas para la EPOC, SON ó NO SON aplicables a los pacientes EPOC con Comorbilidad?

- **NO** ESTAN BASADAS EN EVIDENCIA DEMOSTRADA EN ESTA POBLACION.
 - **ESTÁN** ELABORADAS POR EXPERTOS EN ENFERMEDADES ORGANOESPECÍFICAS.
 - **POR TANTO**, SE DESCONOCE SI SON APLICABLES A ESTA POBLACIÓN DE PACIENTES.
-

HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE EPOC CON COMORBILIDAD: PERSPECTIVA CIENTIFICO-TÉCNICA

ES NECESARIO DISPONER DE:

- Guías Basadas en ensayos clínicos aleatorizados:
 - Con representación de EPOC con Comorbilidad.
 - Con resultados sobre interacciones medicamentosas
- Guías paciente-específicas:
 - Paneles de expertos especialistas⇒Con experiencia en EPOC con Comorbilidad.
 - Atención a preferencias—Calidad de vida, supervivencia.

Tratamiento de la EPOC con Comorbilidad ó ¿ cómo sobrevivir a 12 fármacos diariamente?

Paciente varon de 86 años, ex fumador, bebedor moderado de enol, sin alergias conocidas, que presenta en la actualidad los siguientes problemas de salud:

- **EPOC** severa tratada con *tiotropio y combinacion beta2 corticoide inhalado*
- **Cardiopatía isquémica** (IAM hace 9 años). Sigue tratamiento con *atenolol, enalapril, ácido acetilsalicílico y simvastatina*
- **Diabetes mellitus** tipo II, en tratamiento con *metformina*
- **Estreñimiento** en tratamiento con *fibra dietética*
- **Insomnio** de conciliación que trata con *benzodiazepinas*
- **Espondiloartrosis y gonartrosis bilateral**, sigue tratamiento con *ibuprofeno* y protección gástrica con *omeprazol*, y se le ha indicado, además, *sulfato de glucosamina*



- 68 Años. Ex-fumador. EPOC severo y cor pulmonale. HTA y Diabetes tipo2. Miocardiopatía isquémica Anemia crónica por pérdidas digestivas con necesidades periódicas de transfusión. Poliartrosis+osteoporosis invalidante.

EPOC en el contexto de ICC, Anemia severa y Osteoporosis

1

**PERSPECTIVA
CIENTÍFICO-TÉCNICA**

-Valoración integral
-Guías organoespecíficas

2

**PERSPECTIVA
SOCIOFAMILIAR Y
DE CUIDADOS**

- Papel de la Enfermería
-Soporte de la Red Social

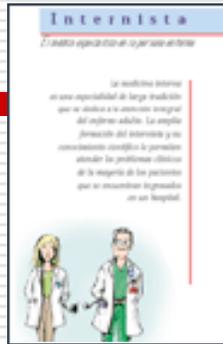
3

**PERSPECTIVA
ORGANIZATIVA**

-Soporte Asistencial post-alta
-Conexión con Atención Primaria

HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE EPOC CON COMORBILIDAD: PERSPECTIVA ORGANIZATIVA

PLAN DE ASISTENCIA COMPARTIDA



INTERNISTA REFERENCIA



MÉDICO FAMILIA



ENFERMERÍA HOSPITAL



UHD



FAMILIA

COMORBILIDAD EN EPOC Y SU IMPACTO ASISTENCIAL

CONCLUSIONES

- ❑ **Incidencia e impacto:** Realidad ineludible
 - ❑ **Perspectiva científica:** Interés creciente
 - ❑ **Perspectiva sociofamiliar-cuidados**
 - ❑ **Perspectiva organizativa:** Necesidad cambios cualitativos en asistencia
-



**¡MUCHAS GRACIAS
POR SU ATENCION;
Y RECUERDEN
QUE.....**



El **Internista** también puede y debe hacer **intervención tabaquica**