SEMI

FEMI

Grupo de formación SEMI

VI Escuela de Verano de Residentes de Medicina Interna

25-28 de Junio de 2014

Hotel Beatriz. Toledo

San Juan de Dios

Hospital Pamplona-Iruña
Unidad Asistencial de Tudela

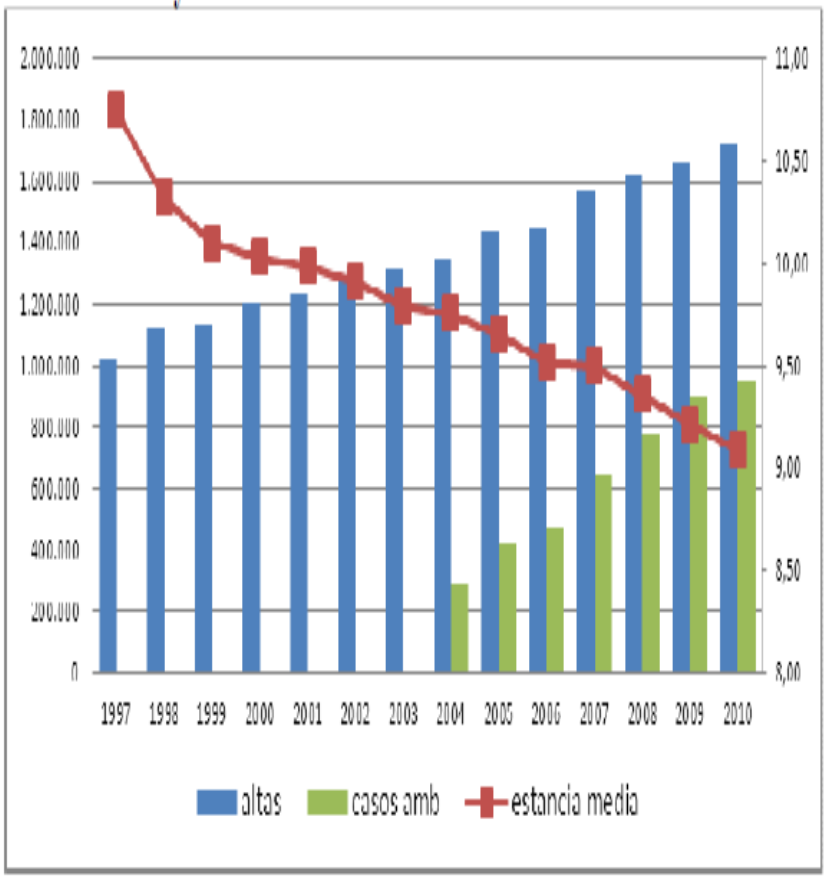
VI
Escuela de Verano
de Residentes de Medicina Interna

CRONICIDAD Y PLURIPATOLOGIA

NUEVOS MODELOS DE ASISTENCIA A PACIENTES COMPLEJOS

M. Carmen Martínez Velasco
Especialista en Medicina Interna
Grupo de Paciente PP de la SEMI

Gráfico 1: Evolución del número de altas, estancia media casos ambulatorios(*).
Pacientes de 65 y más años. SNS. 1997-2010.



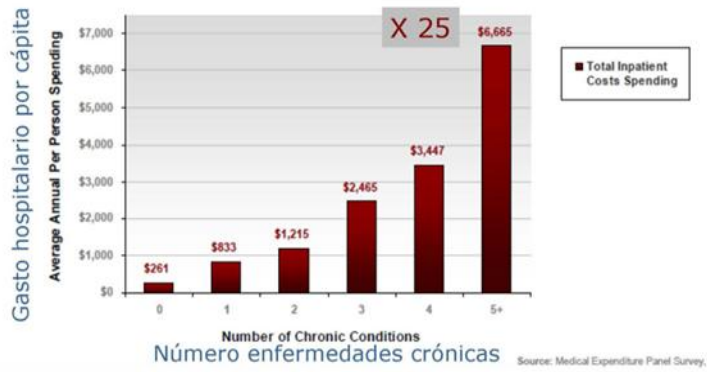
(*) registro desde 2004. Cobertura parcial casos hospital de día

Fuente: elaboración propia a partir del Registro de Altas (CMBD). MSSSI.

- "En este mundo en decadencia, todo lo bueno tiene consecuencias malas no buscadas, todo Yang tiene un Ying"
- ¿Por qué Múltiples Enfermedades Crónicas?
- ¿Por qué ahora?
- ¿Qué está pasando en todo el mundo?

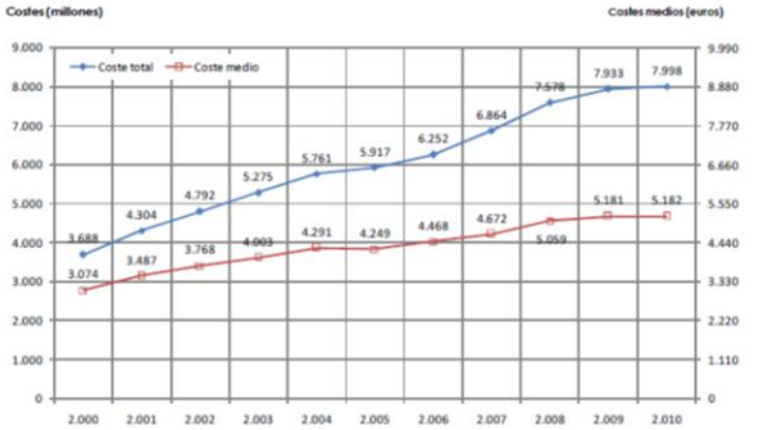
Relación comorbilidad y costes hospitalarios

Personas con **5 ó más enfermedades crónicas** tiene un **coste 25 veces mayor** que si no tuviese ninguna enfermedad crónica



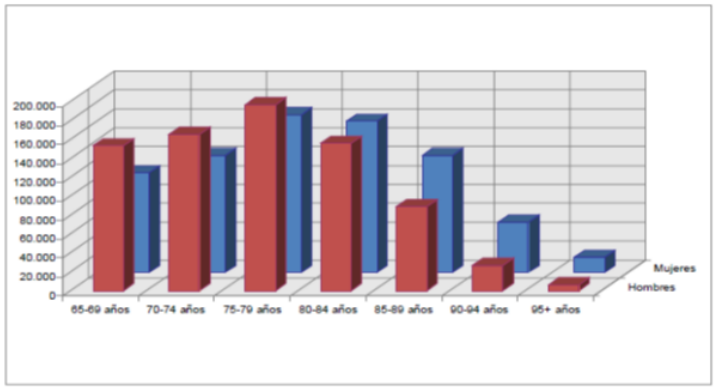
Fuente: Medical Expenditure Panel Survey. EE.UU. 2004

Gráfico 7: Evolución del coste total y de los costes medios. Pacientes de 65 y más años. Hospitales del SNS. 2000-2010.

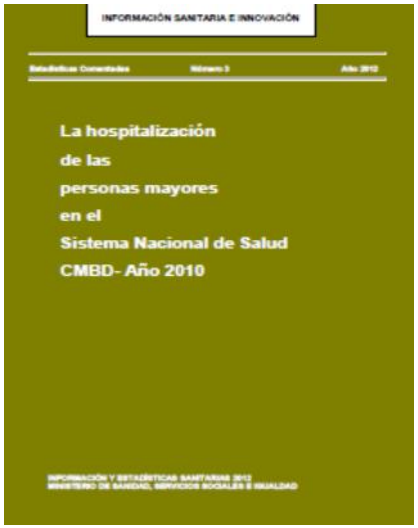


Fuente: elaboración propia a partir del Registro de Altas (CMBD). MSSSI.

Gráfico 3: Distribución por grupos quinquenales de edad de lo población hospitalizada. Pacientes de 65 y más años. SNS. Años 2010.

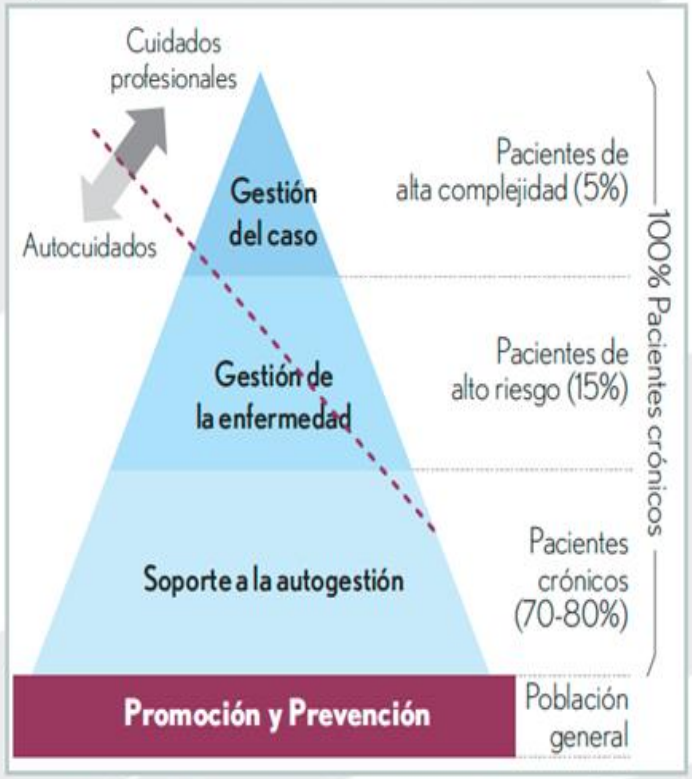


Fuente: elaboración propia a partir del Registro de Altas (CMBD). MSSSI.



Modelos conceptuales :Kaiser Permanente/NHS (GEC)

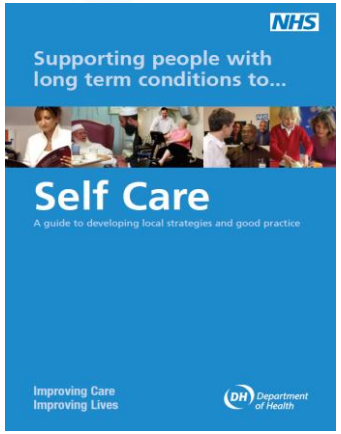
Figura 3.3. Pirámide de Kaiser Permanente



Fuente: Nuño Solinis R. Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente. Adaptado por Sacyl.

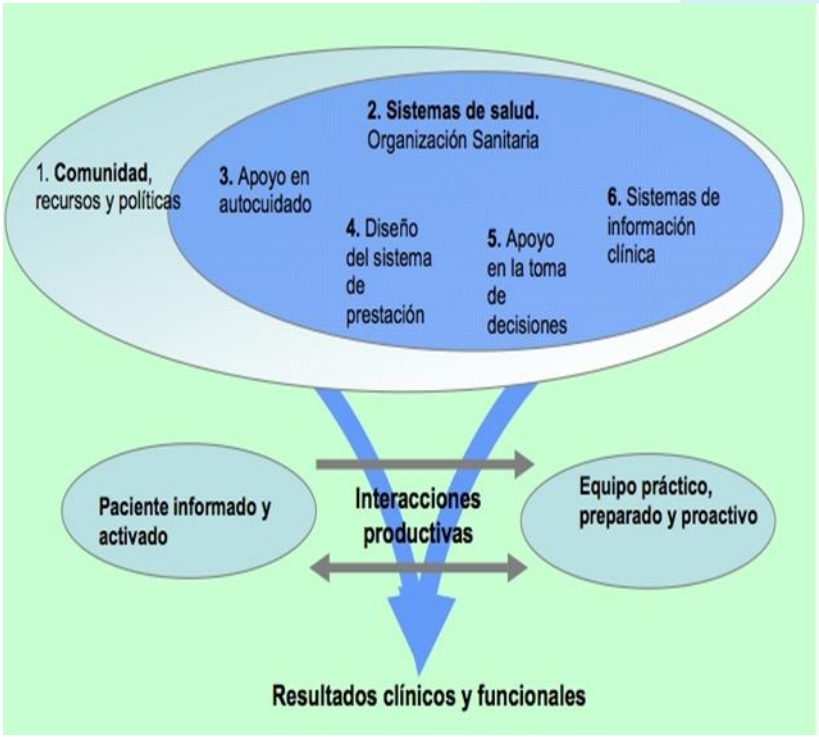
KAISER PERMANENTE®

1. Enfoque de salud poblacional.
2. Liderazgo clínico.
3. Práctica profesional en equipos que colaboran de forma integrada.
4. Profesionales médicos contratados
por una misma organización
y que trabajan en exclusividad.
5. Compromiso con la gestión del conocimiento, con la difusión de las mejores prácticas y con el aprendizaje organizativo.
6. Énfasis en la prevención, detección precoz y educación sanitaria.



Chronic Care Model (CCM)

1. La cultura y los valores de la organizacion : Organización de los cuidados en salud.
2. Consejos a la At. Primaria: Apoyo decisiones
3. Registros para recordatorios y sugerencias: sistemas de información clinica
4. Rediseño de conceptos de enfermedades crónicas : diseño de sistemas de altas
5. Auto control de los pacientes. Apoyo y emponderamiento



Servicios de Salud Multicanal

Equipos multidisciplinares
Programas Informáticos para compartir información

Telemedicina
Programas de apoyo a pacientes polimedicados

Unidades de paciente con alto grado de complejidad

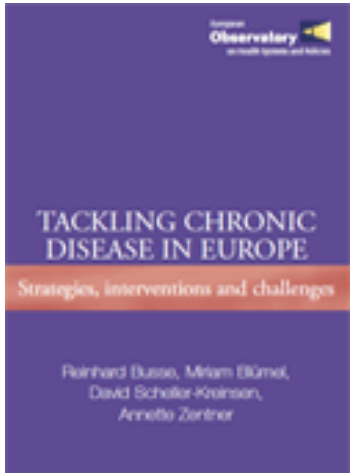
Cuidados posthospitalización

Programas de paciente experto

NUBE DE TÉRMINOS

Pluripatología
Multimorbilidad
Comorbilidad
Enfermedad crónica
Condición crónica
Enfermedad crónica compleja
Múltiple enfermedad crónica
Múltiple condición crónica
Paciente crónico complejo
Paciente crónico pluripatológico

Pluripatology
Polypathology
Multimorbidity
Comorbidity
Chronic disease
Chronic illness
Chronic condition
Cronic health condition
Multiple chronic conditions



- Cronicidad
- Comorbilidad: Mas de una condición en 1 sujeto. Index
- Multimorbilidad:
- Pluripatologia

- Naturaleza de la condición de salud
- Importancia relativa de las condiciones
- Cronologia
- Carga de Morbilidad y complejidad del pacientes

Comorbilidad Multimorbilidad, carga de morbilidad, fragilidad… en el tiempo?

Quién es Pluripatológico?

- **Categoría A:**
  - **1.Insuficiencia cardíaca[1].**
  - **2. Cardiopatía isquémica.**
- **Categoría B:**
  - **Enfermedad crónica osteoarticular con limitación funcional[2].**
  - **Vasculitis y conectivopatías.**
  - **Insuficiencia renal crónica.**
- **Categoría C:**
  - **Limitación crónica al flujo aéreo, asma bronquial o hipoventilación alveolar con limitación funcional[1].**
  - ***Cor pulmonale* crónico.**
- **Categoría D:**
  - **Enfermedad inflamatoria crónica intestinal.**
  - **Hepatopatía crónica sintomática o en actividad.**
- **Categoría E:**
  - **Enfermedad neurológica con déficit motor o cognitivo que genere discapacidad[3].**
- **Categoría F:**
  - **Arteriopatía periférica sintomática.**
  - **Diabetes mellitus con repercusión visceral diferente de la cardiopatía isquémica[4].**
- **Categoría G:**
  - **Enfermedad hematológica sintomática y no subsidiaria de tratamiento especializado[5].**
  - **Enfermedad oncológica activa no subsidiaria de tratamiento oncológico activo[5].**

1 - En presencia de síntomas continuos o agudizaciones frecuentes. 2 - Puntuación en el índice de Barthel menor de 60 puntos en situación de estabilidad clínica. 3 - Puntuación en el índice de Barthel menor de 60 puntos y/o deterioro cognitivo al menos moderado (Pfeiffer 5 o más) en situación de estabilidad clínica. 4 - Presencia de retinopatía proliferativa, albuminuria, ataque cerebrovascular o neuropatía sintomática. 5 - Se hace referencia a la utilización de tratamientos o medicación que obliga a seguimientos en los Servicios de Oncología o Hematología

Contents lists available at ScienceDirect

European Journal of Internal Medicine

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ejim

Original article

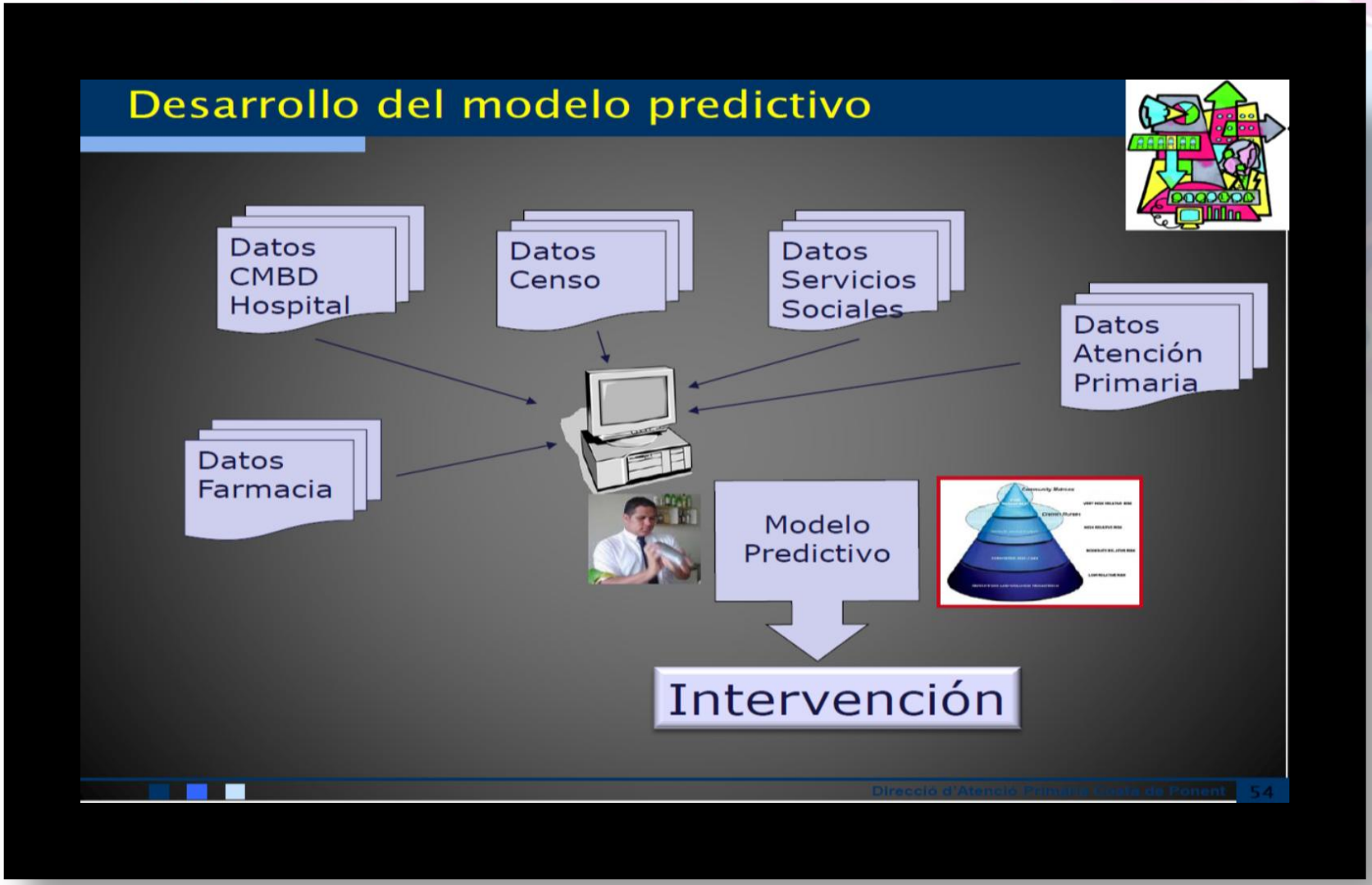
Development of a new predictive model for polypathological patients. The PROFUND index

M. Bernabeu-Wittel [a,*,1], 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]

Tabla I. Puntuación asignada a cada patología para el cálculo del ICCE

Puntuación	Patología
1	Infarto de miocardio Insuficiencia cardíaca congestiva Enfermedad vascular periférica Enfermedad cerebrovascular Demencia Enfermedad pulmonar crónica Enfermedad del tejido conectivo Úlcera Enfermedad hepática leve Diabetes
2	Hemiplejía Enfermedad renal moderada o severa Diabetes con daño orgánico Tumor Leucemia Linfoma
3	Enfermedad hepática moderada o severa
6	Tumor sólido con metástasis SIDA

- Indice de comorbilidad de Charlson
- Indice de Elixhauser
- Profund

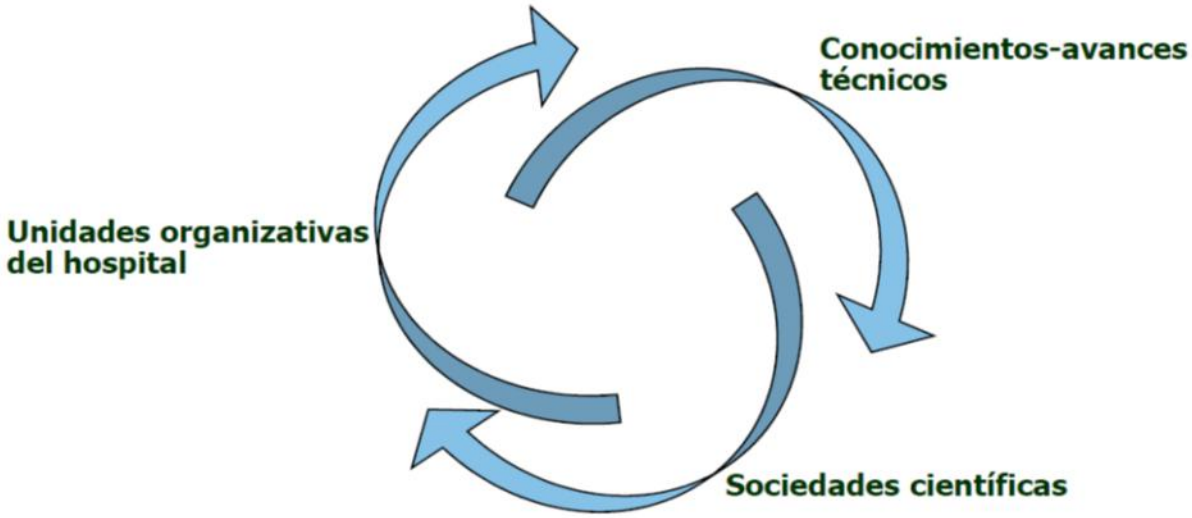

Desarrollo del modelo predictivo
Datos CMBD Hospital
Datos Censo
Datos Servicios Sociales
Datos Atención Primaria
Datos Farmacia
Modelo Predictivo
Intervención
Direcció d'Atenció Primària Costa de Ponent
54

"Asuncion a los 66 años ya padece una buena ración de problemas de salud: ha sobrevivido a un cáncer de mama, ha padecido dos infartos cardiacos y ahora le duelen las caderas y las rodillas a causa de una artrosis importante" Todo ello hace que se sienta deprimida

Toma:
AAS 100 mg
Atorvastatina 20 mg
Bifosfonatos
Calcio
Vit D
Betabloqueante
IECA
Omeprazol
Fentanilo transdermico

Atención al paciente crónico complejo

El modelo de hospital que hoy conocemos fue diseñado a principios del siglo XX



Un ciclo que se retroalimenta constantemente … y que ha favorecido el desarrollo del conocimiento y de la especialización de la oferta

- Ineficiente coordinación entre los diferentes niveles del sistema de salud
- No se comparte información entre los diferentes “ proveedores” sanitarios
- Dificultad o ausencia de acceso a recursos de salud en domicilio
- Carencia de educación sanitaria en los pacientes

MODIFICACIÓN DEL MODELO

REDISEÑAR EL PROCESO ASISTENCIAL

- **NUEVA ORGANIZACIÓN CON IMPACTO**

- **PREVISIÓN DE RESULTADOS de 2 a 5 años**

VI

Escuela de Verano

de Residentes de Medicina Interna

EL RETO Y LA OPORTUNIDAD DE LA CRONICIDAD

SEMFYC Y SEMI, UNIDAS CON LA 'DECLARACIÓN DE SEVILLA' FIRMADA AYER

Impulso institucional a la atención al crónico

→ La *Declaración de Sevilla* formaliza la unión de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y la Sociedad Española de Medicina Interna para mejorar la asistencia al crónico y favorecer la sostenibilidad del SNS.

La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (Semfyc) y la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) hicieron oficial ayer su acuerdo para mejorar la asistencia que se presta a los pacientes crónicos en el Sistema Nacional de Salud (SNS). La unión de esfuerzos se concretó con la *Declaración de Sevilla*, un documento respaldado por las comunidades autónomas y 14 sociedades científicas en el que se plantea la necesidad de aprovechar en mayor medida recursos comunitarios como las asociaciones de pacientes, de orientar la organización del sistema hacia las patologías crónicas y de optimizar la aplicación de las nuevas tecnologías para promover la sostenibilidad del SNS.

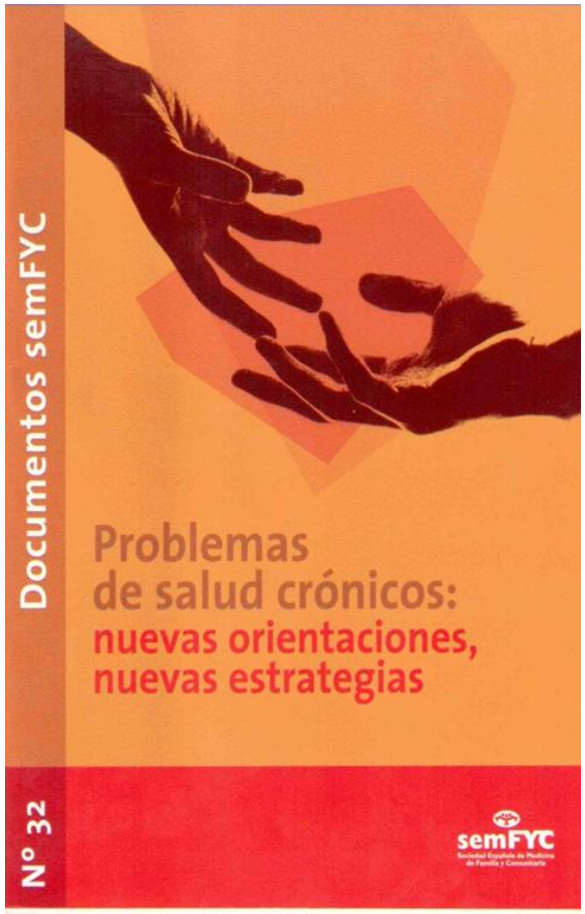
Respaldo de las autonomías y de 14 sociedades científicas

PÁG. 4

VI
Escuela de Verano
de Residentes de Medicina Interna

CRONICIDAD Y PLURIPATOLOGIA

Nuevos modelos de asistencia a pacientes complejos



Estrategia para
el Abordaje
de la Cronicidad
en el Sistema Nacional
de Salud

El documento de estándares y recomendaciones sobre la unidad de pacientes pluripatológicos no tiene un carácter normativo, en el sentido de establecer unos requisitos mínimos o estándares para la autorización de la apertura y/o el funcionamiento de estas unidades, o su acreditación.

Tabla 1.1. Centros y unidades incluidas en el R.D. 1277/2003 y afectados por la UPP

Oferta asistencial

U.1. Medicina general/de familia

U.2. Enfermería

U.12. Geriatría

U.13. Medicina interna

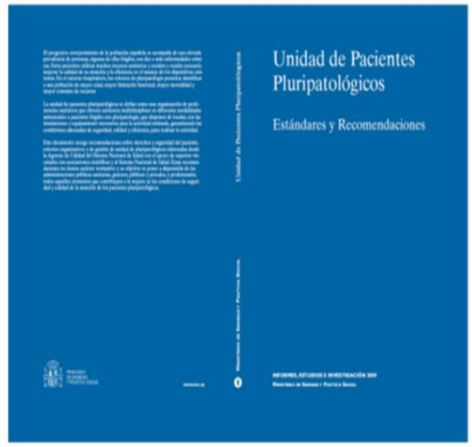
U. 65. Hospital de día

U. 66. Atención sanitaria domiciliaria

U. 67. Cuidados paliativos

U. 68. Urgencias

C. 1. 3. Hospitales de media y larga estancia



- La UPP puede estar integrada en otro dispositivo asistencial. Requisitos:

  La vinculación entre el médico especialista responsable de la unidad y los médicos del nivel de atención primaria

  La disponibilidad de modalidades asistenciales

  - Objetivo evitar que el PP recurra al servicio de urgencias del hospital

CRONICIDAD Y PLURIPATOLOGIA

Nuevos modelos de asistencia a pacientes complejos

- Organización de profesionales sanitarios que ofrece atención multidisciplinar
- Pacientes frágiles
- Requisitos funcionales, estructurales y organizativos
- Calidad, Seguridad, Eficiencia

HOSPITAL DE SUBAGUDOS

DESARROLLO DE HOSPITALES DE MEDIA ESTANCIA

HOSPITAL DE SUBAGUDOS:

UN NUEVO HOSPITAL PARA UNA NUEVA REALIDAD

- Pacientes frágiles con discapacidad funcional importante o en riesgo de adquirirla
- Expectativa de mejoría en un período de tiempo predecible y razonable
- Solución ante la falta de camas en hospitales de tercer nivel
- Hasta un 20% de pacientes en hospitales de tercer nivel pueden considerarse subagudos (Ting 1994)

- Soporte MAP en el **seguimiento** de este paciente
- Medio hospitalario de **referencia**, adecuado a sus **características**
- Facilitar ingreso **coordinado** (“accidente”)
- Evitar **consultas** innecesarias con especialistas
- Evitar **duplicación** de exploraciones
- Controlar la **polimedicación**
- Suprimir la **yatrogenia**
- Promocionar el **autocuidado**
- Facilitar la **articulación** socio-sanitaria

LAS CLAVES

- La coordinación-integración de dispositivos asistenciales
- El impulso de equipos multidisciplinares
- El desarrollo del modelo de los hospitales de subagudos
- El refuerzo del papel de la Atención Primaria
- La planificación de cuidado
- El diseño e implantación efectiva de nuevos roles y perfiles profesionales
- El refuerzo de la rehabilitación como un pilar clave del sistema
- Resultados concretos

- Eliminar prejuicios de profesionales y ciudadanía sobre estos hospitales
- Aceptación por profesionales de agudos de los hospitales de subagudos para este tipo de pacientes
- Asunción de liderazgo por AP en la atención a enfermos crónicos complejos
- Desburocratización de AP
- Nuevas figuras de enfermería
- Flexibilidad en los circuitos
- Participación amplia de profesionales
- Historia clínica compartida

Minimally Disruptive Medicine
Medicina Minimamente Invasiva

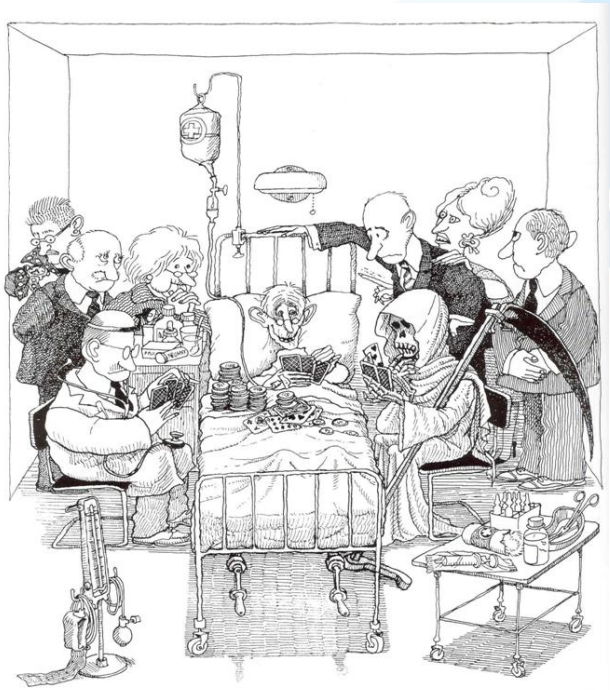
PRINCIPIOS

- Establecer la **carga de tratamiento**
- Facilitar la coordinación y la
- continuidad de la atención clínica
- Añadir la comorbilidad y la
- complejidad a la evidencia clínica
- Priorizar desde la perspectiva del
- paciente

RUTAS CLINICAS ASISTENCIALES

- Una herramienta de gran valor en la relación primaria y especializada, posibilitando una atención protocolizada.
  - Referentes en las rutas asistenciales (internistas/geriatras)
    - Coordinación de servicios hospi y extrahospitalarios con primaria
      - Planificación de Valoración/Ingresos/ Altas con MAP
      - Cuadros de mando comunes para valorar las intervenciones

Centrada en el paciente.
Implicación de los profesionales.
Sustentadas en la mejor práctica clínica.
Garante de la continuidad de la atención.



GRACIAS!!