

PROCESO ASISTENCIAL DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS COMPLEJAS Y PLURIPATOLÓGICAS



II REUNIÓN PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS

23 y 24 de Mayo
de 2014



Parador Nacional de La Granja - Segovia



EPOC



Sociedad Española
de Medicina de Familia
y Comunitaria
(semFYC)



Sociedad Española
de Medicina Interna
(SEMI)



Federación de Asociaciones
de Enfermería Comunitaria
y Atención Primaria
(FAECAP)

Alberto Ruiz Cantero
Unidad de Gestión Clínica
de
Medicina Interna

Hospital de la Serranía. Ronda. Málaga

23-24/05/2014

Alberto Ruiz Cantero

AUTORES

Alberto Ruiz Cantero

Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna
Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)
Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)



Bosco Barón Franco

Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna
Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva
Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

Cristina Domingo Rico

Directora Médico de la Comarca Interior de Atención Primaria
Osakidetza. Amorebieta (Bizkaia).
Sociedad Española de Medicina de Familia
y Comunitaria (semFYC)



Manuel Sánchez Mollá

Centro de Salud del Raval. Elche (Alicante)
Sociedad Española de Medicina de Familia
y Comunitaria (semFYC)

Rosa María Salazar de la Guerra

Dirección de Enfermería
Hospital de Guadarrama. Guadarrama (Madrid)
Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria
y Atención Primaria (FAECAP)



Yolanda Gómez Narvárez

Enfermera gestora de casos
Distrito Málaga (Málaga)
Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria
y Atención Primaria (FAECAP)

23-24/05/2014

Alberto Ruiz Cantero



Comisión Europea

Salud pública

Enfermedades crónicas y de alta prevalencia

Enfermedades

Las enfermedades crónicas y de alta prevalencia —definidas como aquellas que afectan como mínimo a 50 de cada 100.000 personas— son en conjunto responsables del **87% de muertes** en la UE.



España

2010 población total: 46 076 989

Grupo de ingresos: Altos

Mortalidad por ENT

<i>estimaciones 2008</i>	<i>hombres</i>	<i>mujeres</i>
Total de defunciones por ENTs (en miles)	176.2	167.3
Defunciones por ENTs antes de los 60 (% de todas las defunciones por ENTs)	13.4	7.1
<i>Tasa de mortalidad estandarizada por edad por 100 000 hab.</i>		
Todas las ENTs	429.0	235.1
Cánceres	168.2	78.2
Enfermedades respiratorias crónicas	43.7	16.0
Enfermedades cardiovasculares y diabetes	139.7	86.3

Factores de riesgo ligados al comportamiento

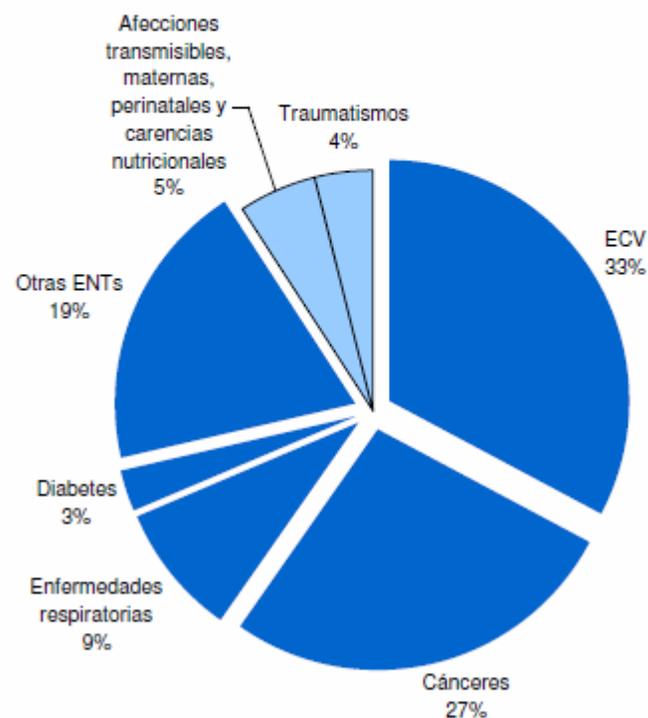
<i>Prevalencia estimada 2008 (%)</i>	<i>hombres</i>	<i>mujeres</i>	<i>total</i>
Consumo de tabaco diario actual	30.5	21.6	25.9
Inactividad física	47.7	56.3	52.1

Factores de riesgo metabólicos

<i>Prevalencia estimada 2008 (%)</i>	<i>hombres</i>	<i>mujeres</i>	<i>total</i>
Presión arterial elevada	44.5	39.0	41.7
Glucosa en la sangre elevada	12.0	10.6	11.3
Sobrepeso	67.7	56.6	62.0
Obesidad	26.5	26.7	26.6
Colesterol elevado	59.4	56.0	57.6

Mortalidad proporcional

(% del total de defunciones, todas las edades)



Se calcula que **las ENTs son la causa del 91% de las defunciones totales.**

Problemas de salud crónicos en adultos



➤ **Personas de ≥ 64 años**, 1 de cada 10 fue atendida en un hospital de día.

➤ Las **personas ≥ 65 años**:

→ Dependencia funcional 46,5%, más frecuente en varones y va aumentando progresivamente con la edad.

→ Del 88,1-92,2% asistieron a consultas de revisiones en el último año.

Los servicios sanitarios y sociales se incrementan sobremanera en cuanto a requerimientos de personal de enfermería, comidas a domicilio y tareas domésticas.

➤ En el grupo de **personas > 74 años**, 1 de cada 5 estuvo hospitalizada en el último año.

Las personas con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico son las que encuentran **más dificultades para acceder y circular a través del sistema** ya que no existe un adecuado ajuste entre sus necesidades y la atención que reciben, resultando especialmente **inapropiada la organización de la asistencia sanitaria** para el grupo de pacientes que presentan **pluripatología, comorbilidad** o se encuentran en situación de especial **complejidad**.

Son precisamente estos pacientes, generalmente población de **mayor edad** y **limitación funcional**, los que generan **mayor demanda de atención** en los diferentes ámbitos asistenciales y utilizan **mayor número de recursos sanitarios y sociales**.

Respecto a la reorganización de los cuidados es básico establecer una **estratificación de la población** que permita identificar a las personas con riesgo de enfermar y predecir las necesidades de las personas que ya presentan enfermedad crónica, permitiendo optimizar los programas de prevención y atención.

La **segmentación de la población** podrá realizarse en base a **criterios de complejidad clínica** combinados con **criterios de utilización de recursos sanitarios** y precisará ser validada por el equipo habitual de atención.

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias

TÍTULO I. DEL EJERCICIO DE LAS PROFESIONES SANITARIAS.

Artículo 4. Principios generales.

7.d La **continuidad asistencial** de los pacientes, tanto la de aquellos que sean atendidos por distintos profesionales y especialistas dentro del mismo centro como la de quienes lo sean en diferentes niveles, requerirá en cada ámbito asistencial la existencia de **procedimientos, protocolos de elaboración conjunta e indicadores para asegurar esta finalidad.**

Artículo 9. Relaciones interprofesionales y trabajo en equipo.

1. La **atención sanitaria integral** supone la cooperación **multidisciplinaria**, la integración de los procesos y la **continuidad asistencial**, y evita el fraccionamiento y la simple superposición entre procesos asistenciales atendidos por distintos titulados o especialistas.
3. Cuando una actuación sanitaria se realice por un equipo de profesionales, se articulará de forma jerarquizada o colegiada, en su caso, atendiendo a los criterios de conocimientos y competencia, y en su caso al de titulación, de los profesionales que integran el equipo, en función de la actividad concreta a desarrollar, de la confianza y conocimiento recíproco de las capacidades de sus miembros, y de los principios de accesibilidad y **continuidad asistencial** de las personas atendidas.

Glosario

Coordinación

Integración de todos los servicios relacionados con la salud con independencia del lugar en que se reciban.

Integralidad

No fragmentación de la atención en la persona.

Atención preventiva, curativa y rehabilitadora.

Continuidad asistencial

Resultado de la coordinación desde la perspectiva del paciente.

Grado de coherencia y unión de las experiencias de la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo.

Tipos de continuidad en la atención

De información o disponibilidad

De relación

De gestión

Haggerty J, Reid R, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. Br Med J 2002; 327(7425):1219-21

Continuity of Patient Care

Health care provided on a continuing basis from the initial contact, following the patient through all phases of medical care.

Year introduced: 1991(1975)

PROCESO ASISTENCIAL DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS COMPLEJAS Y PLURIPATOLÓGICOS



<http://www.fesemi.org/documentos/1385470163/publicaciones/guias/proceso-asistencial-enfermedades-cronicas-complejas.pdf>



Sociedad Española
de Medicina de Familia
y Comunitaria
(semFYC)



Sociedad Española
de Medicina Interna
(SEMI)



Federación de Asociaciones
de Enfermería Comunitaria
y Atención Primaria
(FAECAP)

DEFINICIÓN

Definición funcional: Conjunto de actividades encaminadas a garantizar a los pacientes con enfermedades crónicas complejas y pluripatológicas, una asistencia sanitaria integral, coordinando a los profesionales, servicios o centros, a lo largo del tiempo.

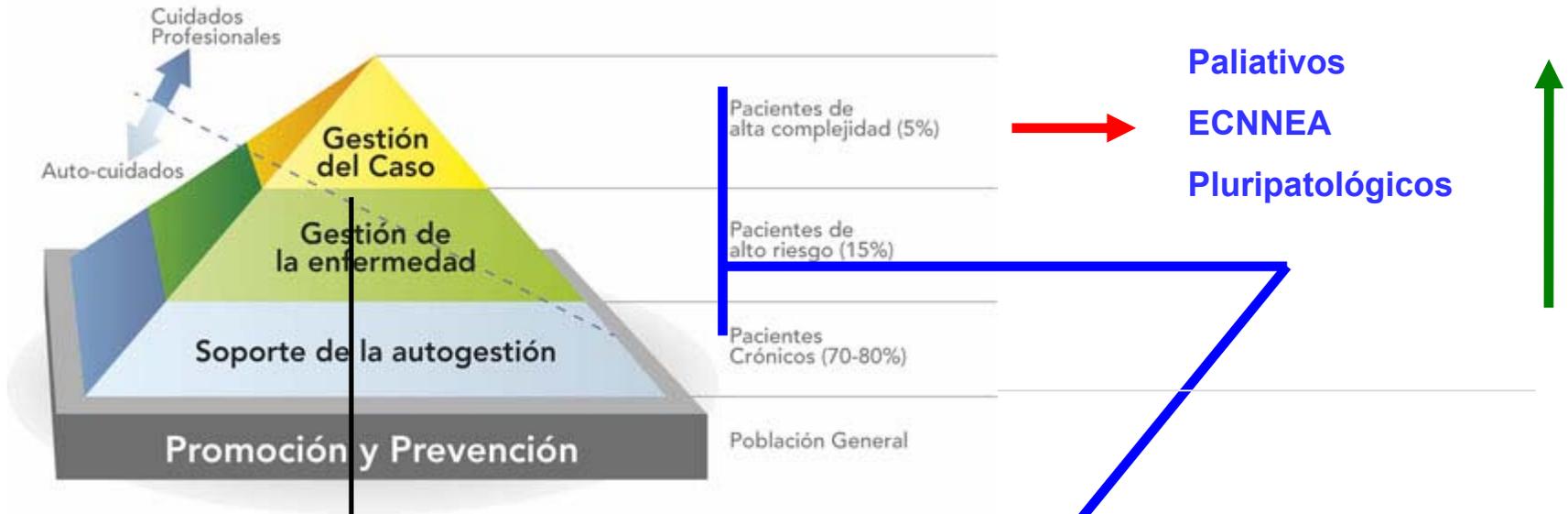
Límite de entrada: Pacientes que sufren enfermedades crónicas complejas:

- Pacientes Pluripatológicos.
- Pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en estadios avanzados.
- Pacientes de alto riesgo. "Single".

Límite final: Fallecimiento del paciente.

Límites marginales: Pacientes incluidos en Cuidados Paliativos, programa de trasplantes, diálisis o SIDA.

Pirámide de Kaiser ampliada



Fuente: Kaiser Permanente. Adaptado

PAIs de Enfermedades

Planes Integrales

Enfermedades Crónicas Complejas

Pirámide definida por el King's Fund en el Reino unido

Pirámide definida por el King's Fund en el Reino Unido

Adecuar el servicio al individuo



Fuente: King's Fund (C. Ham)

Adaptación de la pirámide de Kaiser Permanente.

Pirámide definida en el King's Fund en RU.

Destaca la combinación de la visión **sanitaria** y la **social** como dos partes **integradas** de la atención que requiere un individuo.

Pacientes con enfermedades crónicas avanzadas

- **Insuficiencia Cardíaca Crónica**, disnea basal \geq clase III de la NYHA
- **Enfermedad Respiratoria Crónica**, disnea basal \geq III MRC; Sat O₂<90%; O₂ domiciliario.
- **Enfermedad Renal Crónica**, estadio 4-5 NKF (FG<30 ml/m)
- **Enfermedad Hepática Crónica**, Child-Pugh > 7
- **Enfermedades Neurológicas Crónicas**, Pfeiffer \geq 7 errores; MEC \leq 18; IB<60

Criterios de Exclusión

Enfermedad neoplásica maligna activa. Inclusión en lista de trasplante. Previsión entrada diálisis. Situación clínica de agonía.

PROYECTO PALIAR

VALIDEZ DE LOS CRITERIOS DEFINITORIOS DE PACIENTES CON ENFERMEDADES MÉDICAS EN FASE TERMINAL.



Precisión de los criterios definitorios de pacientes con enfermedades médicas no neoplásicas en fase terminal. Proyecto PALIAR

Máximo Bernabeu-Wittel ^{a,*}, Alberto Ruiz-Cantero ^b, José Murcia-Zaragoza ^c, Carlos Hernández-Quiles ^a, Bosco Barón-Franco ^d, Carmen Ramos-Cantos ^e, María Dolores Nieto-Martín ^a, Auxiliadora Fernández-López ^a, Antonio Fernández-Moyano ^f, Lourdes Moreno-Gaviño ^a y Manuel Ollero-Baturone ^{a,♦}

Rev Esp Geriatr Gerontol. 2010;45(4):203-212

Tabla 1. Cálculo del índice PALIAR.

Características	ODDS RATIO (IC 95%)/p	Índice PALIAR
Demográficas ≥ 85 años	1,68 (1,18-2,39)/0,004	3
Clinicas Anorexia Clase funcional III-IV de la NYHA o MRC Úlcera(s) por presión	1,84 (1,19-2,86)/<0,006 1,90 (1,16-3,11)/0,01 1,75 (1,06-2,88)/0,029	3,5 3,5 3
Analíticas Albúmina < 2,5 g/dl	2,04 (1,33-3,12)/0,001	4
Funcionales ECOG-PS ≥ III	2,07 (1,47-2,90)/< 0,0001	4
Puntuación total		0-21 puntos

Índice PALIAR

Estratificación del riesgo de muerte en los siguientes 6 meses

Mortalidad a los seis meses:

- 0-2 puntos: 21-21,5 %
- 3-6 puntos: 30,5-32 %
- 7-10 puntos: 43-46 %
- 11 o más puntos: 61-62 %

Development of a Six Month Prognostic Index in Patients With Advanced Chronic Medical Conditions: The PALIAR Score

Máximo Bernabeu-Wittel, PhD, José Murcia-Zaragoza, PhD, Carlos Hernández-Quiles, MD, Belén Escolano-Fernández, MD, Guadalupe Jarava-Rol, MD, Miguel Oliver, PhD, Jesús Díez-Manglano, PhD, Alberto Ruiz-Cantero, MD, and Manuel Ollero-Baturone, PhD, PALIAR Researchers

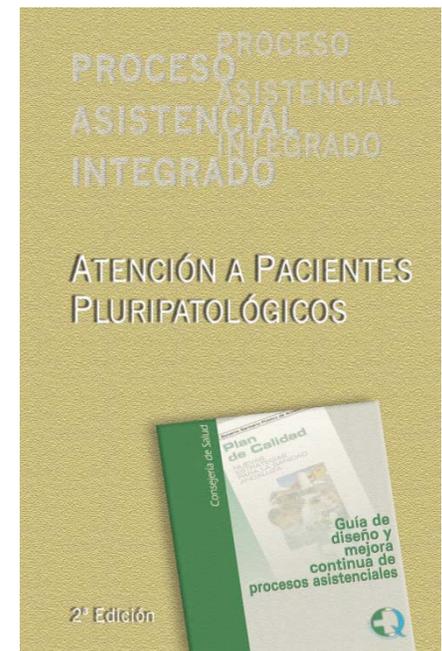
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.04.011>

Pacientes pluripatológicos

Tabla 2. Categorías clínicas para la identificación de pacientes pluripatológicos.

CATEGORÍA A
<input type="checkbox"/> A.1. Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA ¹ (síntomas con actividad física habitual) <input type="checkbox"/> A.2. Cardiopatía isquémica
CATEGORÍA B
<input type="checkbox"/> B.1. Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas <input type="checkbox"/> B.2. Enfermedad renal crónica definida por filtrado glomerular < 60 ml/m o proteinuria ² , mantenidos durante tres meses
CATEGORÍA C
<input type="checkbox"/> C.1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado II de la MRC ³ (disnea a paso habitual en llano), FEV ₁ < 65 %, o Sat O ₂ ≤ 90 %
CATEGORÍA D
<input type="checkbox"/> D.1. Enfermedad inflamatoria crónica intestinal <input type="checkbox"/> D.2. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular ⁴ o hipertensión portal ⁵
CATEGORÍA E
<input type="checkbox"/> E.1. Ataque cerebrovascular <input type="checkbox"/> E.2. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel < 80) <input type="checkbox"/> E.3. Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer con cinco o más errores)
CATEGORÍA F
<input type="checkbox"/> F.1. Arteriopatía periférica sintomática <input type="checkbox"/> F.2. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática
CATEGORÍA G
<input type="checkbox"/> G.1. Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente hemoglobina < 10 mg/dl en dos determinaciones separadas entre sí más de tres meses <input type="checkbox"/> G.2. Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa
CATEGORÍA H
<input type="checkbox"/> H.1. Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel < 80)
NÚMERO DE CATEGORÍAS DE INCLUSIÓN: 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8

2 o más Enfermedades Crónicas de las siguientes Categorías Clínicas





PROYECTO PROFUND

DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN
MODELO PRONÓSTICO Y DE PREDICCIÓN
FUNCIONAL PARA PACIENTES
PLURIPATOLÓGICOS EN ESPAÑA



Paciente Pluripatológico
y Edad Avanzada

Índice PROFUND

Estratificación del riesgo de muerte en los siguientes 12 meses.

Mortalidad a los 12 meses:

- 0-2 puntos: 12,1-14,6%
- 3-6 puntos: 21,5-31,5%
- 7-10 puntos: 45-50%
- 11 o más puntos: 61,3-68%

Tabla 3. Cálculo del Índice PROFUND

Características	ODDS RATIO (IC 95 %)/p	Índice PROFUND
Demográficas ≥85 años	1,71 (1,15-2,5)/0,008	3
Clinicas Neoplasia activa	3,36 (1,9-5,8)/<0,0001	6
Demencia	1,89 (1,1-3,1)/0,019	3
Clase funcional III-IV de la NYHA o MRC	2,04 (1,4-2,9)/<0,0001	3
Delirio en el último ingreso hospitalario	2,1 (1,5-4,9)/0,001	3
Analíticas Hemoglobina <10 g/dl	1,8 (1,2-2,7)/0,005	3
Psicométricas-funcionales-sociofamiliares Índice de Barthel <60	2,6 (1,38-3,4)/<0,0001	4
Persona cuidadora distinta del cónyuge o sin persona cuidadora	1,51 (1,02-2,2)/0,038	2
Asistenciales ≥4 ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses	1,9 (1,07-3,29)/0,028	3
Puntuación total		0-30 puntos

Development of a new predictive model for polypathological patients.

The PROFUND index

M. Bernabeu-Wittel^{a,*}, M. Ollero-Baturone^{a,1}, L. Moreno-Gaviño^{a,1}, B. Barón-Franco^{b,1}, A. Fuertes^{c,1}, J. Murcia-Zaragoza^{d,1}, C. Ramos-Cantos^{e,1}, A. Alemán^{f,1}, A. Fernández-Moyano^{g,1}

Eur J Intern Med (2010), doi:10.1016/j.ejim.2010.11.012

Functional Decline Over 1-year Follow-up in a Multicenter Cohort of Polypathological Patients: A New Approach to Functional Prognostication

Máximo Bernabeu-Wittel[†], Manuel Ollero-Baturone[†], Alberto Ruiz-Cantero[†], Lourdes Moreno-Gaviño[†], Bosco Barón-Franco[†], Aurelio Fuertes[†], José Murcia-Zaragoza[†], Carmen Ramos-Cantos[†], Antonio Alemán[†], on behalf of PROFUND Researchers



Paciente Pluripatológico
y Edad Avanzada



APLICACIÓN PARA CÁLCULO DEL RIESGO DE MUERTE Y DE DETERIORO FUNCIONAL EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS ©

- INDICE PROFUND: estratificación del riesgo de muerte en los siguientes 12 meses.
- INDICE PROFUNCIÓN SIMPLIFICADO: estratificación del riesgo de deterioro funcional significativo en los siguientes 12 meses.

Elija un idioma:

Choose a Language:



Español



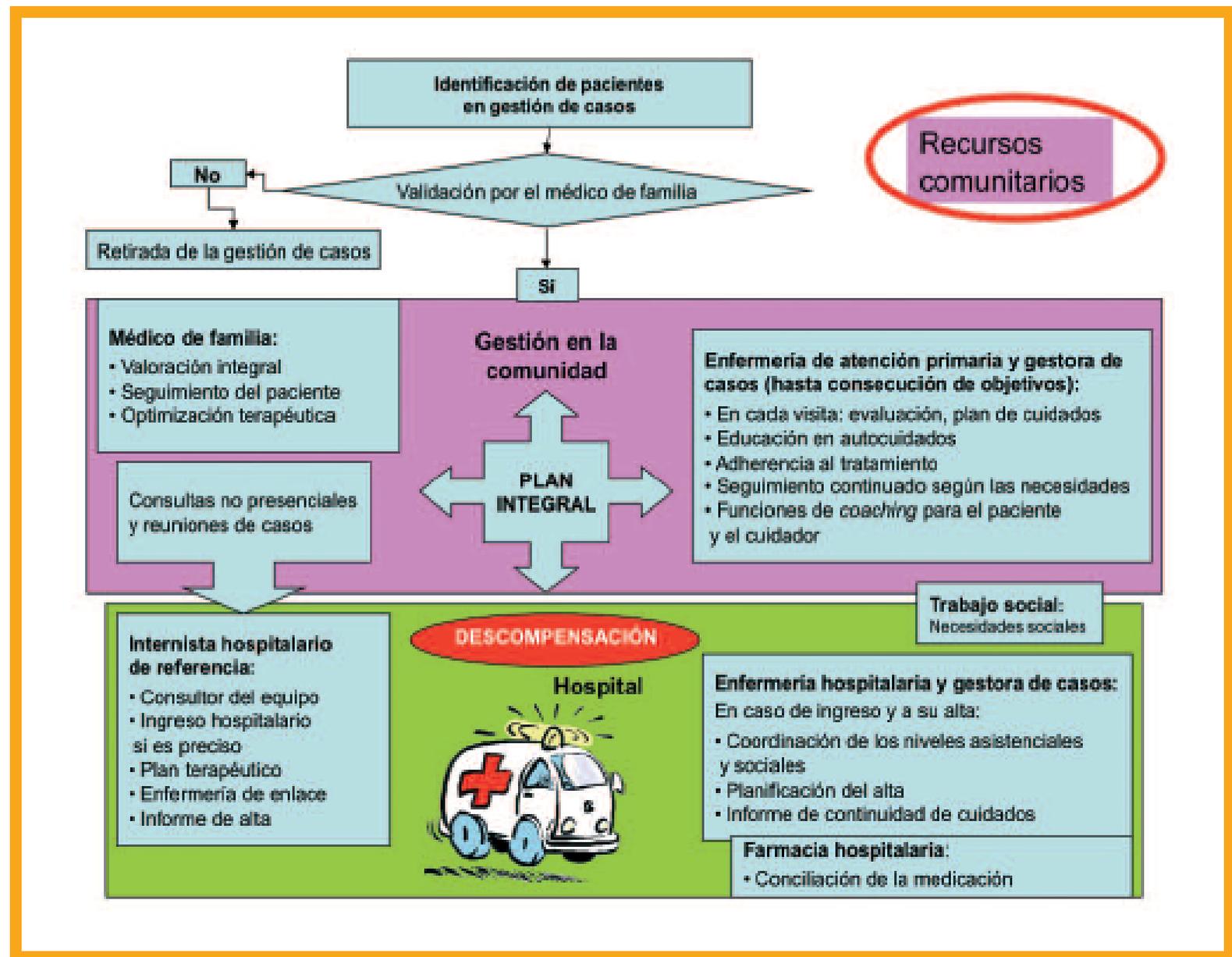
English

Pacientes con enfermedad crónica o de alto riesgo

Pacientes con enfermedad crónica que por sus características sociosanitarias, requieren cuidados profesionales (gestión de casos)



Figura 3. Diagrama de la gestión de casos.



PROFESIONALES

PERSONA CUIDADORA Y ACTIVIDADES

Paciente implicado

Persona cuidadora

Medicina de familia



Enfermería de familia

Trabajadores sociales

Farmacia

Enfermería de gestión de casos

Enfermería de hospital

Medicina interna

Telecontinuidad y telemonitorización

Tecnologías de la información
y la comunicación

Plataformas electrónicas



DESTINATARIOS

- **Paciente**

Dispensación de atención, comunicación, e información.
Pacientes informados y formados, con conocimiento de su enfermedad y del tratamiento de la misma. Activación de pacientes expertos.

- **Persona cuidadora y familia**

Implicación en los cuidados del paciente, potenciar las necesidades de atención a la persona cuidadora/familia.

- **Profesionales en el ámbito sanitario**

Competencia técnica y coordinación.

COMPONENTES

- ❖ **Identificación del paciente**
- ❖ **Valoración integral:** clínica, de enfermería, funcional, psicoafectiva, sociofamiliar.
- ❖ **Plan de Asistencia Compartida (PAC).**
- ❖ **Asistencia domiciliaria**
- ❖ **Asistencia hospitalaria**
- ❖ **Atención a la persona cuidadora**



Consulta de atención primaria

- Medicina de familia
- Enfermería de familia
- Enfermería comunitaria de enlace
- Farmacia
- Trabajo social

Atención domiciliaria

Identificación de pacientes con enfermedades crónicas complejas y pluripatológicos

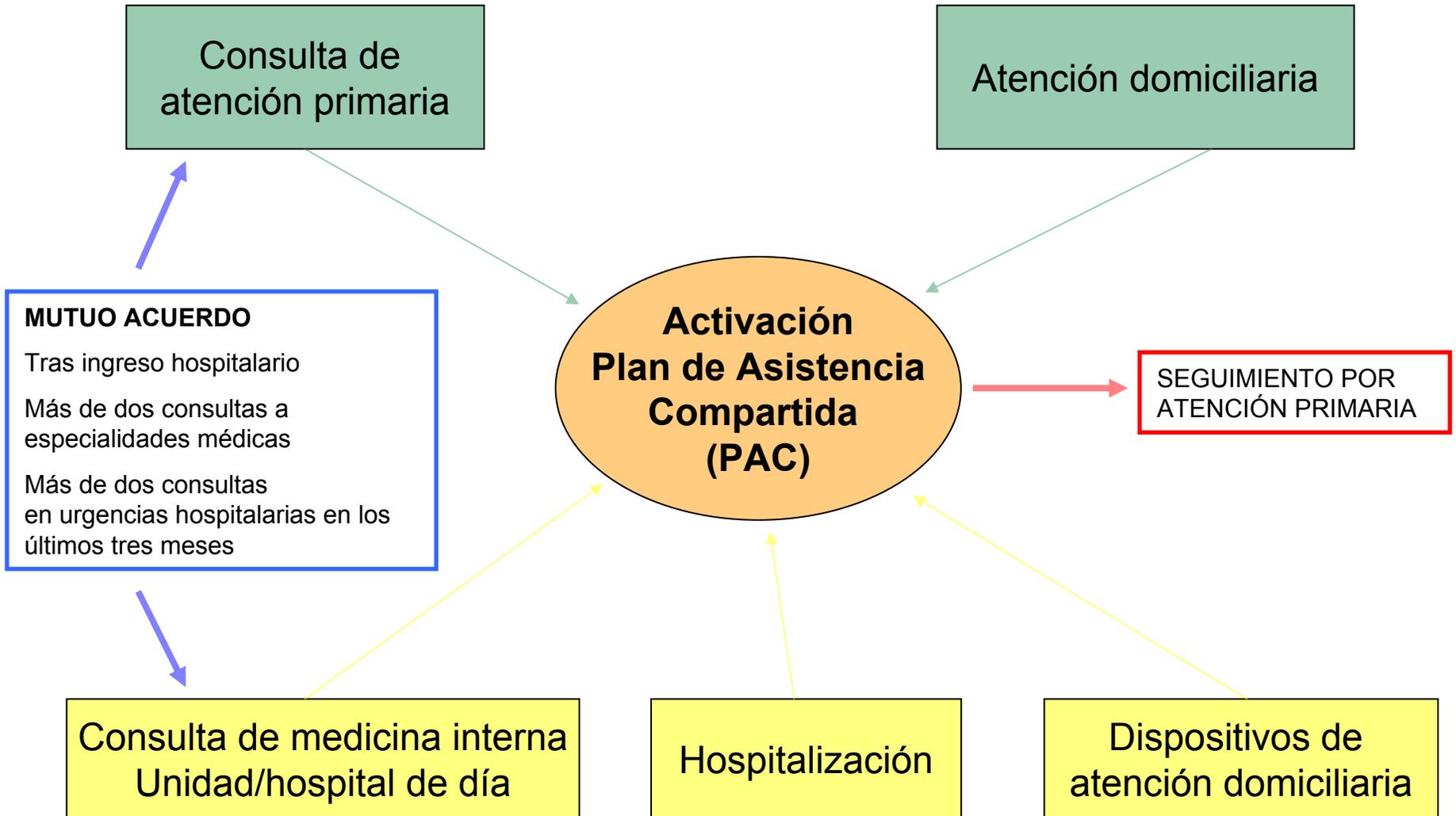
Consulta de medicina interna
Unidad/hospital de día

Hospitalización

Dispositivos de atención domiciliaria

- Medicina interna
- Enfermería de hospital
- Enfermería comunitaria de enlace
- Farmacia
- Trabajo social





**Desactivación
Plan de Asistencia
Compartida
(PAC)**

Finalización del Proceso
Estabilidad clínica
Fallecimiento
Inclusión en otro Programa

Emitir Informe de Alta
especificando motivos

SEGUIMIENTO POR
ATENCIÓN PRIMARIA

Asistencia domiciliaria

Modalidad asistencial dirigida a aquellas personas que por su situación de salud o por problemas sociosanitarios requieren cuidados en el domicilio de carácter temporal o permanente.

Prestación de la asistencia: AP, Hospitalización a domicilio

Asistencia hospitalaria

Medicina interna

Enfermería de hospital

Farmacia



Enfermería de gestión de casos

Persona cuidadora

Trabajadores sociales

Medicina Interna

- Atención a pacientes con necesidades médicas complejas.
- PAC
- Reuniones periódicas con AP
- Medicina consultiva/perioperatoria
- Ingresos programados con AP
- Apoyo domiciliario
- Atención al cuidador principal

- Visiting Us ▶
- Patient Care A to Z
- Clinics, Programs & Services ▼
- Programs & Focus Areas ▶
- Clinics & Inpatient Care Units ▼
- Addiction Services
- Antenatal
- Arthritis
- Breast Centre ▶
- Cardiac Arrhythmia Service ▶
- Chiroprody
- Colposcopy
- Endocrinology / Diabetics Clinic
- Family Practice ▶
- Fracture Clinic
- General Internal Medicine** ▼
- GIM Clinic
- Education & Research

Clinics & Inpatient Care Units

General Internal Medicine / Complex Medical Care

Our medical staff specialize in the diagnosis and treatment of a broad range of diseases involving all organ systems, and are especially skilled in the management of patients with complex medical needs.

In our general internal medicine unit, treatment is provided through the expertise of the medical team and the multidisciplinary team. The team is comprised of a staff physician, the [team resident](#) and the [team interns](#). Patients are seen on a daily basis by one of the team members. The team member reports to the staff physician.

Prior to discharge, members of your health care team will discuss discharge plans with you and provide information on follow-up appointments, medications and other instructions. If you are unable to leave the hospital when you are discharged, you will be able to wait comfortably for your ride in our post-discharge lounge.

Visiting Hours

- 11 a.m. - 9 p.m., seven days a week
- Two visitors may enter the room at a time.
- Children are discouraged from visiting.

Some patients are isolated to avoid the spread of diseases. Visitors must review with the nurse what protections they must take before entering the patient's room. It is extremely important for these instructions to be followed to ensure that patients, families and staff are protected.



Contact Us

North Nursing Station
(rooms 62 to 118)
Phone: 416-864-6060
Ext. 5335.

South Nursing Station
(rooms 02 to 08, 30 to 60)
Phone: 416-864-6060
Ext. 6736.

There is also a four-bed unit for patients requiring more frequent monitoring.

General Internal Medicine

Department of Medicine Divisions

Hospital > Departments > Medicine > Divisions > General Internal Medicine

- Divisions ▾
 - Cardiology ▶
 - Clinical Pharmacology & Toxicology ▶
 - Dermatology ▶
 - Endocrinology ▶
 - Gastroenterology ▶
 - General Internal Medicine ▾
 - General Internal Medicine
 - Care Team
 - Clinics & Clinical Care
 - Research & Clinical Trials
 - Education & Training

General Internal Medicine

We deal with preventing, diagnosing and treating adults with complex multiple system illness. We are the largest admitting service in the hospital, and also provide consultative services for medical issues in all areas of the hospital.

Making an appointment

To refer a patient to any clinic in General Internal Medicine, the request has to be initiated by a physician, usually the family physician or the Emergency Room (ER) physician who has seen the patient in ER.

Referring a patient

- Urgent consults: please page the on-call doctor

Share:    | 



Contact Us
General Internal Medicine Division

2075 Bayview Avenue,
Suite C4-10
Toronto, Ontario
M4N 3M5
t: 416.480.4290

sally.ganesh
[@sunnybrook.ca](mailto:sally.ganesh@sunnybrook.ca)

Division Head:
Dr. Steven Shadowitz



DIVISION OF GENERAL INTERNAL MEDICINE
DEPARTMENT OF MEDICINE

> [General Internal Medicine](#) > [Residents/Fellows](#) > Hospital Medicine Fellowship

Select a division

[ABOUT US](#)

[FACULTY](#)

[RESEARCH](#)

[UNDERGRADUATE](#)

[RESIDENTS/FELLOWS](#)

[EVENTS](#)

[HOSPITALS](#)

[LINKS](#)

HOSPITAL MEDICINE FELLOWSHIP

University of Toronto Department of Medicine

Division of General Internal Medicine

Clinical Fellowship: Hospital Medicine

Program Description:

The UHN Hospital Medicine Program was established in 2007, to provide comprehensive care for patients with complex medical problems admitted to the Toronto General Hospital (TGH) and the Toronto Western Hospital (TWH). At the present time, the Hospital Medicine Service at each site is made up of 1 to 2 Clinical Fellows, an Internal Medicine or Family Medicine Senior Resident rotating through the service, and allied healthcare professionals working in close collaboration as part of the team. Faculty members from the Department of Medicine serve as the Attending Physician on each service on a rotating basis, responsible for supervising all patient care and related educational activities.

RECOMENDACIONES

- 1) Instaurar herramientas de estratificación poblacional.
- 2) Aplicar los índices pronósticos PALIAR Y PROFUND.
- 3) Valoración integral y plan de cuidados personalizado.
- 4) Reuniones periódicas equipos de AP y AH.
- 5) Enfermería comunitaria de enlace como centro de gestión de casos.
- 6) Generar pacientes informados y activos (empoderamiento, Escuela de pacientes). Cuidar de las personas cuidadoras (Escuela y Talleres de cuidadores).
- 7) Continuidad asistencial y PAC.

INDICADORES

- 1) % en cupo de AP con criterios de ECC (ECA y PPP)
- 2) Informes de alta
Categorías clínicas e Índices Pronósticos/Total de pacientes con ECC
- 3) % pacientes en los que se activa el PAC
- 4) % ingresos programados AP
- 5) N casos resueltos por EGC
- 6) % informes de continuidad de cuidados
- 7) Asistencia de MI a Centros de Salud/año

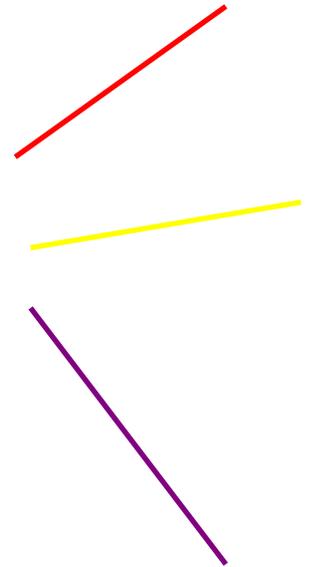
Limitaciones

- La **terminología** utilizada con respecto a **actividades funcionales** puede no corresponder con la que se utiliza en **distintos ámbitos geográficos**.
- No se ha consultado con **otras sociedades** en las que sus profesionales están involucrados, como tampoco con **personas** con enfermedades crónicas complejas y sus cuidadores. Las aportaciones a la misma han sido vinculadas desde la bibliografía existente y desde ámbitos prácticos de implantación previos.
- Es nuestra intención que sea un **documento vivo**, en el que se puedan recoger aportaciones que puedan ser incorporadas en revisiones o ediciones posteriores.



LA BUENA SALUD AÑADE
VIDA A LOS AÑOS





23-24/05/2014

Alberto Ruiz Cantero



**Paciente Pluripatológico
y Edad Avanzada**



VII Reunión de Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada

20 y 21 de Junio 2014

Colegio de Médicos de Málaga

- Málaga -



23-24/05/2014

Alberto Ruiz Cantero