



## **XIV** Reunión de Jefes de Servicio y Unidad de Medicina Interna

**Experiencias prácticas de la nueva orientación de la  
asistencias a crónicos.**

**Manuel Ollero Baturone. Hospital Universitario Virgen  
del Rocio Sevilla.**





Boleta 4.

Reunidos en Madrid el día 8 de febrero de 1952 en la Cátedra de Microbiología de la Facultad de Medicina (Ciudad Universitaria) los Profesores D. Carlos Jiménez Díaz, D. Gregorio Marañón, D. Ceofilo Hernandez, D. Juan Andreu Urra y D. Manuel Bermejillo se acuerda la constitución de la Sociedad Española de Medicina Interna, dándose lectura a los Estatutos de la misma aprobados por Jefe Superior de Policía de Madrid el diez y ocho de Abril de 1951. A continuación se procedió a la elección de la Junta Directiva que quedó constituida de la siguiente forma: Presidente, D. Carlos Jiménez Díaz; Vicepresidente 1º D. Agustín Pedro y Pons; Vicepresidente 2º D. Juan Andreu Urra; Tesorero, D. Manuel Bermejillo; Secretarios D. Justo Gomena y D. José Carlos de Oya; Vocales, D. Arturo Fernández Cruz, D. Manuel Valdeón, D. Miguel Barrera, D. Eduardo Ortiz de Landaluz, D. Enrique de la Fuente y D. Juan Gidest Gueralte. Simultáneamente se acuerda por unanimidad nombrar socios de honor a los Profesores D. Fernando Barriquer de Salamanca, D. Agustín de Aragón, D. Ceofilo Hernandez, D. Gregorio Marañón y D. Manuel Bermejillo. Madrid 8 de febrero de 1952.

*[Signatures]*

Reunidos en Madrid el día 8 de febrero de 1952 en la Cátedra de Microbiología de la Facultad de Medicina (Ciudad Universitaria) los Profesores D. Carlos Jiménez Díaz, D. Gregorio Marañón, D. Ceofilo Hernandez, D. Juan Andreu Urra y D. Manuel Bermejillo se acuerda la constitución de la Sociedad Española de Medicina Interna, dándose lectura a los Estatutos de la misma aprobados por Jefe Superior de Policía de Madrid el diez y ocho de Abril de 1951. A continuación se procedió a la elección de la Junta Directiva que quedó constituida de la siguiente forma: Presidente, D. Carlos Jiménez Díaz; Vicepresidente 1º D. Agustín Pedro y Pons; Vicepresidente 2º D. Juan Andreu Urra; Tesorero,





**Estamos ante una nueva era en la conceptualización de la enfermedad:**  
**La gestión de múltiples enfermedades concurrentes en lugar de enfermedades individuales.**

**THE LANCET**

Search for  in   [Advanced](#)







[Home](#) | [Journals](#) | [Content Collections](#) | [Multimedia](#) | [Conferences](#) | [Information for](#) | [Sub](#)

The Lancet, Volume 380, Issue 9836, Pages 37 - 43, 7 July 2012 [Cite or Link Using DOI](#)  
doi:10.1016/S0140-6736(12)60240-2 [Cite or Link Using DOI](#)  
This article can be found in the following collection: [Public Health](#)  
Published Online: 10 May 2012

[Previous Article](#) | [Next Article](#) >

Copyright © 2012 Elsevier Ltd All rights reserved.

**Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study**

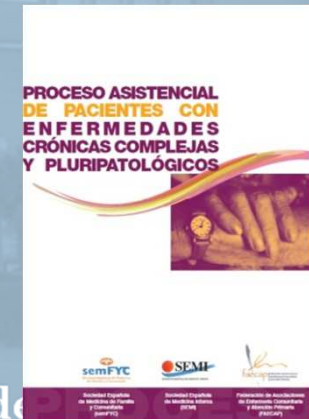
[Karen Barnett](#) PhD , [Prof Stewart W Mercer](#) PhD , [Michael Norbury](#) MBChB , [Prof Graham Watt](#) MD , [Prof Sally Wyke](#) PhD , [Prof Bruce Guthrie](#) PhD 

**Nuestros resultados desafían el marco de la enfermedad solo por el cual la mayoría del cuidado de la salud, investigación médica, y educación médica está configurado.**



# Estamos ante una nueva era en la conceptualización de la enfermedad:

## La gestión de múltiples enfermedades concurrentes en lugar de enfermedades individuales.



## **Estamos ante una nueva era en la conceptualización de la enfermedad:**

→ **Gestión del conocimiento.**

→ **Investigación epidemiológica, clínica y básica.**

→ **Formación médica.**

→ **Alianzas: reto del generalismo. Medicina Familiar y enfermería.**

→ **Conceptualización de nuestra misión: pacientes-personas / episodios - enfermedades.**

## MODELO HEREDADO



### Atención primaria

*Globalidad*  
*Continuidad y biográfica*

### Atención hospitalaria

*Episodios*

*Tendencia especialización en*  
*Unidades Monográficas*

## NECESIDADES REALES

**Integración sanitaria y social**

**Atención compartida AP -AE**







Servicio Andaluz de Salud  
**CONSEJERÍA DE SALUD**

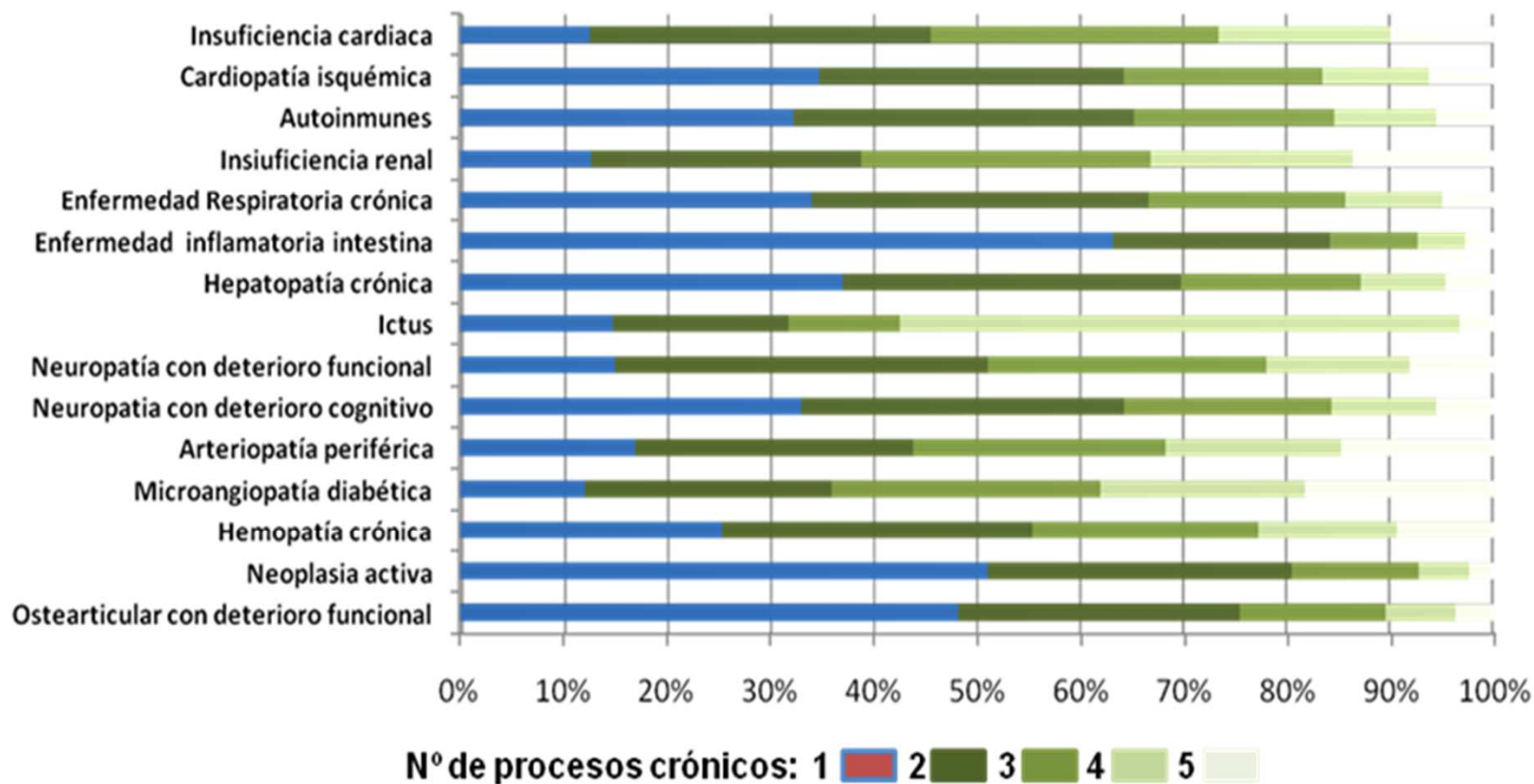


## **RED ANDALUZA DE ASISTENCIA A LA INSUFICIENCIA CARDIACA**

**Una propuesta del Grupo de Trabajo de Insuficiencia Cardíaca de la  
Sociedad Andaluza de Cardiología**



## Tipo de procesos crónicos:





## **Perspectiva de pacientes frente a episodios. Definición de espacios asistenciales**

→ **Perspectiva poblacional: el Área.**

→ **El espacio cama. Nuevas alternativas asistenciales.**

→ **Las áreas quirúrgicas y otras especialidades**

→ **Soporte al domicilio.**

→ **Educación terapéutica.**

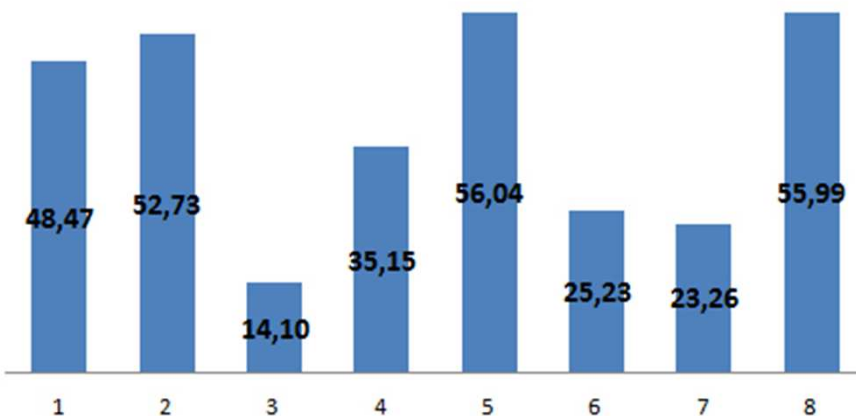
**Alianzas para la continuidad asistencial:  
medicina de familia y enfermería.**



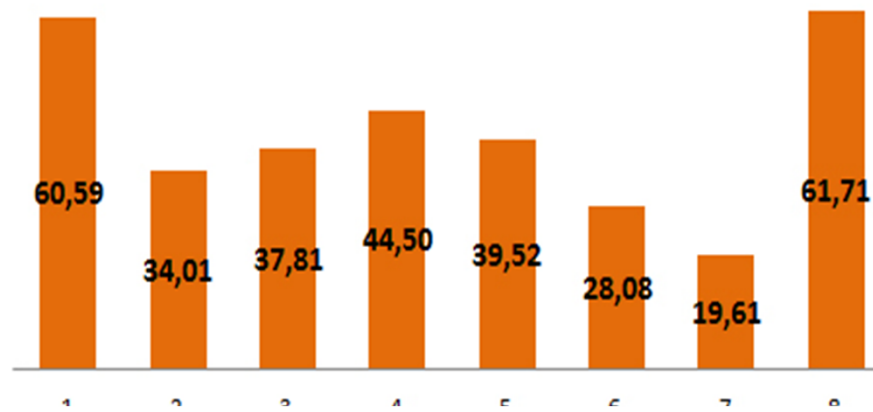
# Ingresos por enfermedades crónicas susceptibles de cuidados ambulatorios. PQI92. Andalucía 2012

## % de ingresos en Medicina Interna.

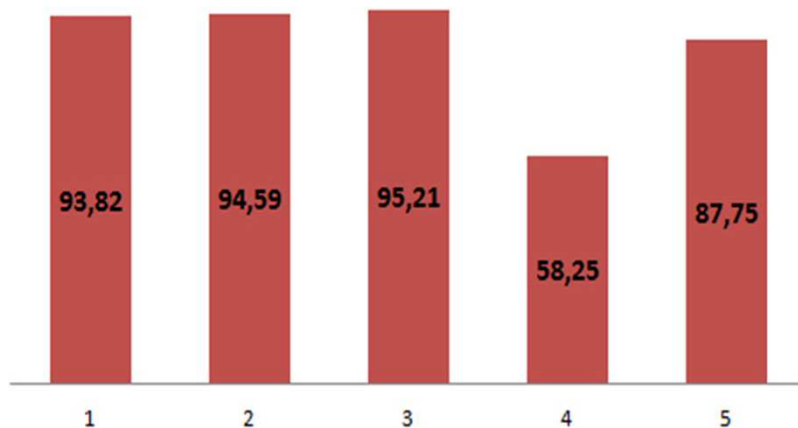
### Hospitales Regionales



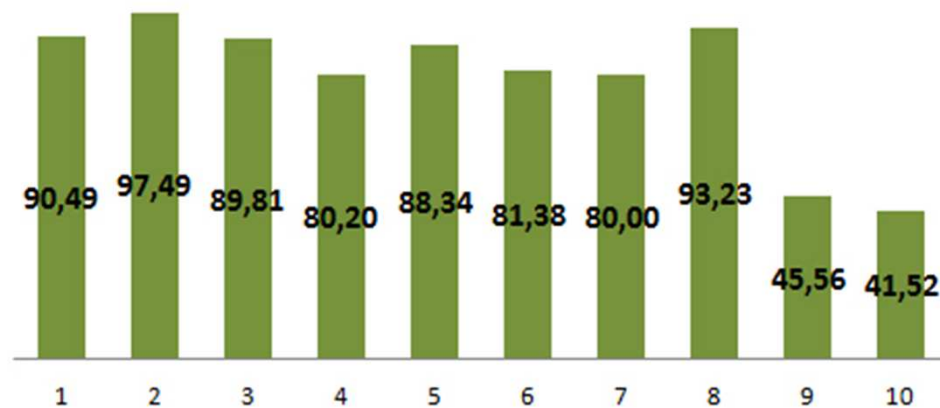
### Hospitales Especialidades



### Hospitales Comarcales 1



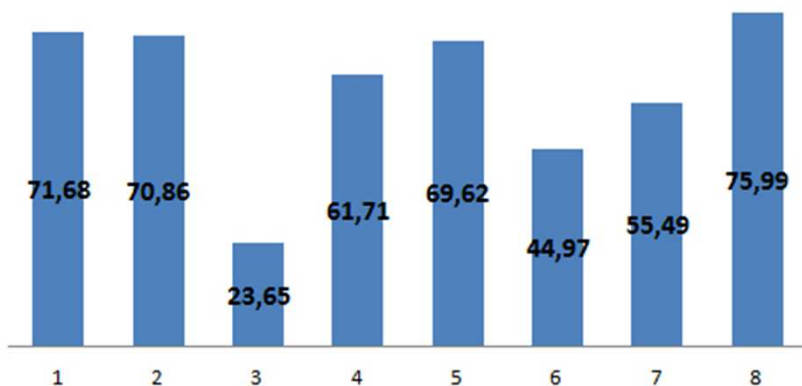
### Hospitales Comarcales 2



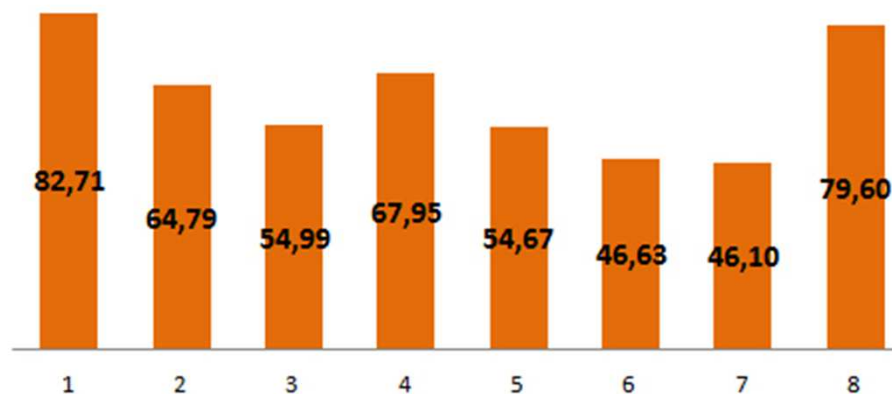


# Ingresos por insuficiencia cardiaca. PQI 8 Andalucía 2012 % de ingresos en Medicina Interna.

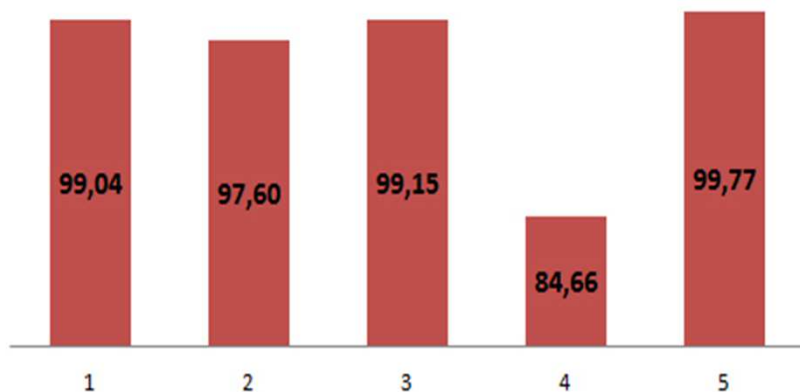
### Hospitales regionales



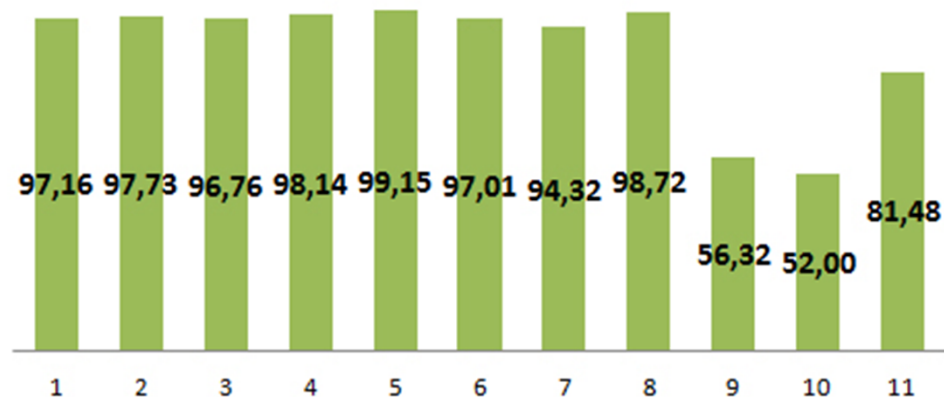
### Hospitales especialidades



### Hospitales comarcales 1

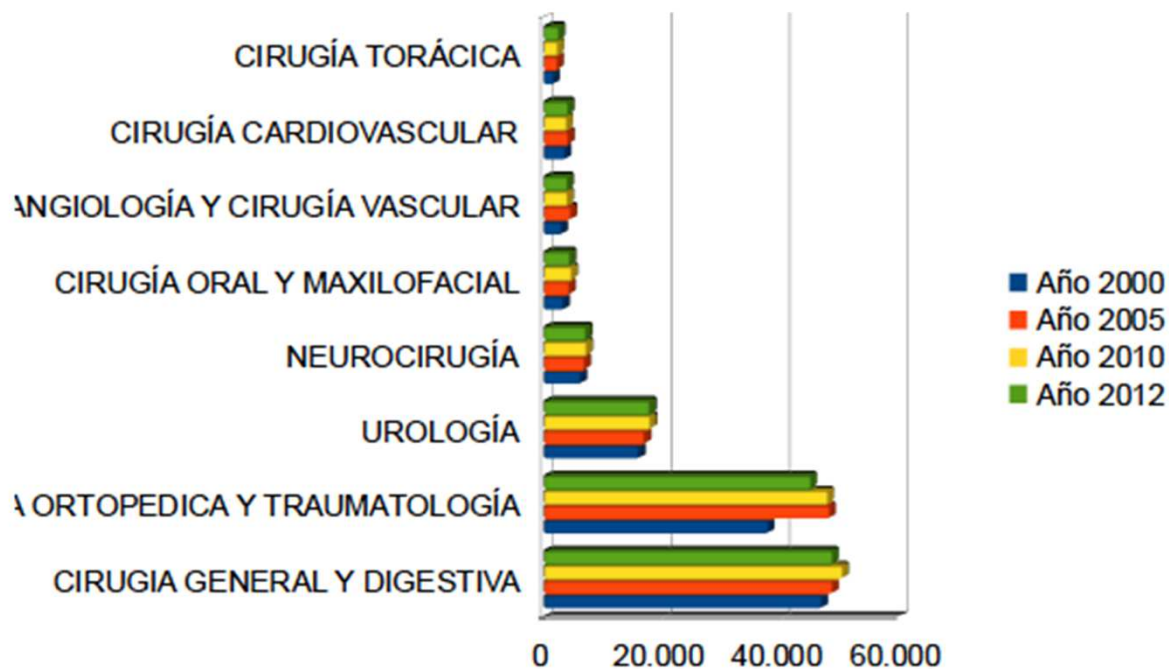


### Hospitales comarcales 2





# Ingresos de pacientes PP en servicios quirúrgicos



No todos los servicios  
quirúrgicos  
Son iguales

UNIDAD HOSPITALIZACION	Año 2000	Año 2005	Año 2010	Año 2012
CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVA	47.055	48.902	50.617	48.897
CIRUGÍA ORTOPEDICA Y TRAUM	37.978	48.381	48.095	45.199
UROLOGÍA	16.192	17.192	18.200	18.081
NEUROCIRUGÍA	6.328	6.949	7.328	7.241
CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	3.381	4.377	4.778	4.497
ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCU	3.056	4.639	4.082	4.083
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	3.649	4.207	3.950	4.182
CIRUGÍA TORÁCICA	1.667	2.376	2.426	2.612

ESTANCIA  
MEDIA

EDAD  
MEDIA

TASA  
EXITUS

## CIRUGIA GENERAL

SERVICIO	NUMERO DE CATEGORÍAS EC	EPISODIOS	PACIENTES AÑO	INGRESOS PACIENTES AÑO	ESTANCIA MEDIA	ESTANCIAS PACIENTES AÑO	EDAD MEDIA	% INGRESOS URGENTES	% EXITUS
CIRUGÍA GENERAL	0	30.112	27.133	1,11	4,56	5,06	48,51	47,50%	0,60%
CIRUGÍA GENERAL	1	17.559	14.754	1,19	7,76	9,23	60,91	35,20%	2,80%
CIRUGÍA GENERAL	2	6.112	4.954	1,23	10,17	12,55	68,49	41,60%	5,70%
CIRUGÍA GENERAL	3	1.902	1.511	1,26	11,33	14,26	71,91	48,40%	9,40%
CIRUGÍA GENERAL	4	543	428	1,27	10,66	13,52	74,15	49,70%	12,10%
CIRUGÍA GENERAL	5	135	99	1,36	10,66	14,54	73,88	58,50%	14,10%
CIRUGÍA GENERAL	6	20	16	1,25	8,25	10,31	74,25	55,00%	18,80%

## NUMERO DE ENFERMEDADES CRONICAS

## UROLOGIA

SERVICIO	Numero de categorías EC	Episodios	Pacientes Año	Ingresos pacientes año	Estancia Media	Estancias pacientes año	Edad Media	% ingresos urgentes	% Exitus
UROLOGÍA	0	09:34	7.772	1,16	3,53	4,10	51,51	35,60%	0,20%
UROLOGÍA	1	8.590	6.276	1,37	4,02	5,50	63,74	20,50%	0,90%
UROLOGÍA	2	3.798	2.702	1,41	4,99	7,01	70,22	27,00%	2,40%
UROLOGÍA	3	1.418	952	1,49	5,63	8,38	73,97	33,30%	3,20%
UROLOGÍA	4	454	297	1,53	5,43	8,30	74,43	33,00%	4,40%
UROLOGÍA	5	122	75	1,63	4,74	7,71	73,31	32,00%	2,70%
UROLOGÍA	6	8	5	1,60	5,50	8,80	75,40	37,50%	0,00%

## CIRUGIA MAXILOFACIAL

SERVICIO	Numero de categorías EC	Episodios	Pacientes Año	Ingresos pacientes año	Estancia Media	Estancias pacientes año	Edad Media	% ingresos urgentes	% Exitus
CMF	0	3.430	314	1,14	3,76	4,28	37,05	40,20%	0,00%
CMF	1	1.385	107	1,38	4,83	6,65	57,28	15,50%	0,70%
CMF	2	480	334	1,44	4,46	6,40	66,76	12,50%	1,50%
CMF	3	149	104	1,43	5,95	8,53	69,17	14,10%	1,00%
CMF	4	34	26	1,31	2,76	3,62	74,23	14,70%	0,00%
CMF	5	11	10	1,10	7,36	8,10	74,30	18,20%	0,00%
CMF	6	2	2	1,00	0,00	0,00	60,00	0,00%	0,00%

## NEUROCIROGIA

SERVICIO	Numero de categorías EC	Episodios	Pacientes Año	Ingresos pacientes año	Estancia Media	Estancias pacientes año	Edad Media	% ingresos urgentes	% Exitus
NEUROCIROGIA	0	3.549	3.154	1,13	8,69	9,78	44,98	41,20%	1,00%
NEUROCIROGIA	1	3.362	2.806	1,20	12,12	14,52	55,14	50,20%	2,90%
NEUROCIROGIA	2	1.204	954	1,26	14,54	18,36	59,39	57,60%	4,60%
NEUROCIROGIA	3	289	243	1,19	14,54	17,29	67,93	65,40%	9,90%
NEUROCIROGIA	4	77	68	1,13	15,86	17,96	69,65	72,70%	11,80%
NEUROCIROGIA	5	19	15	1,27	10,53	13,33	69,73	78,90%	0,00%



## OTORRINOLARINGOLOGIA

SERVICIO	Numero de categorías EC	Episodios	Pacientes Año	Ingresos pacientes año	Estancia Media	Estancias pacientes año	Edad Media	% ingresos urgentes	% Exitus
ORL	0	9.163	8.340	1,10	2,47	2,71	32,61	28,90%	0,10%
ORL	1	2.209	1.762	1,25	5,21	6,53	53,16	23,60%	1,20%
ORL	2	746	556	1,34	7,45	10,00	63,68	23,60%	1,80%
ORL	3	210	158	1,33	10,29	13,67	67,91	33,30%	1,90%
ORL	4	63	47	1,34	12,41	16,64	68,32	42,90%	8,50%
ORL	5	17	13	1,31	11,65	15,23	72,77	35,30%	0,00%

## CIRUGIA VASCULAR

SERVICIO	Numero de categorías EC	Episodios	Pacientes Año	Ingresos pacientes año	Estancia Media	Estancias pacientes año	Edad Media	% ingresos urgentes	% Exitus
VASCULAR	0	873	765	1,14	6,51	7,42	58,43	49,00%	3,10%
VASCULAR	1	1.879	1.358	1,38	7,69	10,64	65,45	39,20%	1,30%
VASCULAR	2	1.497	997	1,50	8,22	12,34	68,59	40,40%	3,30%
VASCULAR	3	852	597	1,43	8,74	12,48	70,13	45,70%	6,40%
VASCULAR	4	396	262	1,51	9,64	14,56	71,26	49,20%	6,10%
VASCULAR	5	123	84	1,46	9,35	13,69	71,88	41,50%	8,30%
VASCULAR	6	26	18	1,44	10,73	15,50	73,44	46,20%	22,20%



# Claves del Modelo de Atención Compartida del Proceso Atención a Pacientes Pluripatológicos.

## Integración de cartera de servicio en una Unidad Multidisciplinaria:

- Medicina Interna,
- Cuidados Paliativos.
- Atención Geriátrica.
- Medicina Consultiva.
- Hospit. Domiciliaria.

EL PAÍS, martes 15 de abril de 2003

SOCIEDAD / 31

### Salud

Los pacientes con numerosos síntomas y patologías plantean un reto al sistema sanitario. Representan hasta un 20% de la actividad hospitalaria, pero no encajan fácilmente en un servicio concreto y a menudo dan vueltas de uno a otro. Una unidad especial para estos enfermos pluripatológicos creada en Sevilla pretende dar respuesta al problema.

## El desafío de los enfermos complicados

Pacientes con varias dolencias peregrinan por los servicios sin encontrar su lugar en la red asistencial

JOAQUÍN MAYORDOMO, Sevilla  
El herrero Valentín Barragán estuvo casi 30 años yendo de consulta en consulta sin que nadie llegara a diagnosticarle la causa de la extraña anemia que padecía. Varias veces fue ingresado de urgencia y en el largo periplo le diagnosticaron dolencias varias, pero no acababa de encontrar su sitio en el sistema sanitario.

Los enfermos que se desesperan dando vueltas por la red asistencial no lo hacen necesariamente porque tengan una enfermedad rara o difícil de diagnosticar. En la mayoría de los casos es la pluripatología que padecen la que les lleva de consulta en consulta, sin que ningún especialista se decida a hacerse cargo de ellos y a tratar sus diversos problemas. Sin embargo, las enfermedades que afectan a estas personas suelen ser, por lo general, bastante comunes. Afecciones cardíacas, anemia, procesos cancerígenos, Alzheimer, retuma, bronquitis crónica o diabetes están entre las más frecuentes.

El problema surge cuando el paciente presenta una sintomatología compleja y que no es fácil de relacionar con una causa orgánica bien definida y el especialista al que acude no acaba de ubicarlo en ninguno de sus esquemas habituales de asistencia. A menudo, tras



Equipo médico de la Unidad Clínica de Atención Médica Integral del hospital Virgen del Rocío, de Sevilla. PÉREZ CABO

más numerosos y más demandantes. A nosotros no se nos puede meter en el mismo esquema de rendimiento que a cualquier otra especialidad. Por eso, quizá la solución ideal sea la práctica médica integral". En parecidos términos se expresa Miguel Vilardell, jefe de medicina interna en el Vall d'Hebron, de Barcelona, y presidente de la comisión nacional de esta especialidad. Vilardell no duda de que el enfermo con varias patologías debe ser coordinado desde medicina interna. "La unidad que Cuello ha puesto en marcha me parece una buena solución", apunta. "Por supuesto que la colaboración permanente con la atención primaria es imprescindible", añade.

El nuevo sistema reduce las pruebas, la ocupación de camas y el gasto farmacéutico

Vilardell sugiere, incluso, la conveniencia de que el internista se desplace a los centros de salud. "Esto ya lo estamos haciendo nosotros", precisa José María Pérez, médico de familia y director del Distrito del Aljarafe, en Sevilla, una de las áreas sanitarias donde

### Unidades de atención integral

acordado una cartera de servicios y gestión de casos. Son los acuerdos que luego

## LA UNIDAD CLINICA DE MEDICINA INTERNA (UCAMI)



## Claves del Modelo de Atención Compartida del Proceso Atención a Pacientes Pluripatológicos.

- 1. Una misión y una visión. Un proyecto definido.**
- 2. Integración médicos-enfermería.**
- 3. Gestión participativa.**
  - Consejo dirección.
  - Grupos de calidad transversales
  - Plenarios.
- 4. Acuerdos de gestión. Objetivos individualizados**



**MODELO ANDALUZ DE UNIDADES DE GESTION CLÍNICAS**

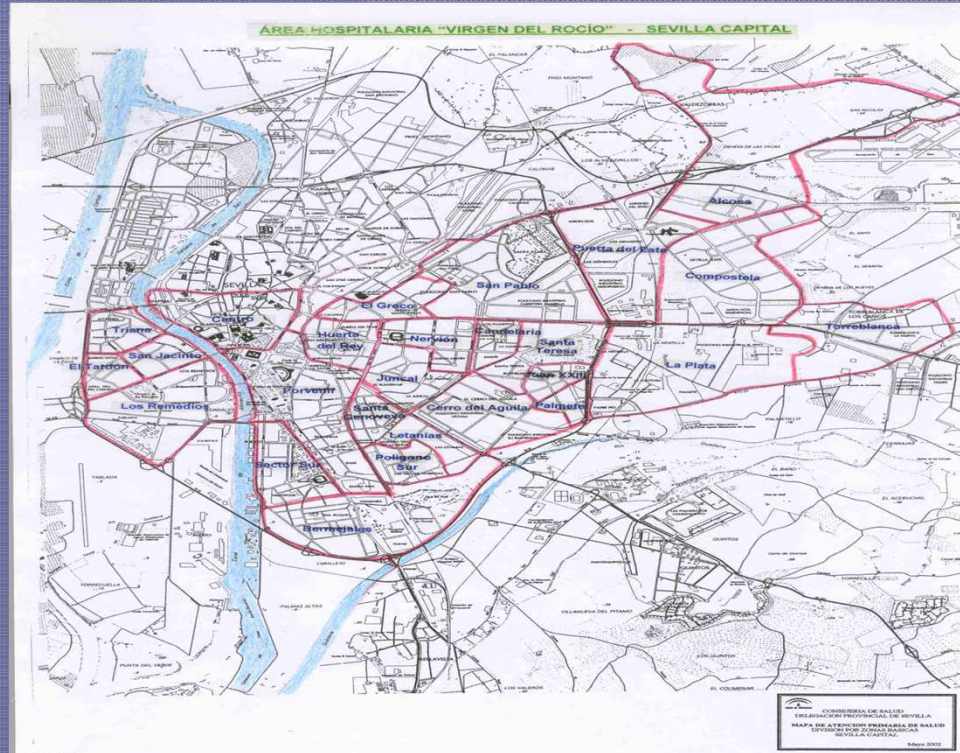




## Claves del Modelo de Atención Compartida del Proceso Atención a Pacientes Pluripatológicos.

### Internista de referencia : sectorización.

- ▶ *Internista responsable cartera de Servicio*
- ▶ *26 ZBS(100 %)*
- ▶ *25.000 habitantes/ internista*
- ▶ *Población 550.502*







# Claves del Modelo de Atención Compartida del Proceso Atención a Pacientes Pluripatológicos.



## Acuerdo explícito entre Medicina Interna y cada centro de Salud.

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío



### ACUERDO DE COLABORACIÓN UNIDAD CLÍNICA DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL Y UNIDAD CLÍNICA DE CAMAS.

<p><b>ACUERDO DE COLABORACIÓN UNIDAD CLÍNICA DE MEDICINA INTERNA - UCAMI Y UNIDAD CLÍNICA DE CAMAS</b></p> <p>La Unidad Clínica de Medicina Interna (UCMI) y la Unidad Clínica de Camas concuerdan de la necesidad de considerar el modelo de atención compartida entre Atención Primaria y Hospitalaria basado en la relación personalizada entre médicos de familia y enfermeras de atención primaria con los internistas y enfermeras hospitalarias, como herramienta fundamental para la mejora de la atención integral y continuidad asistencial de nuestros pacientes. En este sentido, que hemos decidido firmar el presente protocolo de colaboración, para seguir profundizando en la experiencia de trabajo en equipo que venimos desarrollando durante los últimos años.</p> <p><b>1) OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <p>Señalamos de este protocolo de colaboración:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mejorar la atención que reciben los ciudadanos del SPSI por parte de los médicos y enfermeras del Distrito.</li> <li>Favorecer la continuidad asistencial: coordinación, colaboración y comunicación entre los diferentes niveles asistenciales.</li> <li>Sensibilizar a los profesionales en la necesidad de actualización continua de conocimientos y habilidades para afrontar los nuevos retos que nos plantea la complejidad contribuyendo a una atención de calidad en el SPSI.</li> <li>Colaborar en la adquisición de las habilidades necesarias para poder prestar la cuidados, cada vez más complejos que requieren los usuarios en el domicilio.</li> <li>Impulsar el conocimiento de los problemas y recursos asistenciales de ambos niveles promocionando el uso más eficiente de los mismos.</li> </ul>	<p>Se crea este acuerdo para atención prioritaria a las siguientes poblaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pacientes Pluripatológicos.</li> <li>Pacientes con enfermedades oncológicas o no oncológicas en fase paliativa.</li> <li>Pacientes con enfermedades crónicas complejas en fase avanzada, síndrome paraneoplasia o síndrome paraneoplasia con problemas clínicos o necesidades de cuidados complejos.</li> <li>Pacientes con sospecha de enfermedades sistémicas (inflamación, autoinmunidad y deficiencia).</li> <li>Pacientes con síndrome constitucional, síndrome de paresia, anemias, síndrome Hoff, síndrome de Sjögren, osteoporosis, osteopenias, con sospecha de malignidad, manifestaciones neurológicas, o psicológicas; y anemia, alteraciones cardíacas o imagen de tórax de difícil interpretación a una especialidad.</li> <li>Pacientes con enfermedades raras secundarias al trasplante del pulmón o inmunidad (incluyendo hemofilia bien definida) y otras enfermedades raras no admitidas a una especialidad definida.</li> <li>Pacientes que requieren traslados y cuidados de tecnología avanzada en domicilio.</li> <li>Cuidadores familiares de los pacientes incluidos en cualquiera de estas grupos.</li> </ul> <p><b>2) OBJETIVOS ASIGNACIONALES OFERTADOS DESDE MEDICINA INTERNA UCAMI:</b></p> <p><b>A) Atención de referencia localizada telefónicamente:</b></p> <p>Todas las Unidades Clínicas de Distrito serán referenciadas al Área Sanitaria Virgen del Rocío disponiendo de un número de referencia localizado a través de teléfono móvil. En el número 717 figura el listado de teléfonos de referencia y servicios de la Unidad de Medicina Interna UCMI. Este número se encuentra operativo desde las 8 a las 12 horas, o parte de las 12 horas el resto del equipo de guardia para la programación de ingresos y necesidad de un consejo urgente al T2794.</p>	<p><b>3) Atención de casa desde la Unidad de Día:</b></p> <p>La Unidad de Día de Medicina Interna UCMI dispone de dos enfermeras referencias, una Sr. Raquel Álvarez y otra Sr. Raquel López, quienes realizan de lunes a viernes de 9:00 a 17:00 horas. El horario de atención de la Unidad de Día es el siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión de casos:       <ul style="list-style-type: none"> <li>Coordinación de las agendas de los años de pacientes nuevos (NUEVOS) como crónicos (Priorización por estado general y psicología).</li> <li>Gestión de ingresos hospitalarios.</li> <li>Gestión y coordinación de agendas de pruebas prácticas y diagnósticas para pacientes de forma prioritaria en las unidades de atención.</li> <li>Resolución de dudas sobre casos a seguir ante diversos procedimientos indicados en la Unidad de Día.</li> </ul> </li> </ul>	<p>como: pulmonares, digestivas, urina, respiratorias, infecciosas, cardíacas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Técnicas de cuidados que requieren valoración por el internista de referencia: Curas, aplicación de vendajes, transfusiones sanguíneas, ITA, colocación y lectura de fajas de Tensión, extracción de analíticas, realización de BSG (con realización de procedimientos indicados desde atención primaria en hospitales de día).</li> <li>Reuniones en los centros de salud (con cuidados compartidos-PCO) un día de la segunda semana de cada mes preferentemente los miércoles. Se desarrollarán estas sesiones de 10 a 12 horas entre los profesionales del centro de salud y de UCMI previo contacto telefónico.</li> </ul> <p><b>4) Hospital de Día Médico:</b></p> <p>El responsable de este centro de servicios es el Dr. Juan Manuel López Chaves teléfono: 726226 de 9 a 20 horas. La derivación de pacientes se realizará a través de un contacto telefónico personalizado con el responsable de este dispositivo y cumplimentado posteriormente el proceso de derivación interno (Forma 2) que cuando se remita al POC (066 0620 00 02), o contactando telefónicamente con los teléfonos 21 05 64 - 21 64 00 de 9 a 2 horas. Dicha el compromiso de atención en caso de necesidad en 48 horas durante los días laborales.</p> <p>Derivación de casos de urgencia a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tráfico 24 horas a través de teléfono.</li> <li>Realización de procedimientos en las unidades indicadas por el médico de familia:       <ul style="list-style-type: none"> <li>Traqueostomía percutánea.</li> <li>Administración de medicación parenteral (antibióticos parenteral, quimioterapia parenteral).</li> <li>Trayectoria de hemodiálisis en régimen de Hospital de Día en enfermería y diagnóstico y bajo indicación del médico de familia.</li> <li>ASPIRACIÓN.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>d) Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos y Hospitalización Domiciliaria.</b></p> <p>Los equipos de soporte domiciliario estarán asesorados. La derivación de pacientes a través de un contacto telefónico personalizado con el responsable de este dispositivo. Los servicios de enfermería y soporte para cada Centro de Salud y los servicios de contacto serán en el horario de mañana de 9 a 15 horas los días hábiles, y en el teléfono móvil 716075 de 15 a 20 horas.</p> <p>Trámites de este equipo se ofrecen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Soporte domiciliario de pacientes con enfermedades en fase paliativa por enfermedades oncológicas o no oncológicas de alta complejidad.</li> <li>Asesoración puntual en pacientes en situación terminal de menor complejidad que no pueden ser resueltos por el médico de familia.</li> <li>Soporte telefónico ante la existencia de dudas o crisis de necesidades en pacientes en situación terminal (horario de 9 a 20 horas).</li> <li>Programación de ingresos hospitalarios en los pacientes en fase paliativa (para pacientes en seguimiento por el internista de referencia al domicilio al contacto a través de su internista de referencia).</li> <li>Sesiones conjuntas en el Centro de Salud con oferta de cuatro sesiones semanales y un compromiso de al menos dos sesiones semanales.</li> <li>Soporte domiciliario para cuidados de alta complejidad así como soporte en fases complejas, accesos venosos centrales, cuidados</li> </ul>	<p>Las transiciones entre la atención primaria y el ámbito hospitalario son situaciones de especial complejidad en donde se pone a prueba la capacidad de nuestra organización sanitaria para manejar la continuidad asistencial. En este sentido, que todos los profesionales de UCMI y el Distrito de la referencia en estas situaciones los casos personalizadas respecto las siguientes compromisos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Todos los derivaciones desde Atención Primaria a la Unidad de Medicina Interna UCMI ante a consultas externas, como a la Unidad de Día y Hospital de Día se realizarán a través de un contacto telefónico personalizado, previo a la autorización de procedimiento escrito de derivación.</li> <li>Si un paciente de este contacto previo personalizado, a lo largo de 2019 todas las agendas de la Unidad de Medicina Interna UCMI estarán abiertas para los respectivos Centros de Salud.</li> <li>El personal facultativo y de enfermería colaborará estrechamente para programar todos los ingresos hospitalarios de los pacientes en fase paliativa de su enfermedad, considerando su caso de manera con los dispositivos asistenciales de Medicina Interna UCMI sin necesidad de pasar al paciente por urgencias.</li> <li>Todo el personal facultativo y de enfermería colaborará estrechamente para gestionar el ingreso hospitalario de los pacientes pluripatológicos, con enfermedades avanzadas o con otras formas de complejidad, directamente con los dispositivos asistenciales de Medicina Interna UCMI sin necesidad de pasar al paciente por urgencias.</li> <li>En caso de que el seguimiento por el Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos y Hospitalización Domiciliaria no se haya realizado a solicitud de atención primaria, el equipo de UCMI contactará al primer día de seguimiento con el médico de familia o enfermera según corresponda.</li> <li>Este acuerdo aplica entre los profesionales del resto del equipo de Hospitalización Domiciliaria y Soporte de Cuidados Paliativos se realizarán conjuntamente en el domicilio del paciente.</li> </ul>	<p>con los responsables de cuidados de hospital, los mecanismos de cuidados, ante el material asistencial necesario como el seguimiento de los pacientes. Esta intervención conjunta deberá programarse dos días antes del alta.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los pacientes pluripatológicos, ante patologías con enfermedades avanzadas o con otras formas de complejidad recibirán una visita domiciliar en las primeras 48 horas (los dos primeros) posteriores al alta hospitalaria.</li> <li>Durante el ingreso hospitalario y tras el mismo se realizarán sesiones de educación dirigidas a pacientes y cuidadores, priorizando ante las actividades de formación individuales como grupos incluyendo la atención de las aulas de escuela de pacientes.</li> </ul> <p><b>5) OBJETIVOS VINCULANTE PARA EL AÑO 2019:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Las Unidades Clínicas se comprometen a regular el presente protocolo de colaboración basado en la relación personalizada entre médicos de familia y enfermeras de atención primaria con los internistas y enfermeras hospitalarias.</li> <li>Las Unidades Clínicas se comprometen en la promoción del uso adecuado del medicamento y farmacoterapia.</li> <li>Cumplimiento de las indicaciones del acuerdo (protocolos de "Medicamentos en la prevención del riesgo cardiovascular", considerando los límites del objeto de Índice Sintético de Calidad de Atención Hospitalaria con los siguientes indicadores:       <ul style="list-style-type: none"> <li>INDEPENDENCIA: Fórmula: % UD que cumplen con UD INDEPENDENCIA (indicador APPROPRIADO 60 mg) con máx. 27 y como 62.</li> <li>INDEPENDENCIA del uso de antiagregación: Fórmula: % DDD 600 días o asociados a DDD de INDEPENDENCIA del uso de antiagregación con máx. 27 y como 62.</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>6) División del 100% de las recetas prescritas en la primera indicación a nivel de Unidad Clínica de Medicina Interna UCMI.</b></p> <p><b>7) Grupos de la adecuación de la prescripción según criterios psicología en el acuerdo (protocolo) para el UCMI "Medicamentos en la prevención del riesgo cardiovascular" mediante auditoría de las áreas asistenciales, con realización de 2 auditorías al año.</b></p> <p><b>8) Durante 2019 ante los Equipos de Atención Primaria como de Medicina Interna UCMI podrán en marcha un programa para la medición de los ingresos evitables por enfermedades crónicas (Tasa de ingresos evitables por condiciones sanitarias a las unidades ambulatorias PO 60). Este programa priorizará en la implementación del PO Atención Primaria Pluripatológicos, y especialmente en los pacientes con insuficiencia cardíaca (Tasa de ingresos por insuficiencia cardíaca congestiva PO 6) y IPOC (Tasa de ingresos por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica PO 5), así como en el PO Cuidados Paliativos. Para ello nos comprometemos a:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Incrementar en un 10 los ingresos programados en la Unidad Clínica de Medicina Interna UCMI.</li> <li>Reducir el número de reingresos por insuficiencia cardíaca y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en la Unidad Clínica de Medicina Interna UCMI.</li> <li>Mejorar la realización de recetas de pacientes pluripatológicos en múltiples consultas médicas utilizando la atención hospitalaria de estos pacientes a través del internista de referencia.</li> <li>Pacientes tratados conjuntamente con cuidadores a través de:       <ul style="list-style-type: none"> <li>Trayectoria conjunta de un plan con cuidadores en el marco del aula de cuidadores de la escuela de pacientes.</li> <li>Ofertar la accesibilidad a diferentes servicios de los cuidadores familiares.</li> </ul> </li> </ul>

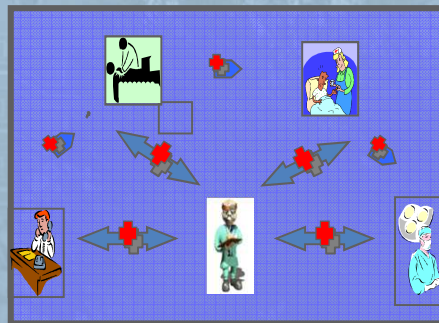
e  
a  
y  
o



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

## Claves del Modelo de Atención Compartida del Proceso Atención a Pacientes Pluripatológicos.

### Adaptar la organización a las necesidades del paciente



- ▶ **Simultanear diariamente Cama/Unidad de día.**
- ▶ **Reforzar la autonomía del profesional.**

**Potenciar la continuidad en la relación médico-paciente**

Hospital Universitario VIRGEN DEL ROCÍO

# GUÍA DEL USUARIO

UNIDAD DE DÍA  
**UCAMI**

Unidad Clínica de Atención  
MÉDICA INTEGRAL

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital General

Virgen del Rocío





Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

## Claves del Modelo de Atención Compartida del Proceso Atención a Pacientes Pluripatológicos.

Incorporación de nuevas herramientas y nuevos roles en los cuidados.

- **Planes de cuidados estandarizados y personalizados para el paciente y la persona cuidadora.**
- **Informe de continuidad de cuidados.**
- **Incorporación de la gestión de caso y planificación del alta.**
- **Acuerdo de colaboración enfermería del Área.**
- **Competencias de educación terapéutica.**
- **Sesiones conjuntas con Atención Primaria.**





Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

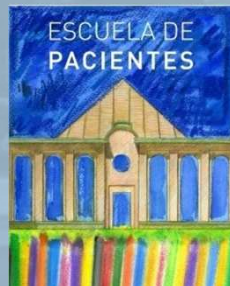
## Claves del Modelo de Atención Compartida del Proceso Atención a Pacientes Pluripatológicos.

Incorporar la educación terapéutica y la estrategia de paciente experto.

### **Talleres a cuidadores**

#### **TALLERES IMPARTIDOS**

- Signos y síntomas de alerta en domicilio.
- Manejo de inhaladores.
- Educación en diabetes.
- Movilización, dieta, higiene.
- Insuficiencia cardiaca.
- EPOC



### **Formación de formadores**



**Aula de cuidadores, Aula de Cuidados Paliativos, Aula de Enfermedad Vascolar.**

Hospitales Universitarios **VIRGEN DEL ROCIO**



## Claves del Modelo de Atención Compartida del Proceso Atención a Pacientes Pluripatológicos.

### Integración de los sistemas de información y herramientas básicas de telemedicina.



- Integración historia clínica Hospital/Primaria.
- Interconsulta no presencial.
- “Muro” del paciente. Mensajería profesionales.
- Teléfono móvil internista referencia.
- Identificación del paciente pluripatológico.
- Módulo de proceso. Valoración integral.
- Sistemas de alertas ante eventos relevantes







## LA UNIDAD CLINICA DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL 2010

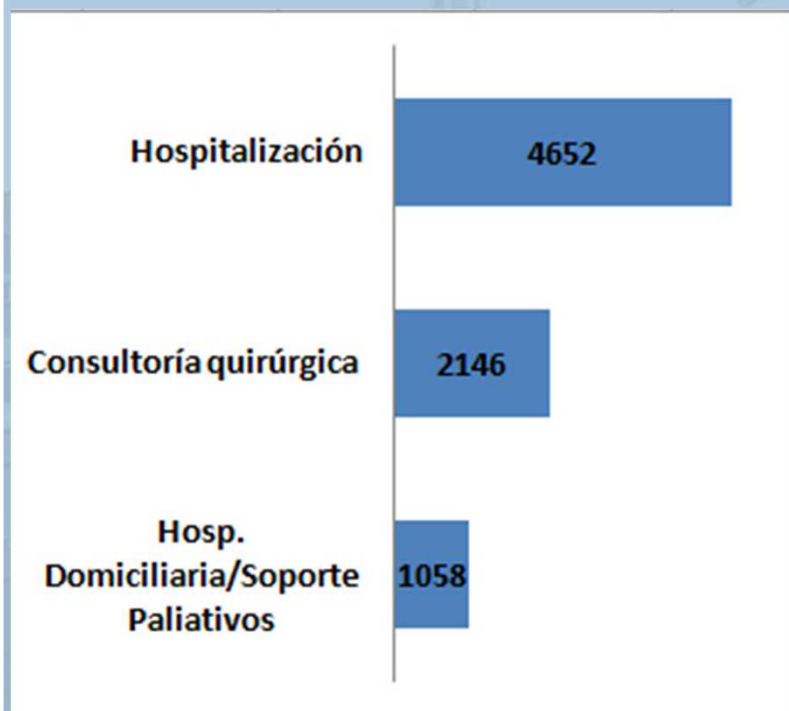
- 102 Camas de agudos.**
- 16 Camas de Soporte de Agudos de Paliativos.**
- 12 Camas Estabilización Clínica (estancias cortas)**
- 6 Camas de cuidados especiales.**
- 5 Equipos de Hospitalización domiciliaria.**
- 6 Equipos de Consultores Intra-hospitalarios**
- 16 Puestos de Hospital de Día.**
- 9 Consultas generales.**
- 4 Consultas monográficas (Autoinmune-minoritarias y Vascular)**



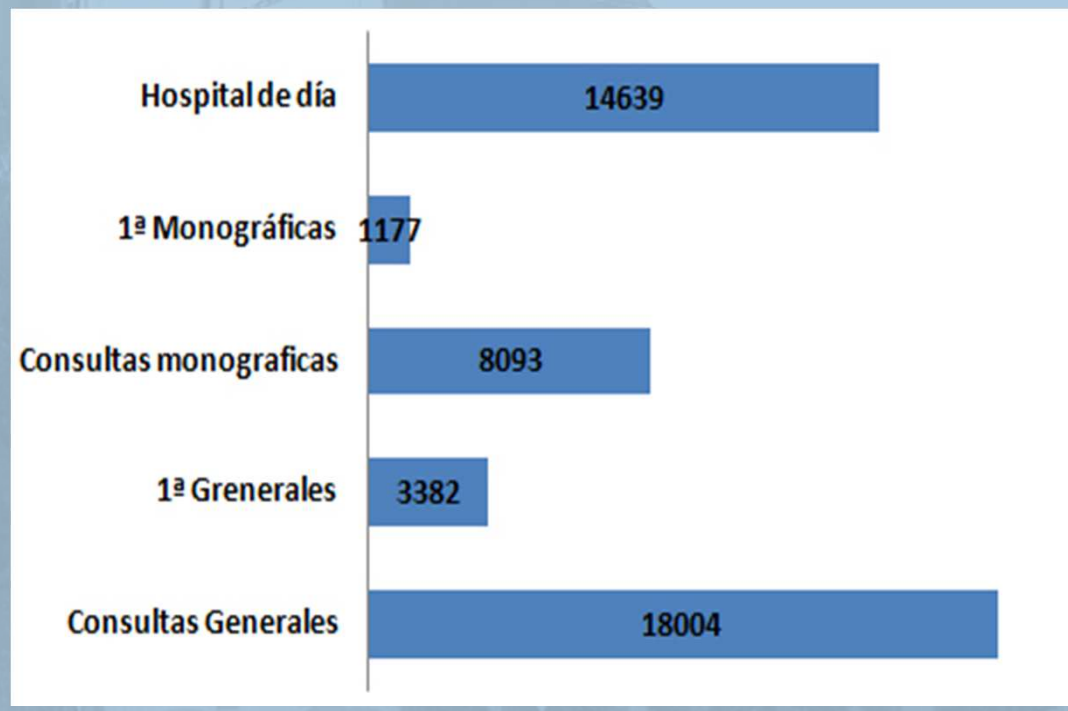
**UCA MI**

# Actividad asistencial de la Unidad de Medicina Interna (UCAMI) 2013

## Área Hospitalización

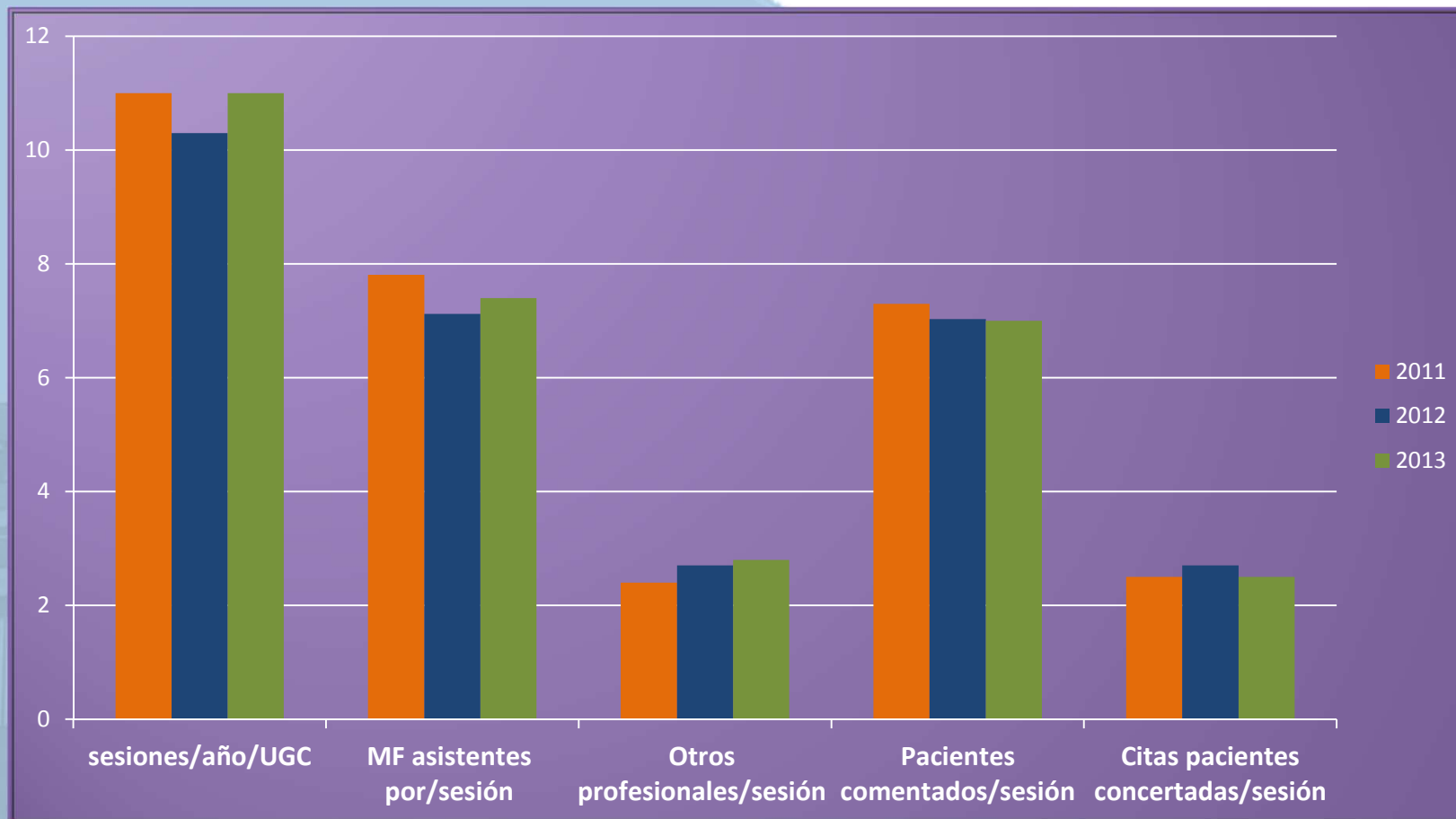


## Área Consultas





## Actividad global de sesiones presenciales Internista de referencia/Equipo de AP



Aprox. 270  
sesiones/años

Aprox. 1.550  
pacientes/año

Aprox. 540 citas/año



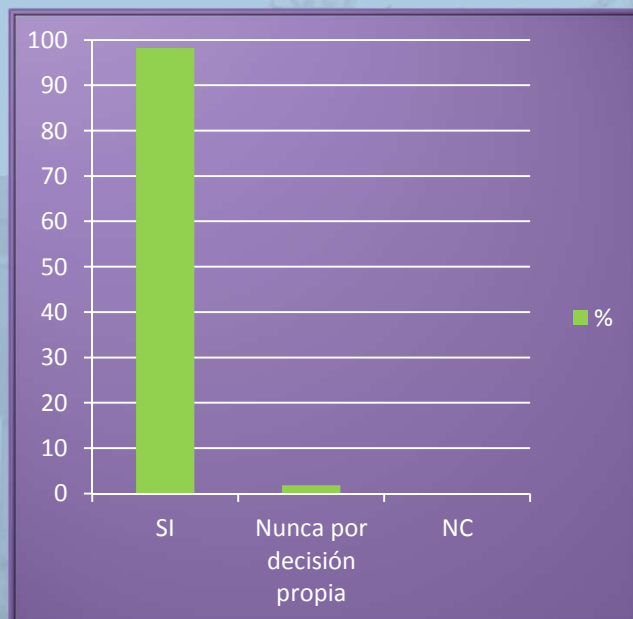


## PROGRAMA DE COLABORACIÓN UGC MI-UCAMI CON ATENCION PRIMARIA

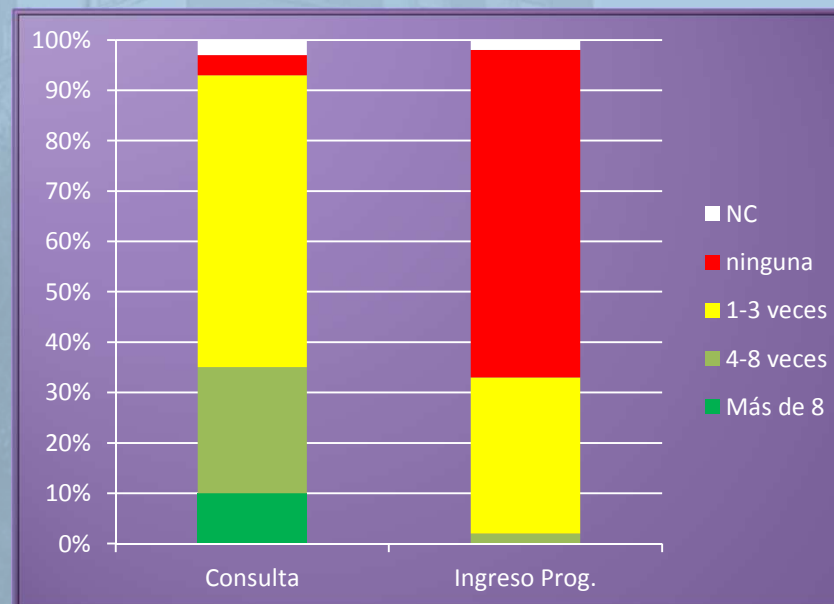
Encuesta de valoración de los profesionales AP febrero 2014

51% Mujeres, 94% personal fijo, 71% 50-60 años

¿Ha contactado alguna vez con su internista de referencia?



Uso del Programa en los 2 últimos meses



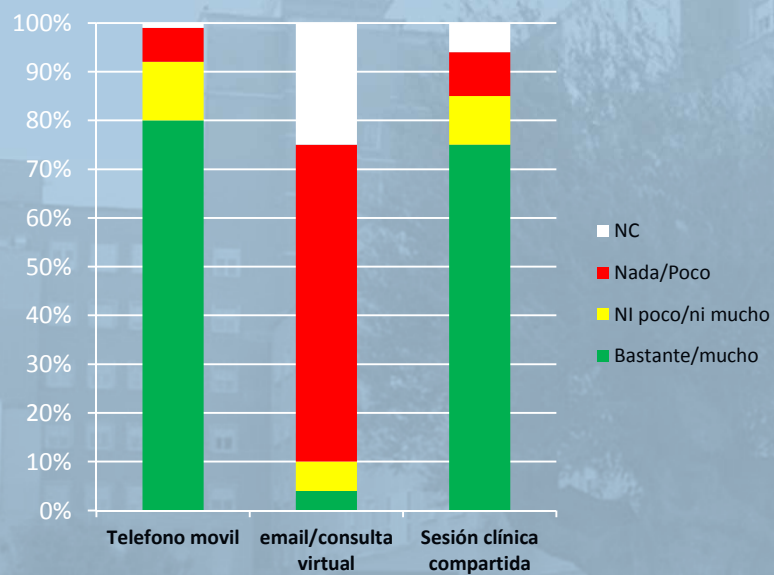
Encuesta a MF de UGCs adscritas al HVRocío Sevilla. Febrero 2014



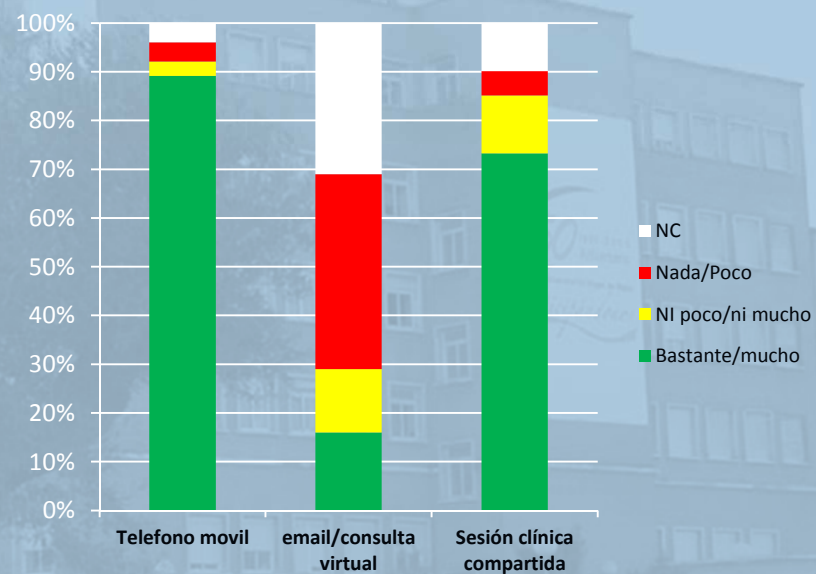
# PROGRAMA DE COLABORACIÓN UGC MI-UCAMI CON ATENCIÓN PRIMARIA

Encuesta de valoración de los profesionales AP febrero 2014

### MODALIDAD DE CONTACTO USADA



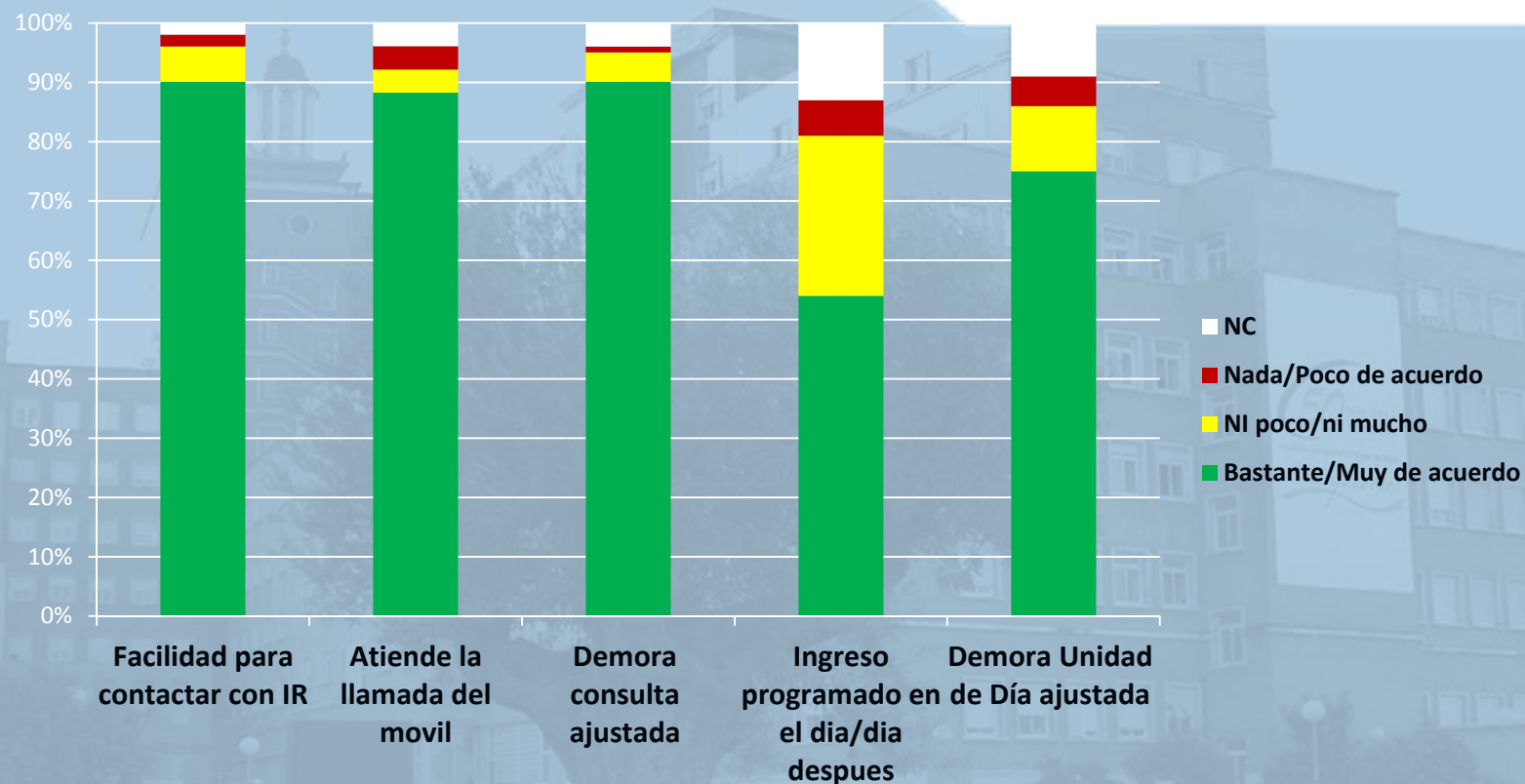
### MODALIDAD DE CONTACTO PREFERIDA



Encuesta a MF de UGCs adscritas al HVRocío Sevilla. Febrero 2014



### ACCESIBILIDAD DEL INTERNISTA DE REFERENCIA (IR)

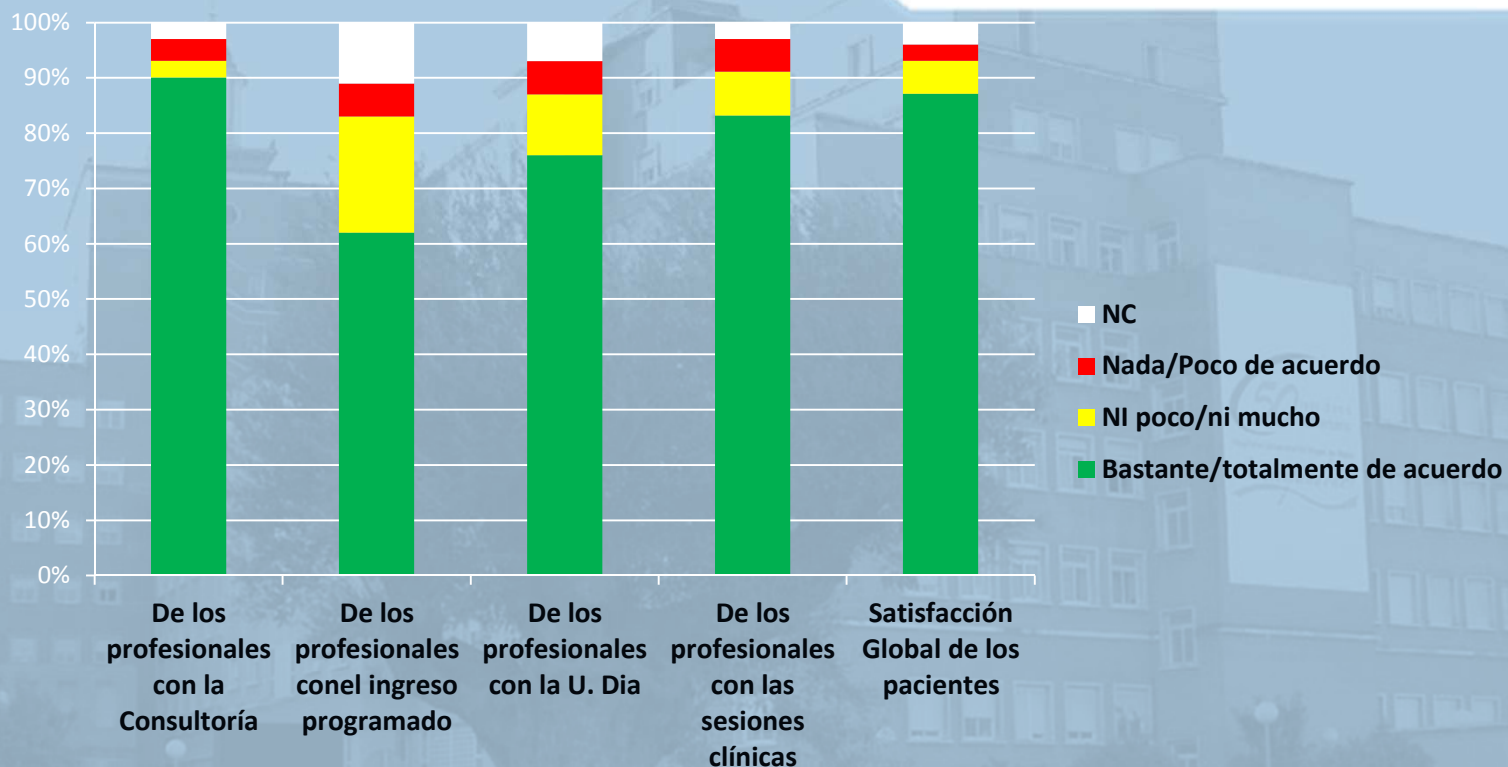


Encuesta a MF de UGCs adscritas al HVRocío Sevilla. Febrero 2014





### SATISFACCIÓN CON EL PROGRAMA



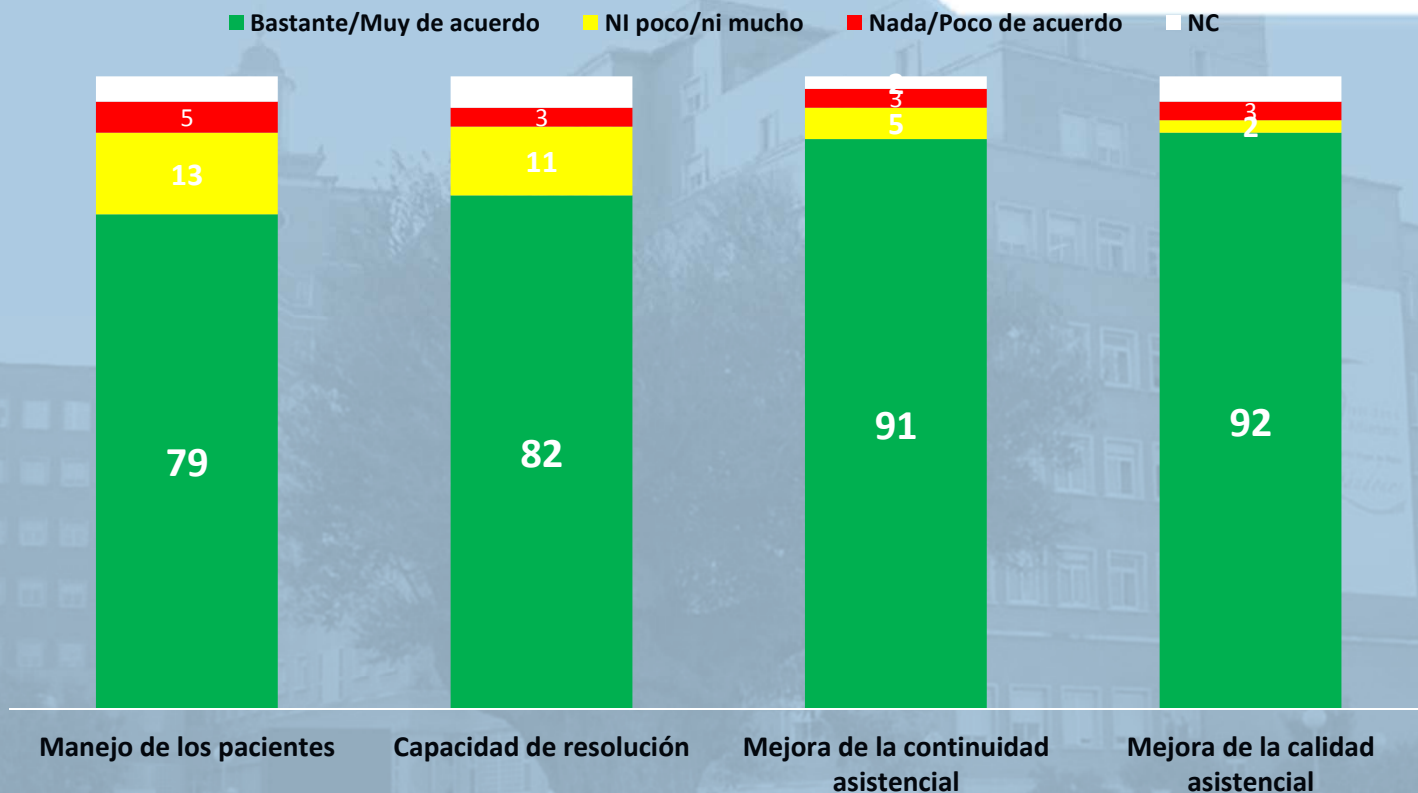
Encuesta a MF de UGCs adscritas al HVRocío Sevilla. Febrero 2014



# PROGRAMA DE COLABORACIÓN UGC MI-UCAMI CON ATENCION PRIMARIA

Encuesta de valoración de los profesionales AP febrero 2014

## APORTACIÓN DEL PROGRAMA



Encuesta a MF de UGCs adscritas al HVRocío Sevilla. Febrero 2014

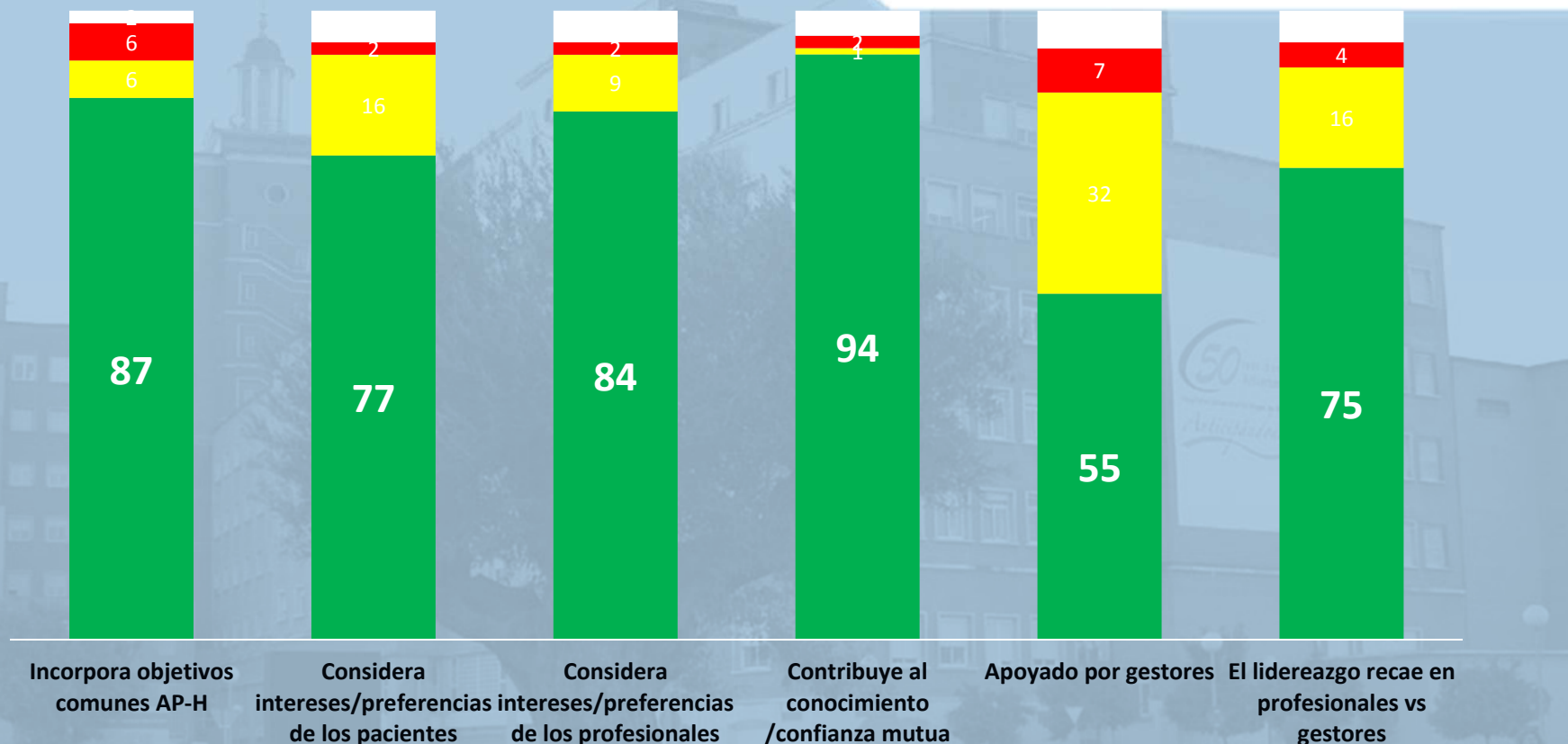


# PROGRAMA DE COLABORACIÓN UGC MI-UCAMI CON ATENCIÓN PRIMARIA

Encuesta de valoración de los profesionales AP febrero 2014

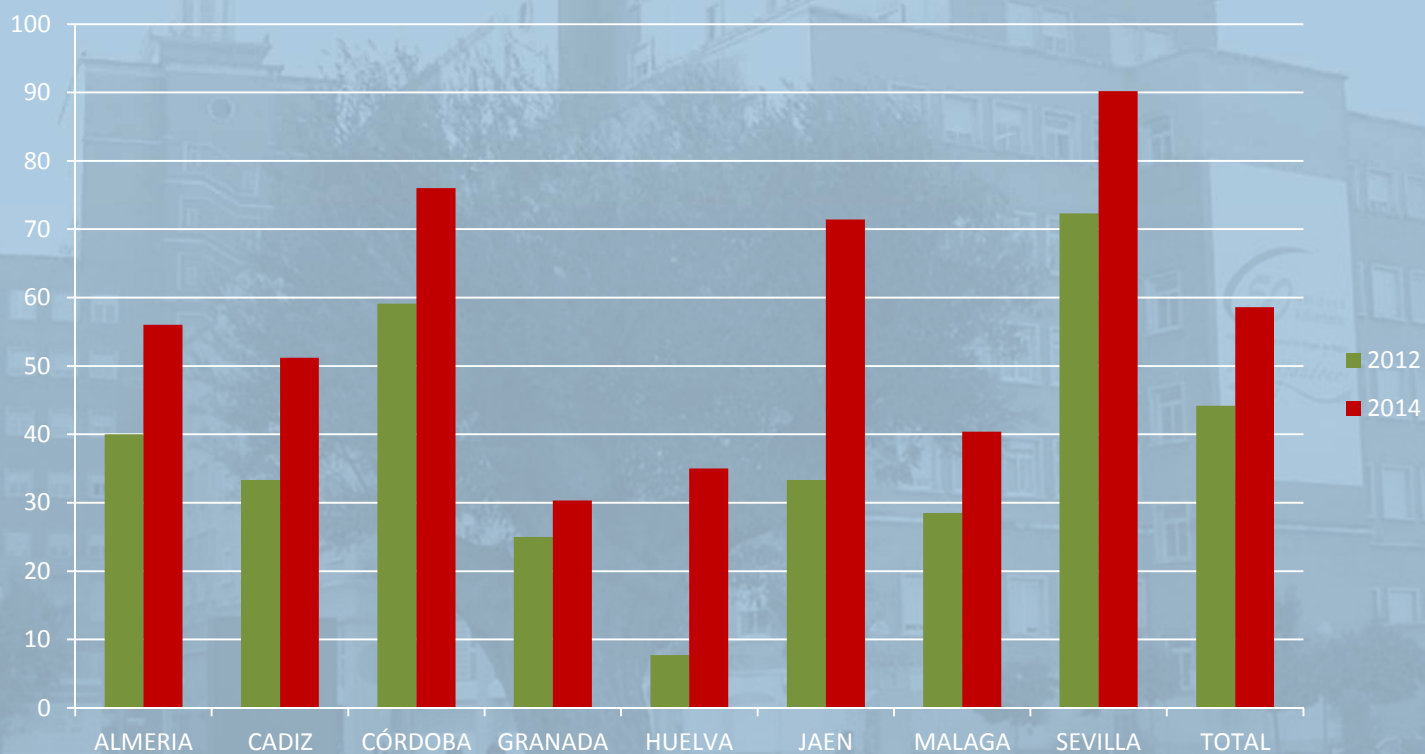
## EVALUACIÓN ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

■ Bastante/Muy de acuerdo   ■ NI poco/ni mucho   ■ Nada/Poco de acuerdo   ■ NC



Encuesta a MF de UGCs adscritas al HVRocío Sevilla. Febrero 2014

## Implementación del Modelo de Atención Compartida en Andalucía por provincias: Evolución 2012-2014

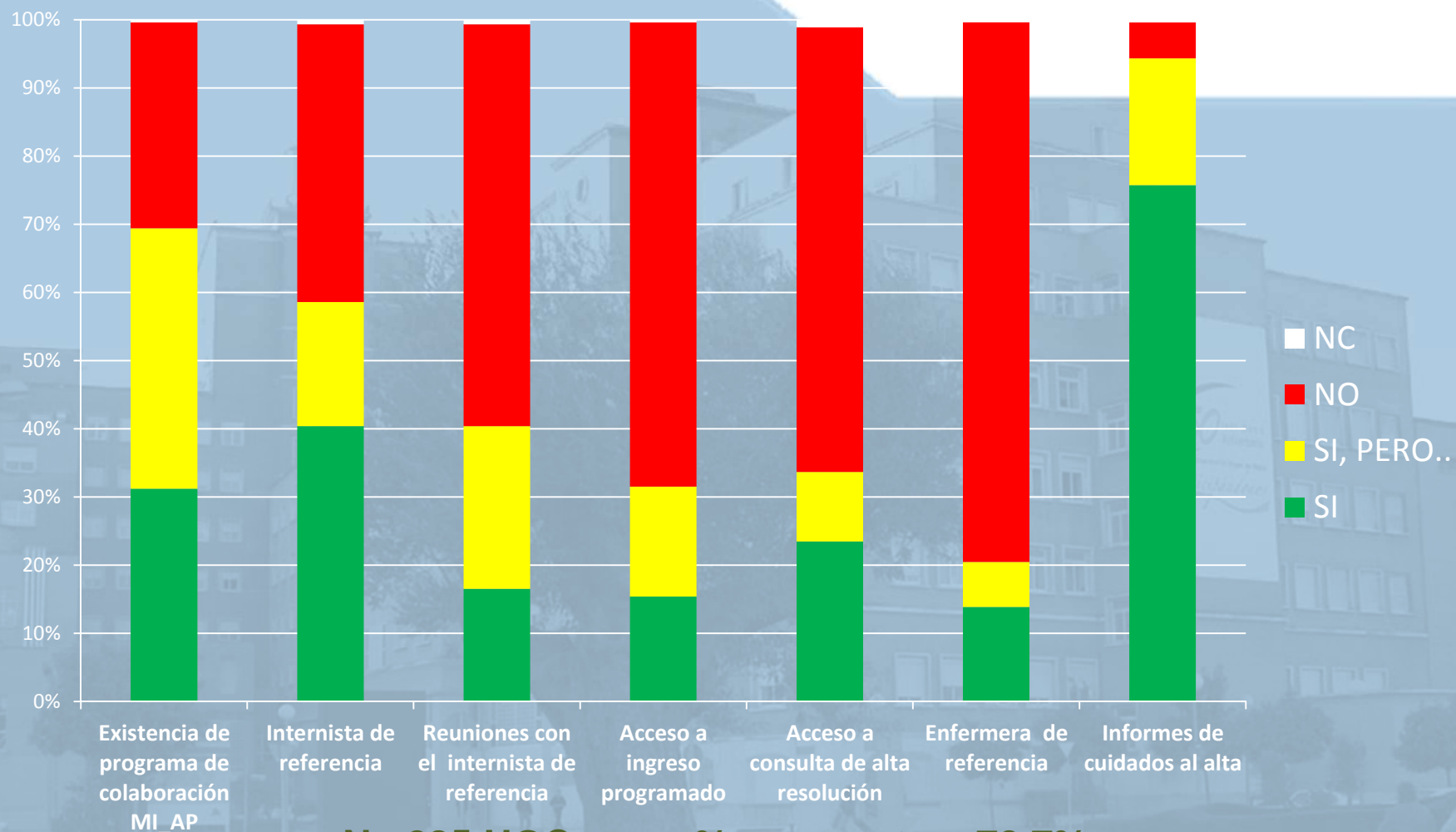


N 2012= 206 UGCs  
N 2013= 285 UGCs





# Implementación del Modelo de Atención Compartida en Andalucía



**N= 285 UGCs**

**% respuestas: 72.7%**



## Evaluación de intervenciones de salud en Pacientes Pluripatológicos.



PROYECTO IMPACTO

[www.p-impacto.com](http://www.p-impacto.com)

# Implantación del Plan de Asistencia Continuada a Pacientes Pluripatológicos. Impacto sobre la evolución natural de la enfermedad, el deterioro funcional y la calidad de vida.

### REFORMULACIÓN DE LA SOLICITUD

#### A. DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE DE LA SUBVENCIÓN.

**NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA ENTIDAD SOLICITANTE:** Fundación Pública Andaluza para la Gestión de la Investigación en Salud de Sevilla  
**CIF/NIF:** G-41918833

#### B. DATOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

**IMPORTE TOTAL DEL PRESUPUESTO: 24.000,00 €**

**Nº EXP. PI-0131**  
**INVESTIGADOR/A PRINCIPAL:** Dª. Dolores Nieto Martin

#### TÍTULO DEL PROYECTO:

Impacto. Implantación del Plan de Asistencia Continuada A Pacientes Pluripatológicos. Impacto Sobre la Evolución Natural de la Enfermedad, el Deterioro Funcional y la Calidad de Vida.



**Investigador Ppal.:** NIETO MARTIN, MARIA DOLORES

**Expte:** PI09/90728

**Centro realización:** HOSPITAL VIRGEN DEL ROCIO

**Centro solicitante:** FUNDACION PUBLICA ANDALUZA PARA LA GESTION DE LA INVESTIGACION EN SALUD EN SEVILLA

**Título del proyecto:**

IMPLANTACIÓN DEL PLAN DE ASISTENCIA CONTINUADA A PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS. IMPACTO SOBRE LA EVOLUCIÓN NATURAL DE LA ENFERMEDAD, EL DETERIORO FUNCIONAL Y LA CALIDAD DE VIDA. PROYECTO IMPACTO

**Duración (años):** 2

ANUALIDAD	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	TOTAL
Personal	0	0	0	
Bienes y Servicios	27.000	2.000	0	
Viajes y Dietas	0	2.000	0	
Subtotal	27.000	4.000	0	31.000,00
21 % gastos generales	5.670,00	840,00	0,00	6.510,00
<b>TOTAL</b>	<b>32.670,00</b>	<b>4.840,00</b>	<b>0,00</b>	<b>37.510,00</b>



### Registro de intervenciones

#### MEDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

1. **Estratificación del riesgo** para planificar el seguimiento.
2. **Evaluación integral, incluyendo clínica, funcional** (Índice de Barthel y Escala de Lawton y Brody), cognitiva (Cuestionario de Pfeiffer), sociofamiliar (Escala de Gijón).

#### INTERNISTA DE REFERENCIA

3. Visita programada **15 días siguientes a la inclusión** en el estudio.
4. Elaborar un **plan terapéutico** personalizado.
5. Disponibilidad por parte IR de **ingresos programados**.
6. **Atención en consulta especializada** por parte del IR.

#### ENFERMERA HOSPITALARIA/PRIMARIA/GESTORA DE CASOS

7. Elaborar un **plan de cuidados** personalizado.
8. **Cursos** para pacientes PP y cuidadores.

#### FARMACEUTICO HOSPITALARIO

9. Evaluar el nivel de **adherencia** al tratamiento en el momento de la inclusión y transcurrido un año.
10. Aplicar algunas de las **medidas** descritas sobre la **adherencia** al tratamiento.
11. **Evaluar la adecuación y conciliación** del tratamiento en el momento de la inclusión del paciente.





PROYECTO IMPACTO

## REDUCCION INGRESOS

• Reducción 41% del número de ingresos

Reducción 52% de los días de ingreso

	12 meses PREVIOS	Tras intervención (12 meses)	p
Número ingresos	1,63 DE1,3	0,96 DE1,76	<0,001
EXCLUYENDO PACIENTES FALLECIDOS (PARA EVITAR SESGOS)			
Número de ingresos	1,53 DE1,27	0,78 DE1,23	<0,001
Días de ingreso	14,46 DE15,43	7,0 DE12,74	<0,001

MEDIA DE INGRESOS PROFUND 1,86



## COMPARACIÓN DE MEDIAS DE SF-12 BASAL Y A LOS 12 MESES DE INTERVENCIÓN. IMPACTO

MEJORA EN LA CALIDAD DE VIDA

### COMPARACION DE MEDIAS DE SF-12 BASAL Y A LOS 12 MESES INTERVENCION

	Media	N	Desviación tip.	Sig. estadística
SUMARIOFISICOS1	32,1952	227	8,91278	p=0,056
SUMARIOFISICOS2	33,3230	227	9,40759	
SUMARIOMENTALS1	43,0493	227	12,39072	p=0,000
SUMARIOMENTALS2	46,3142	227	12,20773	

MEDIA ESPAÑOLA  
> 75A = 47,62  
(DE 9,69)

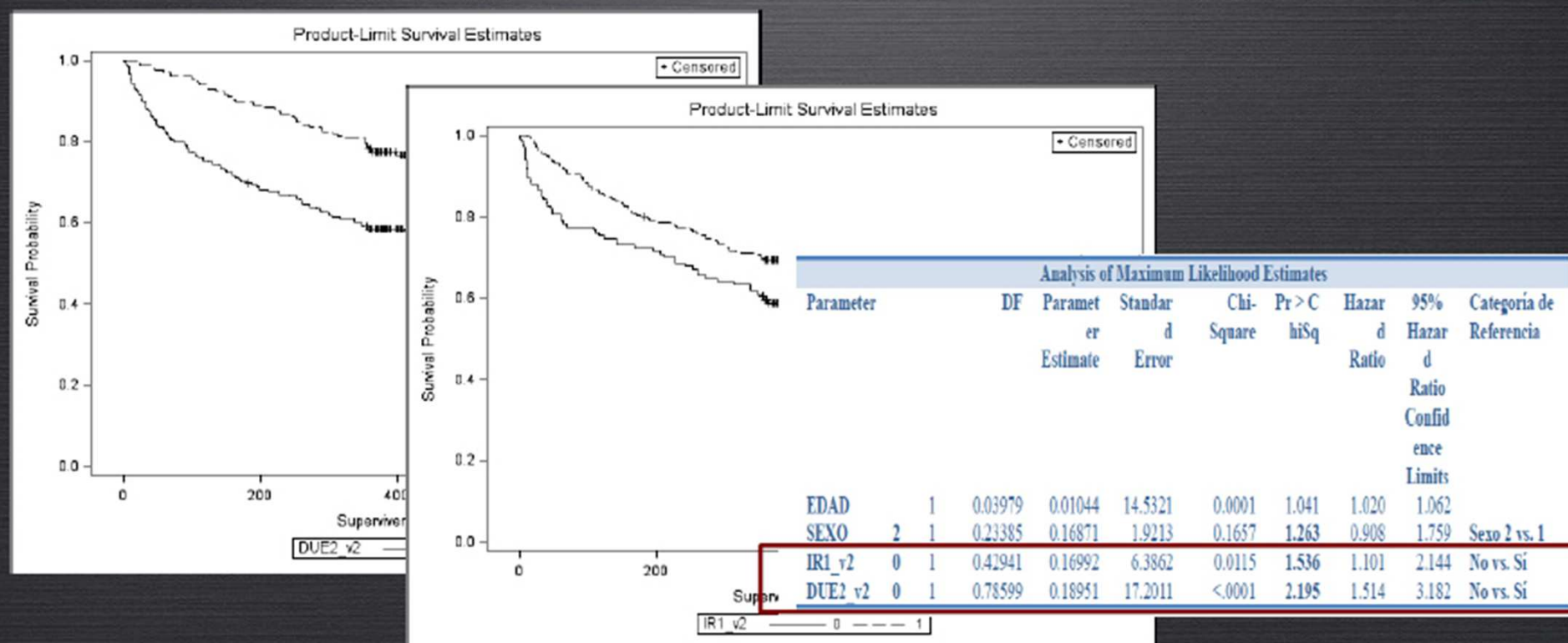
## ANALISIS DE SUPERVIVENCIA A LOS 12 MESES

### Log Rank Test

- a) IR1\_v2: **VISITA PROGRAMADA A LOS 15 DIAS** ( $p= 0.005$ )  
b) DUE2\_v2: **TALLERES CUIDADORES-PACIENTES** ( $p<0.0001$ )

### Cox Regression Model

Se realiza un modelo de regresión de Cox, ajustando por edad y sexo.  
Estas mismas variables son las que resultan significativas



RESULTADOS NO PUBLICADOS





Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD



## Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna (UCAMI). Hospital Universitario «Virgen del Rocío».

