



ARTÍCULO ESPECIAL

¿Qué ha pasado con la EPID durante la pandemia? Situación actual y organización futura en Castilla-La Mancha. Reunión del grupo de EPID de la SOCAMPAR

What happened to ILD during the pandemic? Current situation and future organization in Castilla-La Mancha. Meeting of the ILD group of SOCAMPAR

Autores: Godoy R¹, Sacristán L², Fernández Francés J³, Sánchez R¹, García A⁴, López PC¹, Bellido A²

¹Servicio de Neumología del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

²Sección de Neumología del Hospital de General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real

³Sección de Neumología del Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

⁴Sección de Neumología del Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real.

Resumen:

La complejidad de la consulta EPID conlleva que hay que hacer visitas presenciales, pero hay cabida para la telemedicina y la debemos promover. Las visitas a la consulta deben ser las mínimas y deben estar coordinadas con las pruebas para hacérselas en un mismo tiempo. Hay que intentar, en la medida de lo posible, ahorrar pruebas y consultas y estar accesibles a las necesidades de los pacientes.

Palabras clave: EPID; COVID; consulta.

Resume:

The complexity of the DILD consultation implies that face-to-face visits must be made, but there is room for telemedicine and we must promote it. Visits to the office should be the minimum and should be coordinated with the tests to be done at the same time. Try, as far as possible, to save tests and consultations and be accessible to the needs of patients.

Keywords: DILD; COVID; consulting room.

Introducción:

La enfermedad COVID-19 es una patología infecciosa causada por un virus que tuvo su origen en China, en la provincia de Wuhan¹. Su alta contagiosidad ha convertido a este virus en una pandemia mundial. El virus es el SARS-COV-2².

El 30 de Enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la COVID como una Emergencia de salud pública de importancia internacional y la declaró como una epidemia, fue imparable y poco tiempo después se declaró como pandemia mundial^{3,4}.

Cuando llegó a España se produjeron momentos de confusión importantes. Nadie había afrontado una crisis como esta⁵. Nuestra sociedad tuvo que recluirse y los hospitales pasaron a tratar una única enfermedad. La medicina moderna nunca se había enfrentado a algo así. Se comparó la situación con una guerra, donde los profesionales de la salud y la sociedad hicieron lo que pudieron.

La SOCAMPAR (Sociedad Castellanomanchega de Patología Respiratoria) hizo un estudio para comprobar cómo nos había afectado esta situación a los sanitarios que trabajamos en respiratorio⁶.

Los profesionales de la patología respiratoria tuvieron miedo, se encontraron sobrepasados en el trabajo y

se encontraron poco protegidos y apoyados por sus superiores y organizadores.

Se ha vivido una situación caótica y excepcional con un grado de estrés inasumible, la actualidad es un momento de descontrol y nerviosismo donde se observa cómo las formas de actuar anteriores han quedado obsoletas y existe una incertidumbre sin precedentes en el panorama futuro, en el que se vislumbra un cambio de la forma y gestión sociosanitaria. A nivel sanitario, todos los recursos se han volcado en una sola patología: en la COVID.

Muchos de los enfermos crónicos han sentido miedo de acercarse al hospital para continuar con el tratamiento y el seguimiento de su patología. A los que sí se han atrevido a ir a consultas no se les ha podido atender, puesto que todos los recursos estaban centrados en un único tema.

En el caso de los pacientes con enfermedad intersticial pulmonar ha pasado lo mismo, pero además se les ha aconsejado que no se acercasen al hospital.

Se han hecho recomendaciones para la realización de pruebas funcionales y la atención de pacientes, en un intento de adaptarse a esta situación.

Los pacientes crónicos han sufrido esta situación, aunque se han ideado medios de atención, como la consulta telefónica, que antes no se habían utilizado.

Este es un nuevo escenario, en el que la atención en consulta y las pruebas se va a tener que realizar de otra forma.

Esto ha llevado a organizar una reunión, el día 3 de Julio de 2020, para analizar qué ha pasado y cómo vamos a orientar los retos futuros en este entorno, en la enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID). Se presenta la información relevante.

¿Qué ha pasado con los pacientes EPID en Castilla-La Mancha?

Los meses de Marzo, Abril y Mayo han tenido una gran carga asistencial, que en el mes de Junio ha disminuido. Ha sido por la epidemia de casos COVID.

Se han atendido a muchos menos pacientes con EPID durante la pandemia. El método fundamental que se ha utilizado para llegar a los pacientes ha sido el teléfono. La visita presencial ha sido casi testimonial. Los pacientes no querían venir por miedo al contagio.

No ha habido problemas importantes en la dispensación de los fármacos ni efectos adversos relevantes. La farmacia hospitalaria ha tenido una actuación ejemplar y se ha organizado para acercar a los pacientes sus tratamientos, sin que tuviesen que acudir al hospital. Todo esto ha hecho que hayan podido mantener una adecuada adherencia terapéutica.

No se han iniciado nuevos tratamientos porque los profesionales estaban plenamente dedicados a la atención de la COVID, no había posibilidad de una evaluación adecuada por falta de pruebas complementarias y porque los pacientes preferían posponerlo.

Ha habido pocos ingresos por exacerbaciones.

Los nuevos diagnósticos de FPI ha sido bastante bajo durante este período.

Desarrollo:

Se intenta responder a determinadas preguntas:

¿Qué se ha hecho durante la pandemia? La respuesta es que todas las consultas y las pruebas fueron anuladas.

¿Qué estamos haciendo? Una vez que ha pasado la ola se está intentando retomar las consultas atrasadas. Se está haciendo una consulta telefónica, el servicio de farmacia se ha organizado enviando los fármacos a domicilio y se están reiniciando poco a poco las consultas presenciales y los estudios funcionales.

Con los estudios funcionales se están siguiendo las diferentes recomendaciones para proteger a los pacientes y a los profesionales.

¿Qué debemos hacer? Se debe iniciar y potenciar otras formas de atención como la telemedicina. En concreto, la videollamada, que tiene ventajas e inconvenientes. Entra las ventajas, el contacto con el paciente es más directo al ser visual, es rápido, permite la continuidad de los cuidados, salva las distancias o la imposibilidad del

paciente de salir del domicilio por fragilidad y permite conocer el entorno del paciente. Como inconvenientes, la falta de contacto personal, las barreras técnicas como la caída de la señal o la incompatibilidad de programas, las distracciones y la dificultad de manejar la complejidad en el entorno digital. Además, existe un problema a resolver con la privacidad.

Las ventajas de las consultas monográficas es que se conoce al paciente de forma estrecha. El problema es la complejidad de las consultas de EPID y la necesidad de pruebas complementarias para el proceso diagnóstico y la toma de decisiones.

Sería conveniente la reducción de las visitas en la medida de lo posible, aumentar el tiempo intervisitas y potenciar la alta resolución (hacerse todas las pruebas y la consulta con las mínimas visitas y exposición hospitalaria).

En cualquier caso, una cosa está clara: la telemedicina ha llegado para quedarse.

Discusión:

Se debería de hacer un circuito de visita lo más eficiente posible, de manera que se deberían hacer las pruebas necesarias y realizarse la consulta hospitalaria en el mismo proceso y en el mismo día. Incluso se protocolizó que se hicieran pruebas dentro de la misma consulta, como sería la ecografía torácica. Utilizar la ecografía supone tener formación en ella (por lo que se recomienda la misma) y tener ecógrafo dentro de la consulta (ya, incluso muchas consultas de atención primaria lo tienen). La ecografía torácica no es una técnica demasiado compleja y los nuevos ecógrafos portátiles suplen las necesidades probablemente.

Se debe apoyar la telemedicina porque, efectivamente, tiene cabida en las consultas de neumología. Hay pacientes complejos y situaciones que necesitan el apoyo de la consulta presencial, pero se pueden definir las situaciones en las que la telemedicina se puede utilizar. Incluso, existe la posibilidad en ciertas pruebas, como la espirometría, de idear procesos para vigilar la calidad y dirigirlas a distancia, aunque experiencias recientes no invitan al optimismo. En un ensayo reciente, la espirometría domiciliar realizada por el paciente en un estudio con Pirfenidona en pacientes no FPI produjo tal variabilidad que no pudo ser aplicada como variable primaria, dejando los resultados sin validez metodológica¹¹. Sin embargo, quizás habría un modo de dirigir éstas vía telemática, comprobando la calidad de la curva y de la realización de la misma, en pacientes seleccionados.

La clave es definir muy bien para quién es la telemedicina y para quién no; en esto también debemos utilizar la medicina personalizada e individualizar muy bien a qué pacientes y cuándo podemos hacerlo¹². La comunicación médico-paciente es clave. Hay que educar a los pacientes y elevar el porcentaje con capacidad tecnológica. Hay que incentivar el hecho de que aprendan y busquen este tipo de relación con nosotros.

Uno de los problemas fundamentales es el legal, el de la privacidad y el de la identificación del paciente. Desde

las distintas administraciones sanitarias se deben implementar las plataformas y los medios tecnológicos necesarios para llevar a cabo la telemedicina, solucionando los problemas legales y de jurisprudencia.

En el caso de las EPID, las primeras visitas deben ser presenciales, hasta que el proceso diagnóstico esté cerrado y se proponga un plan terapéutico. A partir de ese momento, algunas visitas podrían muy bien ser telemáticas: tras el inicio del tratamiento se puede valorar la toxicidad inicial y poner medio para corregirla; en pacientes estables, hay visitas que pueden sustituirse por contactos telemáticos. Es el neumólogo, de acuerdo con el paciente, quien decide a quién y cuándo programar estas consultas.

La capacidad para realizar pruebas funcionales ha disminuido en un porcentaje muy importante en todos los hospitales de la región, siguiendo las recomendaciones para su realización.

Quizás se podrían alargar los tiempos interconsultas y ajustar los tiempos para valorar la función pulmonar, dependiendo de los pacientes y su tratamiento.

Es fundamental mejorar los canales de comunicación para que los pacientes informen de sus necesidades y los médicos deberían estar siempre accesibles, para aumentar la sensación de seguridad.

En conclusión:

- La complejidad de la consulta EPID conlleva que hay que hacer visitas presenciales, pero hay cabida para la telemedicina y la debemos promover.
- Las visitas a la consulta deben ser las mínimas y deben estar coordinadas con las pruebas para hacerse en un mismo tiempo.
- Hay que intentar, en la medida de lo posible, ahorrar pruebas y consultas y estar accesibles a las necesidades de los pacientes.

Agradecimiento: a Boehringer Ingelheim por su apoyo en la realización de la reunión que ha posibilitado este documento.



Bibliografía:

1. Wang C, Horby PW, Hayden FG, Gao GF. A novel coronavirus outbreak of global health concern. *Lancet*. 2020 Jan 24. pii: S0140-6736(20)30185-9.
2. Zhu N, Zhang D, Wang W, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*. 2020. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>.
3. COVID-19 situation reports [Internet]. [cited 2020 Apr 25]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus2019/situation-reports/>.
4. Callaway E. Time to use the p-word? Coronavirus enter dangerous new phase. *Nature*, 579 (2020), p. 12.
5. Perez-Bermejo M, Murillo-Llorente MT. The fast territorial expansion of the Covid-19 in Spain. *J Epidemiol* [Internet]. 2020 Apr 11 [cited 2020 Apr 25];JE20200123. Available from: https://www.jstage.jst.go.jp/article/jea/advpub/0/advpub_JE20200123/_article.
6. Godoy R, López P, García-Castillo S, Callejas FJ, Hurtado A, Agustín FJ. COVID y los profesionales de patología respiratoria en Castilla-La Mancha. *Rev SOCAMPAR.2020;5(2):37-41*.
7. Hidalgo Carvajal R, Casado López ME, Ortega González A, Ordoñez Dios I, Coloma Navarro R, Mata Calderón P, Lázaro Polo J, García Castillo S, López Gabaldón E, Godoy Mayoral R, Díaz Lobato S. Estrategia para el seguimiento ambulatorio de pacientes con ventilación mecánica domiciliar en situación epidemiológica de riesgo por SARS-COV-2 en el ámbito de SOCAMPAR. *Rev SOCAMPAR.2020;5(2):42-47*.
8. Godoy Mayoral R, García Castillo S, López Miguel PC, Callejas González FJ, Hurtado Fuentes A, Almonte W, Izquierdo JL, Agustín FJ, García Guerra A, Hidalgo Carvajal R, Bravo R, Lázaro J, López E, Vargas R, Sánchez Simón-Talero R, Peirón MJ, Gutiérrez N, Buja-lance C, Cruz Ruiz J, Honguero A, Blasco C, Castillejos L, Guerrero MD, Gómez B, Almodóvar S, Molina Cano A, Sánchez D, Martínez MM, Martínez García AJ, Gallardo J, Mena MJ. Recomendaciones para la realización de pruebas de función pulmonar en la época SARS-COV-2 en el ámbito de la SOCAMPAR. *Rev SOCAMPAR.2020;5(2):48-50*.
9. Sacristan L. ¿Qué ha pasado con los pacientes EPID en Castilla-La Mancha? Reunión grupo EPID SOCAMPAR. Julio 2020. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=tc8v2Sa5r-A>.
10. Fernandez Francés J. Organización futura: Las consultas EPID en la era postCOVID-19. Reunión grupo EPID SOCAMPAR. Julio 2020. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=tc8v2Sa5r-A>.
11. Maher TM, Corte TJ, Fischer A, Kreuter M et al: Pirfenidone in patients with unclassifiable progressive fibrosing interstitial lung disease: a double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 2 trial. *Lancet Respir Med* 2019. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(19\)30341-8](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(19)30341-8).
12. Chwistek M: Are you wearing your white coat? Telemedicine in the Time of Pandemic. *JAMA* June 2020. doi:10.1001/Jama.2020.10619.