

ORIGINAL

Auditorías de historias clínicas en pacientes EPOC ingresados por agudización

Ortiz Quintana G¹, Ruiz Moruno FJ²,
Moreno Linares V³

¹MIR de 3er año MFyC. UGC Fuensanta. Córdoba

²Especialista en medicina familiar y comunitaria. UGC Fuensanta. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)/Hospital Reina Sofía/Universidad de Córdoba

³Grado en enfermería. Hospital San Juan de Dios. Córdoba

CORRESPONDENCIA

Gaspar Ortiz Quintana
E-mail: gasparortiz57@gmail.com

Recibido el 18-01-2017; aceptado para publicación el 29-11-2017
Med fam Andal. 2017; 2: 141-147

PALABRAS CLAVE

EPOC, Auditoría, Agudización, Indicadores de calidad.

RESUMEN

Título: auditorías de historias clínicas en pacientes EPOC ingresados por agudización.

Objetivos: Evaluar el perfil de los pacientes que ingresan por agudización de EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica). Establecer oportunidades de mejora y actuaciones para evitar dichos ingresos basándonos en los PQI (Indicadores de calidad preventivos).

Diseño: Estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento: Centro de Salud Fuensanta, Córdoba.

Población y muestra: Todos los pacientes que ingresan por agudización de EPOC en 2013 y 2015. La muestra presenta una edad media de 74.29. Se revisó el motivo de ingreso e informe de alta mediante el CMBD (Conjunto mínimo básico de datos). Evaluamos las variables que pueden modificarse para evitar una agudización. Variables: clasificación, síntomas-gravedad, FEV₁ (volumen espiratorio forzado en el primer segundo), hábito tabáquico, vacunación antigripal, terapia de oxígeno domiciliario (OCD), tratamiento en fase estable (inhaladores).

Intervenciones: Revisión de informes presentes en las historias clínicas de los pacientes.

Resultados: Se analizaron 31 pacientes tras aplicar los criterios de exclusión. El motivo de ingreso fue agudización de EPOC. Solo 38.7% estaban clasificados, el 71% tenían registrados su hábito tabáquico. El 48.38% recibían OCD. El 90.3% recibían terapia inhalada aunque solo el 41.9% la indicada correctamente. Insuficiente indicación de pautas de rescate en las agudizaciones. No se registró actividades para el manejo de inhaladores ni evaluación del cumplimiento.

Conclusiones: Creemos existe amplio margen de mejora adecuando nuestras intervenciones, farmacológicas y no farmacológicas, en fase estable de la enfermedad a las recomendaciones actuales y así evitar agudizaciones.

KEYWORDS

COPD, Audits, Exacerbations, Quality indicators.

SUMMARY

Title: Medical record audits in patients admitted to hospital for acute COPD exacerbations.

Objectives: To evaluate the profile of patients admitted for acute exacerbation of COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease). To establish opportunities for improvement and actions to prevent these hospital admissions using PQIs (Prevention Quality Indicators).

Design: A descriptive observational study.

Setting: Fuensanta Primary Care Centre, Cordoba, Spain.

Population and Sample: Every patient admitted for COPD exacerbation in 2013 and 2015. The mean age of the sample is 74.29. The reason for admission and hospital discharge reports were reviewed using the MBDS (Minimum Basic Data Set). We evaluated the variables that could be modified to prevent an exacerbation. Variables: classification, symptoms-severity, FEV₁ (forced expiratory volume in 1 second), smoking, flu vaccination, home oxygen therapy, treatment in stable phase (inhalers).

Intervention: Revision of the reports of the medical records of the patients.

Results: 31 patients were analyzed after applying exclusion criteria. The reason for admission was exacerbation of COPD. Only 38.7% were classified, 71% had their smoking habit registered. 48.38% received home oxygen therapy. 90.3% received inhaled therapy although only 41.9% correctly as prescribed. Insufficient indication of rescue guidelines on the exacerbations. No activities registered for the management of inhalers or assessment of treatment compliance.

Conclusions: We believe there is a lot of room for improvement, by adapting our pharmacological and non-pharmacological interventions in stable phase of the disease to current recommendations, and thus avoiding exacerbations.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) supone un importante consumo de recursos sanitarios, actualmente es una causa importante de morbilidad y mortalidad en Europa y una de las mayores áreas de gasto de recursos tanto en Atención Primaria como Hospitalaria. Los pacientes que padecen EPOC presentan con frecuencia episodios de exacerbación de su enfermedad, que son clínicamente relevantes porque se asocian a mortalidad significativa, aceleran el deterioro de la función pulmonar, tienen un efecto negativo sobre la calidad de vida de los pacientes y son responsables de la mayor parte de la carga social, económica y sanitaria de la enfermedad ya que es durante estas exacerbaciones cuando se produce el mayor consumo de recursos sanitarios, pues en muchos casos supone el ingreso hospitalario del paciente^{1,2,8,6}.

En España, la prevalencia es similar a la descrita para otras zonas desarrolladas del planeta y se prevé que siga aumentando, por lo que en el futuro supondrá un mayor coste sanitario. El estudio más reciente acerca de la prevalencia de la EPOC en España, *Epidemiologic Study of COPD in Spain* (EPI-SCAN), actualizó los datos de prevalencia de la EPOC en nuestro país según los criterios GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease), estableciéndolo en el 10,2% de las personas entre 40 y 80 años. Se estima que las exacerbaciones de la EPOC generan el 10 - 12% de las consultas de Atención Primaria, entre el 1 - 2% de todas las visitas a urgencias y cerca del 10% de los ingresos médicos. Cerca del 60% del coste global de la enfermedad es imputable a la agudización, fundamentalmente a la hospitalización^{3,8}.

Una reciente publicación del estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de la Carga Mundial de Enfermedades (Global Burden of Disease Study -GBD-) 2015, actualiza las estimaciones mundiales en EPOC, respecto a la cual, la nueva información de mortalidad y prevalencia en el mundo indica que ha ascendido en el ranking mundial de causas de muerte, la EPOC subió del cuarto puesto en 1990 al tercero en 2010, justo por detrás de la cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular⁵.

La actualización del GBD 2010 indica un incremento del número de personas con EPOC

desde la anterior cifra en 1990 de 210 millones de personas con EPOC en todo el mundo, a la actual de 328.615.000 con EPOC (168 millones en varones y 160 millones en mujeres). En el ya mencionado previamente estudio EPI-SCAN, se estima que, actualmente, entre los 21,4 millones de españoles con una edad entre 40 y 80 años hay 2.185.764 que presentan EPOC. Por sexos, las cifras corresponden a 1.571.868 varones y 628.102 mujeres. En este estudio queda recogido que el 73% de pacientes con esta patología aún no está diagnosticado, por lo que puede decirse que más de 1.595.000 españoles aún no lo sabe y, por tanto, no recibe ningún tratamiento para su EPOC^{4,5}

En España, el Programa Español de Auditorías Clínicas sobre la EPOC (AUDIPOC) se puso en marcha con el objetivo de mejorar de la atención sanitaria en estos pacientes. Esta herramienta es de vital importancia para la evaluación y análisis de la práctica clínica, a fin de poder detectar fallos en el proceso asistencia y aportando información sobre la gestión de los recursos que se presta al paciente con EPOC, pudiendo así corregir y mejorar la actuación del personal sanitario⁵.

Durante los últimos 10 años, este tipo de auditorías se han llevado a cabo en varios países europeos, destacando información importante sobre el Atención a los pacientes con EPOC y la Estructura de los hospitales que los sirven. El primero Nacional de la EPOC se desarrolló en el Reino Unido en 1997. Otros han seguido, incluyendo España, los países escandinavos y Australia.

Estas auditorías proporcionan una creciente evidencia de la calidad de la atención al paciente con EPOC. Con toda probabilidad, podemos mejorar el cuidado de los pacientes con EPOC si tenemos un mejor conocimiento de nuestro desempeño y comprensión de los factores asociados, para alcanzar una mejor atención al paciente. Sin embargo, todavía no existe una cultura de participación en las auditorías en la mayoría de los países europeos para proporcionar una base de comparaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional descriptivo, mediante auditoría de historias clínicas de

los pacientes que ingresan por agudización de EPOC durante el año 2013 y 2015, pertenecientes a la UGC Fuensanta, Córdoba (España). Se incluyeron el total de pacientes que ingresaron en 2013 y 2015 con el diagnóstico de agudización de EPOC por parte del médico responsable, habiéndose confirmado este diagnóstico al alta y habiéndose excluido causas de ingreso por otra patología neumológica específica (por ejemplo, neumonías, tromboembolismo pulmonar, edema pulmonar o fracturas costales); como así se indica en las guías GesEPOC y GOLD, éstas definen que dichas patologías se tratan de situaciones de comorbilidad pero no las califican como causas de agudización, por lo que se decidió excluirlas de este estudio.

Se recogieron 48 historias clínicas con motivo de ingreso antes detallado (CMBD) pertenecientes a la UGC Fuensanta. De ellas se rechazan 5 por estar duplicadas. De las 43 historias restantes, 8 correspondían a pacientes no EPOC que ingresaron por disnea (cuatro de ellos asmáticos), 2 ingresaron por otros diagnósticos; 2 por empeoramiento de su cáncer de pulmón, 1 por neumonía y 1 por neumotórax. Así, contamos con un total de 31 historias correspondientes a pacientes que ingresaron por una agudización de EPOC.

Al analizar las historias clínicas, revisamos el motivo de ingreso e informe de alta (CMBDA). Se elaboró un cuestionario (anexo 1) para la recogida de datos de las historias clínicas. Las variables principales del estudio fue inclusión en PAI-EPOC (proceso asistencial integral), registro del diagnóstico en hoja de problemas, registro del tipo de paciente según la clasificación GESEPOC o GOLD, registro de función pulmonar (FEV1) en el último año, registro del hábito tabáquico, vacunación antigripal y contra neumococo, adecuado tratamiento en fase estable (inhaladores), prescripción correcta de inhaladores de rescate. Además la variable edad se subdividió, creando tres grupos (menos de 65 años, de 65 a 79 años y mayor de 79 años).

Tras el proceso de codificación de las variables, entrada de datos en base de datos informatizada y limpieza de datos, se ha realizado una descripción de los pacientes seleccionados en la muestra. Se ha realizado test de Kolmogorov para comprobar el ajuste de las distintas variables a la normalidad. Se ha descrito la muestra respecto

a todas las variables. Se han calculado las frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas, y la media y desviación típica para las variables cuantitativas. El análisis estadístico de los datos se ha realizado utilizando el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS, IBM Corporation,) versión 17.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos muestran que 29 pacientes EPOC y agudización que ha precisado ingreso hospitalario fueron varones (93.5%); mientras que se han producido el ingreso de 2 mujeres EPOC de la UGC Fuensanta. La edad media de los sujetos que conforman el estudio ha sido 74.29 ± 11.13 años.

La tasa de registro de los pacientes EPOC de la UGC Fuensanta dentro del proceso asistencial de EPOC se corresponde con 24 (77.4%) del total de pacientes. Un 80.6% de los pacientes presentaba su diagnóstico incluido en la hoja de problemas, a pesar de que solo un 38.7% de las historias tenían además registro del paciente con EPOC en base a la clasificación GesEPOC (fenotípica) o de GOLD (A-D). Los resultados obtenidos sobre el registro de FEV_1 indican que de la totalidad de los pacientes incluidos en el estudio solo 12 pacientes (38.7%), habían realizado una espirometría con registro de este parámetro en el último año.

Por otro lado, en relación a las tasas de vacunación, el 77.4% de los casos se encontraban vacunados frente a la gripe en el último año y solo un 32.3% frente al neumococo (vacuna 23 valente).

Solo 22 pacientes (71%) tiene registro de tabaco y no se registra intervención anti-tabáquica en estos pacientes. El 48.38% de los pacientes recibían terapia con oxígeno crónico domiciliario (OCD).

En lo referente a los tratamientos inhalados pautados en los pacientes estudiados, la terapia inhalada en fase estable de la enfermedad la reciben 28 pacientes (90.3%), aunque haciendo el ajuste posterior en la historia clínica de su enfermedad observamos que solo el 41.9% de los pacientes la tienen indicada de forma correcta que les corresponde (GOLD y/o GesEPOC). Las pautas de

medicación de rescate no se especifican y están registradas de forma claramente insuficiente en el tratamiento de las agudizaciones.

Debido a una falta de información fue imposible valorar si se realizan intervenciones en el correcto manejo de inhaladores, evaluación del cumplimiento terapéutico o evaluación de botiquín registrada.

Todos estos resultados pueden encontrarse en la tabla 1.

DISCUSIÓN

Sin duda la EPOC supone una patología de gran importancia en nuestro país por su alta prevalencia, comorbilidad e impacto en el gasto de recursos sanitarios^{1,8,6}. En los últimos años las auditorías clínicas están demostrando ser una herramienta fundamental para el análisis de la atención sanitaria que reciben estos pacientes, a pesar de lo cual no se ha establecido su uso rutinario y generalizado para obtener información que podría ser de gran ayuda para mejorar la gestión sanitaria⁵.

Tras evidenciarse que un alto porcentaje del gasto sanitario en EPOC se produce durante los ingresos de estos pacientes, los estudios como este pueden ser de mayor utilidad, pues al contrario de estudios como AUDIPOC, que son de base hospitalaria, en este caso centramos el estudio en Atención Primaria, pudiendo evaluar el control de la enfermedad en estado basal, a fin de poder reducir las agudizaciones que requieran ingreso hospitalario al mínimo número de eventos posibles, con lo que conseguiríamos actuar sobre uno de los puntos que mayor consumo de recursos económicos y sanitarios de la EPOC^{6,8}.

En 1997 ya se realizó un primer estudio de base hospitalaria de la British Thoracic Society y el Royal College of Physicians de Londres impulsando una primera auditoría sobre EPOC. Exponiendo unos resultados donde sugerían que los procedimientos y estilos de práctica clínica no se ajustaban a las recomendaciones y que existían variaciones muy amplias entre hospitales. Posteriormente en 2003, se realizó un segundo estudio, esta vez de ámbito nacional, cuyos resultados

Tabla 1

GÉNERO (N,%)			
	MUJERES	2	6.5
	HOMBRES	29	93.5
EDAD (AÑOS, $\bar{X} \pm DT$)			
	MENOS DE 65	61.5	2.64
	65-79	74.67	1.15
	MÁS DE 80	84.67	0.689
INCLUSIÓN PAI (N, %)			
	SÍ	7	22.6
	NO	24	77.4
HOJA PROBLEMAS (N, %)			
	SÍ	25	80.6
	NO	6	19.4
CLASIFICACIÓN EPOC (N, %)			
	SÍ	12	38.7
	NO	19	61.3
FEV1 AÑO PREVIO (N, %)			
	SÍ	12	38.7
	NO	19	61.3
REG. TABACO (N, %)			
	SÍ	22	71
	NO	9	29
VACUNA GRIPE (N, %)			
	SÍ	24	77.4
	NO	7	22.6
VACUNA NEUMOCOCO (N, %)			
	SÍ	10	32.3
	NO	21	77.7
OXÍGENO DOMICILIARIO (N, %)			
	SÍ	15	48.38
	NO	16	51.62
INHALADORES (N, %)			
	SÍ	28	90.3
	NO	3	9.7
INHALADORES ADECUADOS (N, %)			
	SÍ	13	41.9
	NO	18	58.1
RESCATE (N, %)			
	SÍ	20	64.5
	NO	11	35.5

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. PAI: proceso asistencial integral. FEV1: volumen espiratorio forzado en el primer segundo.

confirmaron las conclusiones del primero. Esto es algo que podemos trasladar a nuestro estudio donde podemos evidenciar un mal procedimiento diagnóstico y terapéutico con amplio margen de mejora², que sin embargo no hemos sabido abordar a pesar de disponer de multitud de datos y conclusiones en los diferentes estudios que ya se han llevado a cabo previamente en relación

al problema que estamos tratando, como AUDIEPOC, IBEREPOC, EPI-SCAN, entre otros.

Observamos como en 19 de los pacientes (61.3%) ingresados por agudización de EPOC no estaba recogido en su historia el subgrupo de la clasificación GOLD o GesEPOC al que pertenece, algo que resulta muy poco eficiente dado que además

en el 80.6% el diagnóstico de EPOC está recogido en la historia del paciente. La clasificación del subtipo de EPOC de un paciente es un elemento fundamental, no solo en el proceso diagnóstico, sino también a la hora de desarrollar e implantar un tratamiento adecuado y correcto, que ante todo debe de estar ajustado a la gravedad del paciente; dicho en otras palabras, al subtipo.

Como hemos podido apreciar en nuestro estudio, solo 13 pacientes (41.9%) tienen indicada de forma correcta la terapia inhalada, en parte debido a un mal registro del subtipo de paciente como acabamos de exponer. Este número de pacientes tan bajo supone un gran hándicap de mejora. Sin duda, conlleva un déficit en el control del enfermo, al no poder asegurar un buen tratamiento específico de su EPOC y no tener un buen seguimiento del paciente valorando una posible evolución en las escalas GOLD o GesEPOC. Esto se traduce en un control deficiente de los pacientes EPOC en su estado basal lo que conlleva una mayor frecuencia de aparición de agudizaciones, así como una mayor gravedad de las mismas, prolongando los ingresos y por consiguiente los gastos sanitarios.

Si valoramos el correcto seguimiento de los pacientes EPOC en atención primaria, al analizar mediante auditoría las historias clínicas, queda patente en los datos obtenidos en nuestro estudio, una mala metodología de seguimiento del EPOC pues solo 12 pacientes (38.7%) que ingresaron por agudización habían realizado una espirometría en el último año registrándose el valor de FEV₁. Este dato se encuentra en armonía con los datos arrojados en el estudio llevado a cabo por J.L. López Campos en 2015 sobre las auditorías de historias en agudización de EPOC, en el cual, el número de pacientes sin registro de FEV₁ en el último año fue de 613 pacientes de un total 1016, suponiendo un 60.33% de pacientes con FEV₁ registrado¹. Continuando con los datos de FEV₁ registrados en otros estudios, debemos señalar el estudio AUDIPOC², en el que la tasa de registro de este parámetro se encontraba en un 52%.

Todo esto, podemos decir, se encuentra en consonancia con la falta de registro del subtipo de EPOC y finalmente con la prescripción de un tratamiento de base correcto.

De los resultados de este estudio podemos extraer la necesidad de utilizar esta información

en sesiones clínicas en los centros de salud, para incrementar el número de actuaciones sobre estos pacientes con el objetivo de reducir el número de ingresos hospitalarios, o la gravedad de los mismos, siendo una de éstas, el tratamiento para la deshabituación tabáquica, ya que en nuestra muestra 13 de los pacientes (41.9%) eran fumadores activos, a pesar de haber sido diagnosticados de EPOC. Este dato de registro de fumadores llama la atención frente a los porcentajes obtenidos en las auditorías del estudio de J.L. López Campos, que se correspondían con 24% y 28% de fumadores activos en el momento de la reagudización¹.

CONCLUSIÓN

Creemos que existe amplio margen de mejora en el control del paciente EPOC durante la fase estable de la enfermedad, adecuando nuestras intervenciones, tanto farmacológicas como no farmacológicas, a las recomendaciones actuales de las guías sobre EPOC y con ello evitar las agudizaciones. Sin duda observamos como ante tales resultados, existe un déficit importante en atención primaria así como una falta de feed-back en relación con los estudios de auditorías.

Sin duda el tamaño muestral de este estudio ha limitado mucho sus resultados por lo que consideramos para futuros estudios la necesidad de ampliar la muestra a todos los centros de salud que forman parte del distrito Córdoba-Guadalquivir, a fin de así poder confirmar los resultados aquí obtenidos de forma más contundente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asensio Cruz MI, Calero Acuña C, Abad Arranz M, Castro-Acosta A, Pozo Rodríguez F, Lopez-Campos JL. Repercusión de las auditorías de historias clínicas en la calidad asistencial recibida por los pacientes que ingresan por una agudización de epoc. RevEsp Patol Torac. 2015; 27 (4): 211-219. Disponible en: https://www.neumosur.net/files/publicaciones/Revistas/2015/3_original-rev2015-v27-n4.pdf
2. Pozo-Rodriguez F, Alvarez CJ, Castro-Acosta. Clinical audit of patients admitted to hospital in Spain due to exacerbation of COPD (AUDIPOC study): method and organisation. ArchBronconeumol 2010; 46: 349-357.

3. Ancochea J, Badiola C, Duran-Tauleria E, GarciaRio F, Miravittles M, Muñoz L, Sobradillo V, Soriano JB. Estudio EPI-SCAN: resumen del protocolo de un estudio para estimar la prevalencia de EPOC en personas de 40 a 80 años en España. *Arch Bronconeumol*. 2009;45(1):41-47.
4. Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA, Riesco JA, et al. Guía española de la EPOC (GesEPOC). Actualización 2014. *Arch Bronconeumol*. 2014; 50(Supl 1): 1-16.
5. López-Campos JL, Hart S, Pozo-Rodríguez F, Roberts CM, on behalf of the European COPD Audit team. European COPD Audit: design, organisation of work and methodology. *Eur Respir J*. 2013; 41: 270-276
6. Pasquale MK, Sun SX, Song F, Hartnett HJ, Stemkowski SA. Impact of exacerbations on health care cost and resource utilization in chronic obstructive pulmonary disease patients with chronic bronchitis from a predominantly Medicare population. *International Journal of COPD*. 2012;7
7. Soler-Cataluña JJ, Calle M, Cosío BG. Comité de Calidad Asistencial de la SEPAR; Área de Trabajo EPOC de la SEPAR. Estándares de calidad asistencial en la EPOC. *Arch Bronconeumol*. 2009; 45(4): 196-203.
8. Soler J, Sánchez L, Latorre M. Impacto asistencial hospitalario de la EPOC. Peso específico del paciente con EPOC de alto consumo sanitario. *Arch Bronconeumol*. 2001; 37 (9): 375-81.
9. Miravittles M, Sobradillo-Peña V, Villasante C, Gabriel R, Masa J F, Jiménez CA, et al. Estudio epidemiológico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en España (IBERPOC): reclutamiento y trabajo de campo. *Arch Bronconeumol*. 1999;35:152-8.

Anexo 1. Cuestionario para la recogida de datos

1. ¿Está incluido dentro del PAI EPOC?
2. ¿Aparece registrado en la Hoja de problemas el diagnóstico de EPOC?
3. ¿Aparece registrado en la Hoja de problemas el tipo de EPOC (GESEPOC, GOLD)?
4. ¿Tiene registrado valores de FEV1 en el último año?
5. ¿Tiene registro de tabaco?
6. ¿Está vacunado de gripe en el último año?
7. ¿Está vacunado contra neumococo?
8. ¿Tiene prescrito inhaladores en su tratamiento habitual?
9. ¿Son los inhaladores que usa adecuados según el tipo de EPOC y nivel de gravedad?
10. ¿Tiene prescritos inhaladores de rescate?
11. ¿Se ha realizado revisión de botiquín en el último año?
12. ¿se ha comprobado que no existe incumplimiento terapéutico?
13. ¿Se ha comprobado el manejo correcto de inhaladores?