

Resumen de la reunión

Reunión de las partes interesadas en el tromboembolismo venoso asociado a los hospitales (TEV asociado a los hospitales)

21 de septiembre de 2012

Atlanta, GA

National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities
Division of Blood Disorders



Antecedentes

El tromboembolismo venoso (TEV) incluye tanto la trombosis venosa profunda (TVP) como la embolia pulmonar (EP) y es un problema de salud pública importante y creciente. La TVP es un coágulo sanguíneo que se forma en las venas profundas del cuerpo y la EP ocurre cuando un coágulo se desprende y bloquea las arterias de los pulmones. Se desconoce la cantidad precisa de personas afectadas por el TEV. Sin embargo, se calcula que ocurren entre 350 000 a 900 000 casos al año en los Estados Unidos, con costos en atención médica que varían desde los 1000 millones hasta los 10 000 millones de dólares. El TEV se asocia con importantes consecuencias para la salud, incluida la muerte. En los Estados Unidos, se calcula que hasta 100 000 personas mueren todos los años a causa de la EP. Debido a que muchos de los factores de riesgo del TEV están aumentando en la población de los EE. UU. (como la obesidad, la edad avanzada y las enfermedades crónicas), podemos esperar ver cantidades crecientes de personas afectadas por el TEV.

Afortunadamente, muchos casos de TEV se pueden prevenir y en aquellos que ocurren, los malos resultados se pueden evitar con un diagnóstico y tratamiento tempranos y adecuados. Sin embargo, uno de los mayores desafíos para prevenir el TEV es la capacidad de predecir eficazmente qué personas tienen el mayor riesgo y garantizar que se tomen medidas de prevención adecuadas. Las personas que recientemente han sido hospitalizadas o aquellas que han sido operadas tienen un riesgo mayor de presentar TEV. Tomar medidas de prevención adecuadas durante y después de la hospitalización de estas personas con alto riesgo puede dar lugar a una considerable reducción de los casos de TEV en general, de la carga en la atención médica y de las muertes. La prevención del TEV asociado a los hospitales es una prioridad nacional. Se trata de un objetivo de la iniciativa Gente Saludable 2020 y de un componente clave de la iniciativa Asociaciones para Pacientes, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Otras agencias federales —incluidos los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y la Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica (AHRQ)—, además de organizaciones nacionales —como la Comisión Conjunta, el Foro Nacional de Calidad, el Colegio Estadounidense de Cirujanos y otras entidades— han iniciado programas y actividades que se centran en la prevención del TEV asociado a los hospitales.

Resumen ejecutivo

La División de Trastornos Hematológicos (DBD) del Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo (NCBDDD), de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), realizó una reunión de las partes interesadas el 21 de septiembre del 2012, en Atlanta, Georgia, para evaluar la necesidad de un sistema de vigilancia del TEV asociado a los hospitales y proporcionar información sobre su desarrollo.

Los objetivos específicos de la reunión fueron:

- 1. Determinar el interés de los participantes en la vigilancia del TEV asociado a los hospitales y las actividades relacionadas con la prevención, así como la necesidad de realizar esa vigilancia.**
- 2. Identificar las características de un sistema ideal de vigilancia del TEV asociado a los hospitales.**
- 3. Determinar las barreras que podrían evitar el uso de un sistema de vigilancia del TEV asociado a los hospitales.**

Partes interesadas que asistieron a la reunión:

Kristie Baus, MS, RN
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

Michael Gould, MD, MS
Kaiser Permanente

Adil Haider, MD
Colegio Estadounidense de Cirujanos

Stuart Haines, PharmD, BCPS, BCACP
Sociedad Estadounidense de Farmacéuticos del Sistema de Salud

Amy Helwig, MD, MS
Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica

W. Keith Hoots, MD
Institutos Nacionales de la Salud/Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre

Jack Jordan, MS
Asociación para Pacientes

Denise Krusenowski, MSN, RN, CMSRN
Comisión Conjunta

Andrew Lyzenga, MPP
Foro Nacional de Calidad

Lisa Moores, MD, FCCP
Colegio Estadounidense de Médicos Torácicos

Karen Nakano, MD
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

Mark Piasio, MD
Planes de Seguros de Salud de los Estados Unidos

Marta Render, MD
Administración de Veteranos

Don Wright, MD, MPH
Oficina del Subsecretario de Salud

Neil Zakai, MD, MSc
Sociedad Estadounidense de Hematología

Presentaciones introductorias:

La reunión comenzó con cuatro presentaciones introductorias para proveer una visión general de los objetivos de los CDC respecto de la vigilancia del TEV asociado a los hospitales, y para aprender acerca de los actuales esfuerzos de monitoreo del TEV, incluidos aquellos en los CMS y la AHRQ. Las presentaciones fueron las siguientes:

El interés y el rol de la División de Trastornos Hematológicos en la vigilancia del TEV asociado a los hospitales
Michele Beckman, MPH (CDC)

Vistazo general a los actuales esfuerzos de monitoreo del tromboembolismo venoso
Scott Grosse, PhD (CDC)

Vistazo general a los esfuerzos de vigilancia del TEV de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)
Kristie Baus, MS, RN (CMS)

Vistazo general a los esfuerzos de vigilancia del TEV de la Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica (AHRQ)
Amy Helwig, MD, MS (AHRQ)

Opinión de las partes interesadas acerca de la vigilancia del TEV asociado a los hospitales:

A las presentaciones siguió un diálogo abierto sobre las actuales actividades de monitoreo para hacerse una idea de las opiniones de los participantes acerca de las fortalezas y vacíos. El resto de la reunión se dedicó a obtener las opiniones

de los participantes sobre cómo establecer y realizar la vigilancia de los casos de TEV asociado a los hospitales, y el uso de los esfuerzos de prevención. Para facilitar la conversación, a las partes interesadas se les pidió que compartieran sus tres principales respuestas a cinco preguntas relacionadas con la creación y utilidad de un nuevo sistema de vigilancia del TEV asociado a los hospitales. Las respuestas se recolectaron, categorizaron y presentaron como diagramas de afinidad para que todos los participantes las vieran. Luego hubo un periodo de conversación abierta durante el cual se presentaron los diagramas y las partes interesadas —como grupo— tuvieron la oportunidad de hablar sobre las respuestas con los CDC. Las preguntas y los puntos de la conversación se resumen a continuación.

1. ¿Cuáles son las fortalezas de los esfuerzos de monitoreo existentes?

Las fortalezas que se mencionaron no estuvieron relacionadas específicamente con un esfuerzo en particular, sino que reflejaron en cambio los aspectos más fuertes de varios esfuerzos. Los sistemas más altamente considerados fueron aquellos que se basan en la población, recolectan datos sólidos y válidos, se centran en poblaciones de alto riesgo, utilizan registros médicos electrónicos, son relativamente baratos, se basan en incentivos y, por lo tanto, se utilizan más ampliamente, y aquellos que proveen oportunidades para que una variedad de organizaciones reporte datos. Además, los participantes mencionaron que un importante beneficio secundario de los actuales esfuerzos de notificación ha sido el aumento de la concientización sobre el TEV.

2. ¿Cuáles son las limitaciones de los esfuerzos de vigilancia existentes?

Los participantes expresaron insatisfacción con los objetivos discrepantes de las actividades de vigilancia existentes, una falta de claridad respecto de las poblaciones que deberían ser vigiladas y una falta de consenso entre las directrices para la profilaxis del TEV, lo que hace difícil entender qué datos hay que recolectar y cómo interpretar los resultados. Mencionaron que muchos de los proyectos de vigilancia del TEV asociado a los hospitales se centran en los pacientes quirúrgicos; sin embargo, la mayoría de los casos de TEV asociado a los hospitales ocurre en pacientes de atención médica. Las partes interesadas también expresaron preocupación respecto de la poca utilidad de las actuales medidas de calidad y desempeño (es decir, la mayoría está orientada a un proceso y las medidas de los resultados no se aplican ampliamente). También expresaron que muchas iniciativas:

- 1) son limitadas en su capacidad de vigilar casos después de que los pacientes son dados de alta;
- 2) no permiten evaluar ni ponderar el riesgo cuando se monitorea el uso de profilaxis;
- 3) dependen de datos administrativos que reflejan más la contabilidad de costos que la atención del paciente y los resultados;
- 4) tienen indicadores confusos, tales como “TEV prevenible”; y
- 5) no son lo suficientemente flexibles para responder a cambios en la práctica y el conocimiento (p. ej., documentar el uso de nuevos anticoagulantes orales como un tipo de profilaxis).

3. ¿Cuáles son las características o atributos que le gustaría ver en un sistema de vigilancia del TEV asociado a los hospitales?

Los participantes citaron varias preferencias para vigilar el TEV. Entre ellas están las siguientes:

- » Recolección de información posible en tiempo real.
- » Una vigilancia que sea integral a lo largo de la atención continua, incluida la capacidad de hacerle seguimiento a los resultados del TEV que ocurran después de que el paciente sea dado de alta del hospital.

- » Los sistemas deberían tener la capacidad de controlar tanto los resultados del TEV como las prácticas de prevención del TEV, incluidos los resultados adversos asociados a las prácticas preventivas.
- » Los métodos de recolección de datos deberían ser eficaces, con una carga mínima para los proveedores por medio de lo siguiente:
 - Utilización y aprovechamiento de los registros médicos electrónicos (EHR, por sus siglas en inglés) y de los sistemas existentes.
 - Colaboración con otras agencias que necesiten información similar.
- » Los datos recolectados deberían ser uniformes y de alta calidad por medio de la incorporación de lo siguiente:
 - Definiciones estandarizadas.
 - Directrices para el diagnóstico y la profilaxis.
 - Un enfoque coordinado a través de las agencias privadas, públicas y gubernamentales.
- » La vigilancia debería incorporar o proveer utilidad clínica, que permita una intervención rápida, y ser fácilmente modificable a medida que surja evidencia.

4. ¿Cuáles son los posibles obstáculos para implementar un sistema de vigilancia del TEV asociado a los hospitales?

Los participantes citaron la falta de recursos para la recolección de datos ampliados y el cansancio del proveedor emparejado con un limitado incentivo del usuario o utilidad percibida como los principales elementos disuasivos para adoptar sistemas de vigilancia nuevos y más integrales. Los participantes mencionaron que el personal de los hospitales y los proveedores de atención médica ya están sobrecargados con los actuales esfuerzos de notificación requerida y carecen del personal adecuado, los fondos o el tiempo necesarios para la recolección y vigilancia de datos adicionales. A los proveedores les gustaría poder usar los datos que están ayudando a recolectar, pero con acceso y orientación limitados para uso interno, la recolección de datos no tiene valor ni incentivo. Además, dada la situación actual de directrices de prevención poco claras y la falta de normas de prevención del TEV a nivel nacional, los participantes sentían que sería difícil coordinar y proveer consistencia a través de los sistemas de salud, lo cual daría origen a datos de mala calidad.

5. ¿Qué información le gustaría que reportara un sistema de vigilancia del TEV asociado a los hospitales?

Los participantes estaban interesados en recibir información acerca de los casos de TEV y su carga, pero también destacaron la necesidad de recibir información en tiempo real sobre las prácticas de prevención del TEV.

La información necesaria sobre el TEV incluía:

- » Tasas de casos de TEV asociado a los hospitales.
- » Tipos de TEV que ocurren y cuándo (pacientes hospitalizados/durante la hospitalización, después de ser dados de alta/pacientes ambulatorios).
- » Factores de riesgo y entornos de riesgo asociados (qué grupos de pacientes son afectados).
- » Descripción y cuantificación de morbilidad y mortalidad asociadas.

Los participantes también querían más información para establecer el uso adecuado y seguro de la profilaxis del TEV. Los participantes describieron el deseo de monitorear y evaluar el uso de la profilaxis del TEV, incluido lo siguiente:

- » Qué pacientes reciben profilaxis y cuándo.
- » Qué tipos de profilaxis se usan y su eficacia.
- » Complicaciones y resultados adversos asociados.
- » Tasas de casos de TEV pese al uso de profilaxis.

Otra información útil y necesaria que se mencionó fue una evaluación y conocimiento del uso de otras prácticas de prevención del TEV, tales como evaluación de riesgos, metodología del diagnóstico y tratamientos (usos, tipos y duración).

Las partes interesadas también destacaron la necesidad de datos que se podrían usar en evaluaciones de calidad y para orientar políticas. Idealmente, les gustaría contar con datos de vigilancia que se puedan utilizar en análisis de costo-beneficio, se puedan vincular a indicadores de atención médica como la duración de la estancia, provean información acerca del desempeño que facilita la comparación de enfoques y prácticas, y que puedan ser agrupados y fácilmente entendidos por los consumidores.

Recomendaciones de las partes interesadas:

Los participantes hicieron énfasis en que mejorar la vigilancia del TEV asociado a los hospitales era necesario y fundamental para entender y reducir esa afección. Opinaron que, como la principal agencia de salud pública de la nación, los CDC serían la entidad adecuada para liderar y realizar este esfuerzo, al proveer los datos imparciales e integrales que faltan en la actualidad.

Las partes interesadas manifestaron muchas consideraciones y advertencias importantes para crear actividades de vigilancia. Expresaron la importancia de conocer el objetivo antes de diseñar actividades de vigilancia, destacando la necesidad de establecer una meta y de ir de atrás para adelante con el fin de definir el sistema que permitirá lograr el objetivo. También sugirieron que los CDC deberían considerar las actuales limitaciones para recolectar información sobre el TEV y comenzar a pequeña escala. La mayoría de los participantes respaldaron un enfoque concentrado que comenzara con una población definida y que luego se extendiera o ampliara a medida que se fueran estableciendo métodos. Aunque es posible que los pacientes de atención médica sean el grupo de mayor riesgo, muchos de los participantes opinaron que hay demasiadas incógnitas sobre esta población y que, por lo tanto, los pacientes quirúrgicos pueden ser una mejor población piloto o para comenzar.

Para limitar la carga y mejorar la calidad de la recolección de datos, las partes interesadas recomendaron incorporar la vigilancia al flujo de trabajo clínico y definir los datos estándares para los EHR, que se pueden reportar regularmente. También sugirieron que estas definiciones deberían unificarse para los principales proveedores de EHR, lo cual ayudaría a aumentar la participación y a proveer una notificación consistente en las actividades de vigilancia.

Para mejorar la participación, las partes interesadas recomendaron que las opiniones y notificaciones en las actividades de vigilancia se vincularan a beneficios concretos para los proveedores. Al proveer reportes oportunos y acceso a los datos para uso interno, los proveedores podrán valorar las actividades de vigilancia.

Por último, las partes interesadas reconocieron que hay muchas actividades de prevención del TEV en distintas agencias federales y, por lo tanto, recomendaron que estas entidades colaboren entre sí señalando que la información se fragmentará si los CMS, la AHRQ y los CDC manejan diferentes datos con distintas definiciones.

Comentarios finales:

Althea Grant, directora interina de la división, resumió los puntos clave de la reunión. Ella reconoció que las partes interesadas apoyaron y se entusiasmaron con la idea de una vigilancia de los CDC en esta área. Los participantes destacaron la necesidad de tener un enfoque concentrado en crear un sistema de vigilancia que utilice registros médicos electrónicos y minimice la carga, así como uno que sea capaz de reportar asuntos relacionados tanto con los resultados como con las prácticas de prevención del TEV asociado a los hospitales. Como agencia federal, también se escuchó claramente el llamado a colaborar con las demás entidades.

Participantes de los CDC:

Coleen Boyle, PhD, MSHyg

Directora, Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo

Althea Grant, PhD

NCBDDD/DBD
Directora interina de la división
Jefa de la Subdivisión de Epidemiología y Vigilancia

Christopher Parker, PhD

NCBDDD/DBD
Vicedirector

Scott Grosse, PhD

NCBDDD/DBD
Economista investigador y director adjunto de Servicios de Salud

Michael Soucie, PhD

NCBDDD/DBD
Director adjunto de Asuntos Científicos

Carol Cook, BS

NCBDDD/DBD
Directora adjunta sobre Políticas

Kendall Anderson, BBA

NCBDDD/DBD
Subdirector interino

Erica Reott, MPH

NCBDDD/OD
Analista de Salud Pública

Karon Abe, PhD

NCBDDD/DBD
Jefe interino de la subdivisión
Subdivisión de Epidemiología y Vigilancia

Michele Beckman, MPH

NCBDDD/DBD
Epidemióloga y líder del equipo de Trastornos de la Coagulación

Brandi Cooke, MPH

NCBDDD/DBD
Profesional de Ciencias de la Salud en capacitación

Amanda Payne, MPH

NCBDDD/DBD
Bióloga

Nimia Reyes, MD, MPH

NCBDDD/DBD
Directora médica

Katherine Danner, BA, MA

NCBDDD/DBD
Asesora de Salud Pública

Amy Woodward, MPA

NCBDDD/DBD
Analista comercial

Ruby Phelps, BS

NCEZID/DHQP
Analista comercial, NHSN

