

XIV Reunión de Jefes de Servicio y Unidad de Medicina Interna

Valencia, 27 de septiembre de 2014



Experiencias Prácticas de la Nueva Orientación de la Asistencia a los Crónicos



M. Victoria Egurbide
S. Medicina Interna
Hospital Universitario Cruces

ÍNDICE

Un poco de historia

Dónde estamos?

Dónde queremos llegar?

Dificultades, problemas y soluciones

Algunas conclusiones



Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi

Julio 2010

Osakidetza

EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSAKIDETZA KONTELMU
SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD
Y CONSUMO



**CONFERENCIA NACIONAL
PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE
CON ENFERMEDADES CRÓNICAS**

Sevilla • Jueves 20 de enero de 2011
Salón de Actos del Pabellón de Gobierno
Hospital Universitario Virgen del Rocío

Ciudadanos, Profesionales y Administraciones
Una alianza para el paciente crónico



Oportunidad

Población CAV: 2.175.000

- Araba: 317.352
- Bizkaia: 1.152.658
- Gipuzkoa: 705.698

Dispersión geográfica: media de 90 km





Oportunidad

Estratificación

Historia Clínica “compartida”

Nuevos Roles de Enfermería

Diseño de Rutas Asistenciales



Una oportunidad para Mejorar





Mejorar la Atención a los Pacientes con Enfermedades Crónicas

Mejorar / Establecer Comunicación con Atención Primaria

Evitar una “*Medicina Atolondrada*”

Procesos crónicos

84% del total ingresos en Osakidetza

75% del total recetas en Atención Primaria

63% de las consultas a especialista

58% de las consultas en Atención Primaria

70% del gasto





PLAN DE INTERVENCIÓN POBLACIONAL PARA EL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

Proyecto KAIA

Hospital Gorliz
Hospital Universitario Cruces
Hospital San Eloy
Comarca Uribe
Comarca Ezkerraldea

Junio 2012



KAIA-Muelle: (Del cat. *moll*). Obra de piedra, hierro o madera, construida en dirección conveniente en la orilla del mar o de un río navegable, y que sirve para facilitar el embarque y desembarque de cosas y personas e incluso, a veces, para abrigo de las embarcaciones.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA

El impacto o beneficios esperados de este proyecto son:

- **En los pacientes:** Adecuación y respuesta adecuada a sus necesidades de salud, reducir tanto los ingresos ordinarios como los ingresos urgentes, menos iatrogena, aumento de la autonomía, aumenta la calidad de vida y aumento de satisfacción.
- **En los profesionales:** Reducción de visitas inadecuadas a Urgencias hospitalar, Reconocimiento de profesionales del Hospital Górliz. Asunción por AP del liderazgo en la atención del paciente PPP.
- **En el sistema sanitario:** Eficiencia para una mejor adecuación entre necesidades y recursos.

Factores críticos de éxito

- Cultura enfocada al paciente atendido de forma eficiente e integradora.
- Liderazgo clínico y objetivos comunes entre A. Primaria y A. Especializada
- Historia clínica compartida.

Atención Primaria
eje central

Medicina Interna
servicio de apoyo

Otros servicios de apoyo

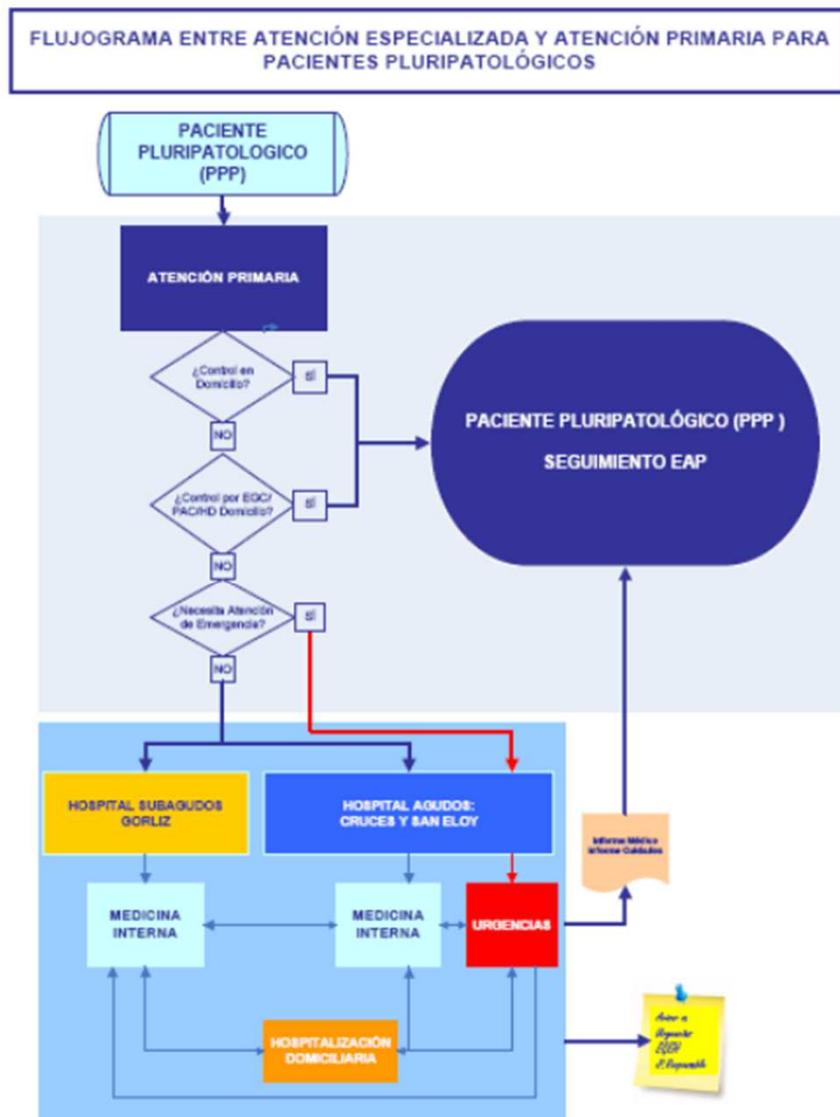
Hospitalización a Domicilio

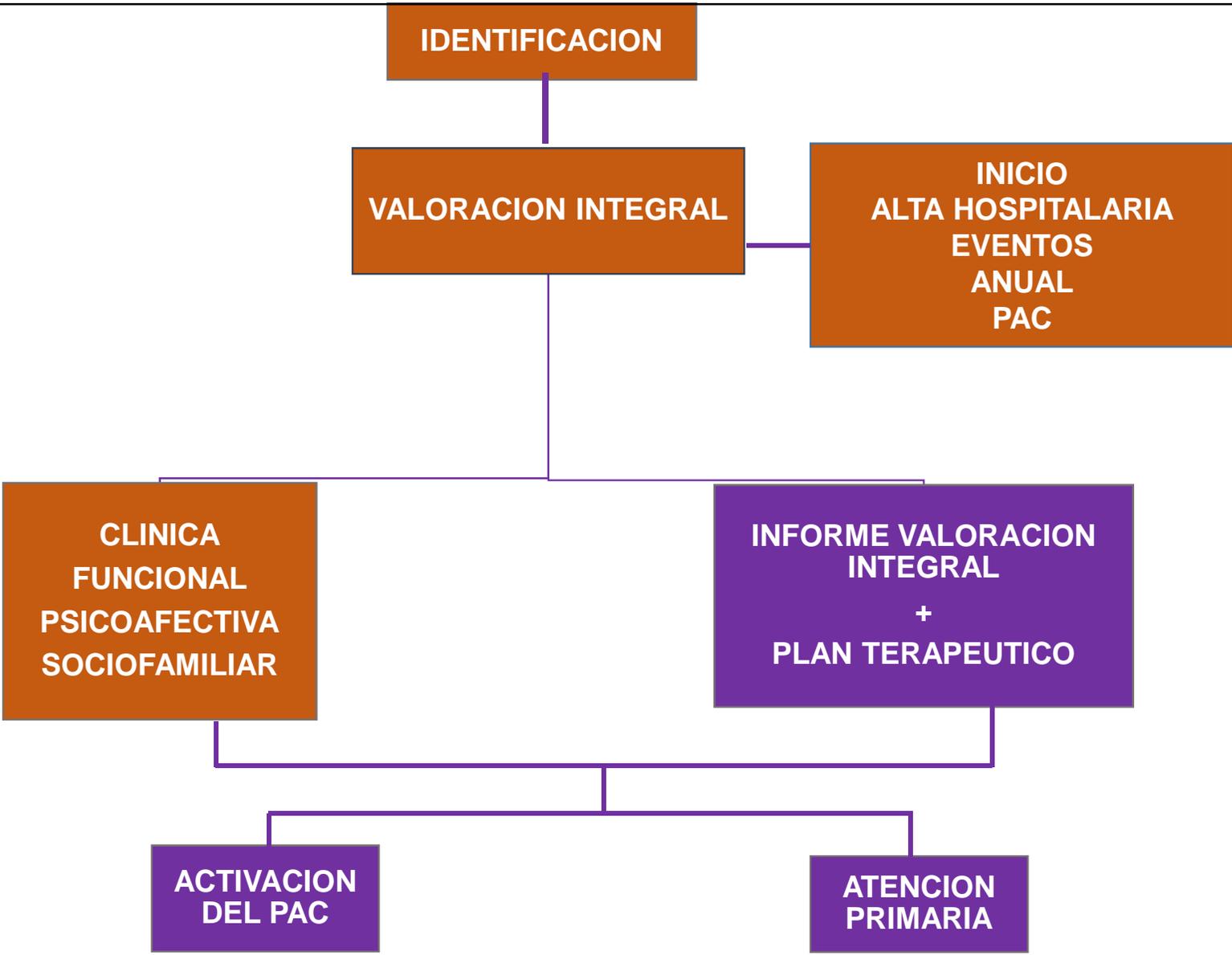
Urgencias

Hospital de Día

Osarean

....





@ 
O-sarean
Osakidetza en red

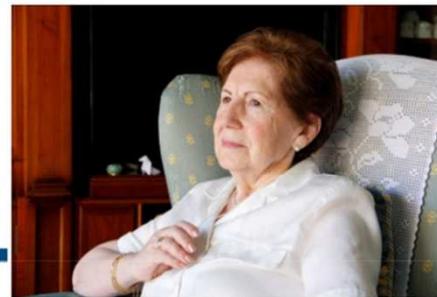
Vitoria- Gasteiz, 29 de junio 2011

Oportunidades salud electrónica



Orain
SERVICIO PÚBLICO DE TELEASISTENCIA DE EUSKADI
betiON

EUSKO INJURIARITZA GOBIERNO VASCO
OSAKIDETZA DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y CONSUMO



TOPAKETA ENCUENTRO

(ETORBIZI)

BERRESBURTZA SOCIO-SANITARIO ERAGINDA EUSKAL FUNDATZIOA
FUNDACIÓN VASCA PARA LA INNOVACIÓN SOCIO-SANITARIA

2012. URRIAREN 8-10
8-10 OCTUBRE 2012
PALACIO
EUSKALDUNA
JAUREGIA
BILBAO

1 año del Servicio de Telesistencia del Gobierno Vasco



Euskaliko Telegaituzte Zerbitzu Publikoa | betiON
Servicio Público de Telesistencia de Euskadi



Algunos resultados de Proyectos Piloto



Atención al paciente con TELE-EPOC OSI Galdakao-Interior

Se demuestran diferencias estadísticamente significativas en el **número de ingresos hospitalarios**. Pasa de una media **de 2.78** ingresos al año en el periodo preintervención a **0.94** en el periodo postintervención

Se demuestran diferencias estadísticamente significativas en el **número de asistencias en Urgencias Hospitalarias sin ingreso**. Pasa de **0.88** atenciones al año en el periodo preintervención a **0.41** en el periodo postintervención.

- **Satisfacción:**

- Comparado con antes diría usted que ahora el control de su enfermedad es Algo-mucho mejor : 94.1%
- Dificultad en el uso de la PDA Un poco-nada difícil: 94.1%
- ¿ Cómo de satisfecho se encuentra con el programa?
Bastante-Muy satisfecho : 100%

- **111 pacientes incluidos**
- 88% Hombres.
- Edad media 71,2 años.
- Fumadores activos 13%.
- I. Charlson 3.5
- FEV1: 43,6%
- Oxigenoterapia 55.9%
- Nº fármacos que toman: 11.3
- Disnea (escala MRC): 2.3
- Estado de salud regular-malo: 75%

**Area Integrada Bilbao
Proyecto TELBIL**

**Un año de experiencia en Atención Primaria con
telemonitorización de pacientes crónicos domiciliarios
Nº de pacientes : 50**

RESULTADOS

- Reducción de ingresos específicos: 27%
- RR: 0,662 ingresos por cualquier causa a favor del Grupo de Intervención
- 2,5 días menos de estancia en cada ingreso (9,6 versus 12,2 días)
- Escala de situación funcional: mejor en pacientes del Grupo e Intervención

Area Integrada de Bilbao
Proyecto TELBIL + T

RESULTADOS (Julio 2013)

Pacientes : 42

Patología principal : IC (también EPOC y PPP)

Consumo medio de medicamentos : 12

Ingresos medios por paciente (pre intervencion) : 1,33

Ingresos medios (post telemonitorizacion) : 1

Visitas a urgencias (pre intervencion) : 0,46

Visitas a urgencias (post telemonitorizacion) : 0,30

Estancia Media Hospitalaria (pre intervencion) : 12,35

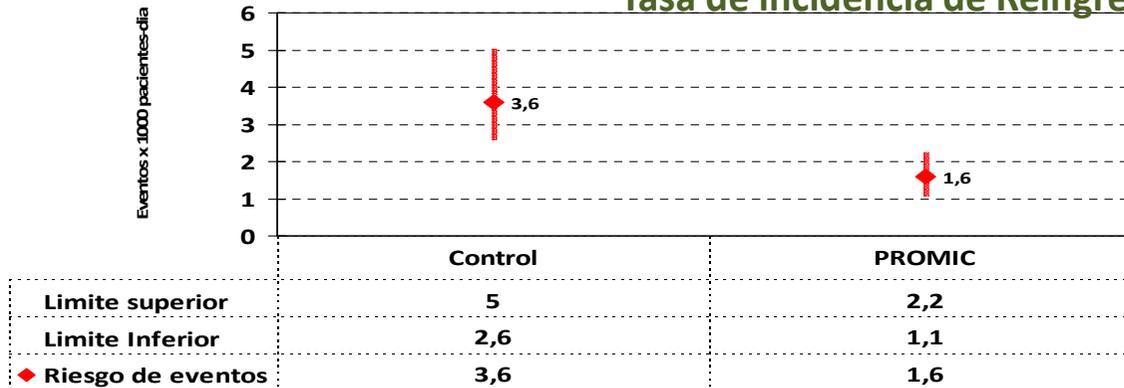
Estancia Media Hospitalaria (post telemonitorizacion) : 4,83

A. Primaria : Descenso del nº de consultas telefonicas (9,7 a 4,7), avisos domiciliarios por medico (de 2,9 a 1,06) y avisos domiciliarios por enfermeria de 6,7 a 1,8)

Atención al paciente con insuficiencia cardíaca (PROMIC) OSI Galdakao-Usansolo-Interior

Pacientes: 156 en el grupo de intervención y 129 en el grupo control

Tasa de incidencia de Reingreso



Razón de tasas de REINGRESOS: 0.44 IC95%: 0.32-0.6 p<0,00001)

- ✓ Se produce una **reducción relativa del riesgo instantáneo de reingreso de 44%** en el grupo PR♥MIC con respecto al grupo control
- ✓ Número necesario de tratar considerando el tiempo (NNT): 7
- ✓ **Para evitar un evento debemos tratar a 7 pacientes** (IC 3-10)

Atención al paciente con insuficiencia cardíaca (PROMIC) OSI Galdakao-Usansolo-Interior

- ❖ **Reduce significativamente el riesgo de reingreso** comparado con el grupo control
- ❖ **Mejora en la calidad de vida** de los pacientes
- ❖ **Mejora el conocimiento de la IC para practicar autocuidados**
- ❖ Mejora la **continuidad de la atención al paciente en su entorno**
- ❖ Promueve la **integración de cuidados** entre ámbitos asistenciales
- ❖ Potencia el papel de las **enfermeras clínicas** en la **gestión de cuidados**



CONCLUSIONES

- Mejoría estadísticamente significativa en la **Hb. Glic.**
- Mejorías significativas en el **peso** de la población
- Se ha constatado una **menor utilización de recursos sanitarios**, especialmente en el uso de la **Urgencia Hospitalaria y en la utilización de Consultas Externas.**
- intervenciones, que **se mostraron útiles y fácilmente replicables**, para ser utilizadas por el resto de las UAP:
 - Plan de Autocuidado del paciente
 - Formación de formadores y formación grupal de pacientes
 - Plan de Cuidados Compartidos
 - Papel de la AE como consultor de la AP (consultas no presenciales, sesiones conjuntas)



Unidad de pacientes frágiles y convalecientes del H. Donostia:
“Proyecto sobre pacientes que reingresan con patología crónica
agudizada”

RESULTADOS

Patologías incluidas: I.C. y EPOC: 300 pacientes

- Cumplimiento terapéutico del 97,9%
- Reducción de 60,7% en número de ingresos
- Reducción del 77% de visitas a urgencias

Asistencia integrada a la reagudización en C. Gerontológicos en Gipuzkoa. Hospital Donostia-Residencias gerontológicas

RESULTADOS

- Nº de pacientes: 1.063 (455 G. experimental y 608 G. control)
- Tasa de ingresos por 1000 días: reducción de 6,86 días a 4,4 días
- Tasa de días de ingreso en HaD por 1000 días: aumento de 0,18 días a 2,10 días
- Reducción del nº de visitas al Servicio de Urgencias: de 284 días a 120 días

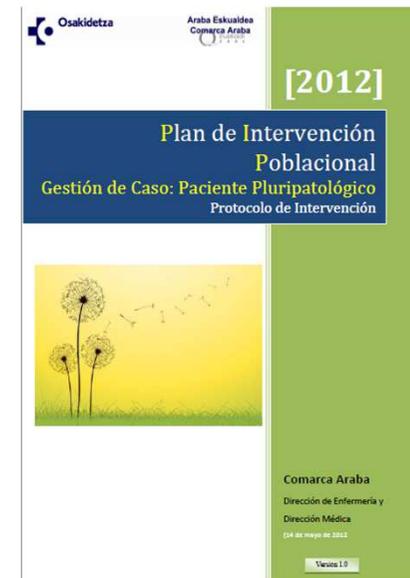
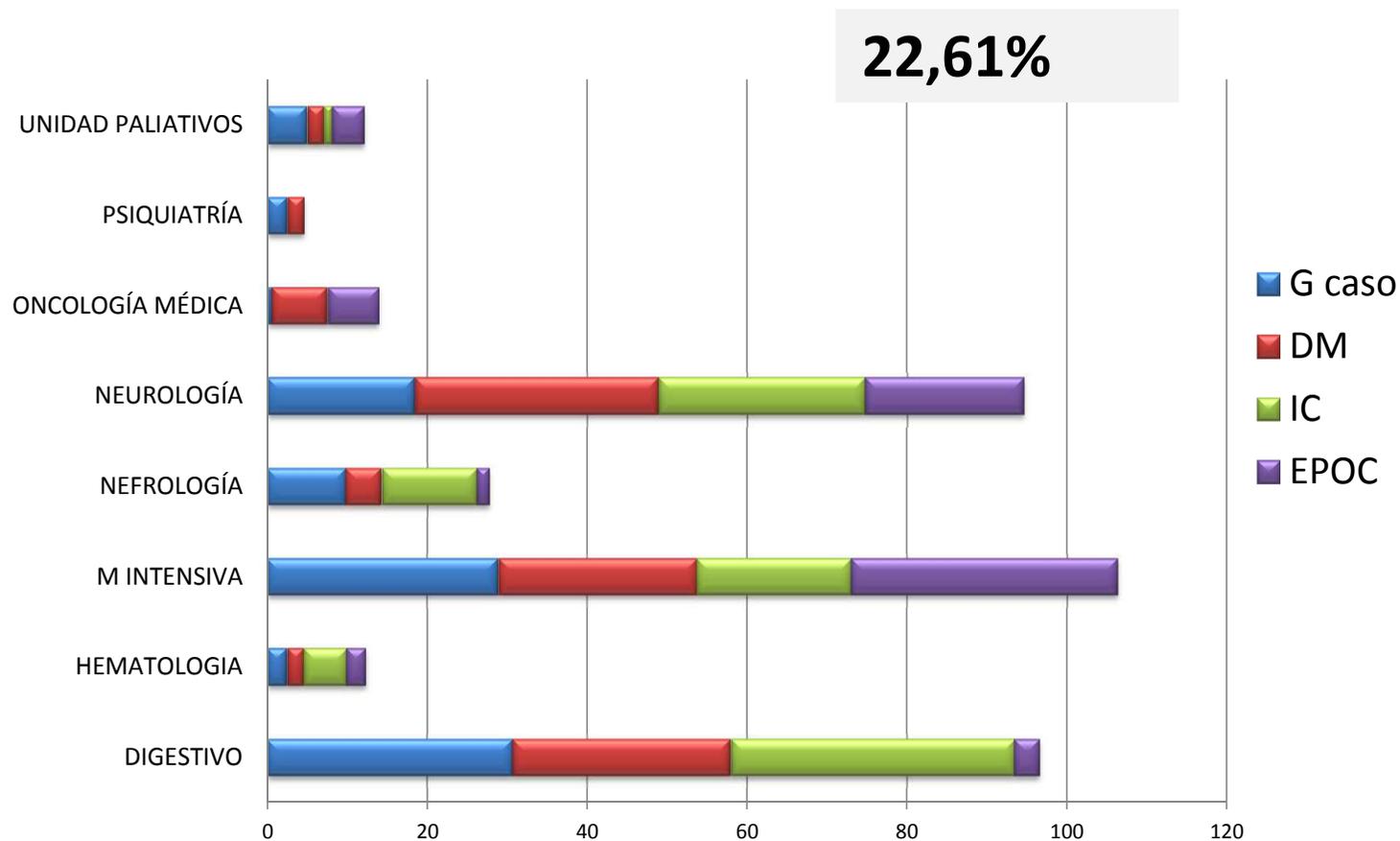
Plan de Atención Integrada en Euskadi

OSI Bidasoa. Resultados conseguidos en atención paciente Pluripatológico



- Nº pacientes: 343 total; 211 inclusión mas de 1 año
- Disminución del **gasto de farmacia** de AP y del gasto inducido
- Disminución del 52% de las C. Externas Medicas
- En relación a los **pacientes pluripatológicos**:
 - Disminución ingresos: 38%
 - Disminucion de estancias : 38%
 - Disminución visitas a urgencias: 31%
- Desde el punto de vista de los **profesionales**:
 - Aumento del grado de colaboración entre AP y AE a través de la encuesta D´Amour (anexo 3.1)
 - Asistencia a pacientes post integración: 74,3% de profesionales cree que ha mejorado

Ingresos en otros servicios médicos

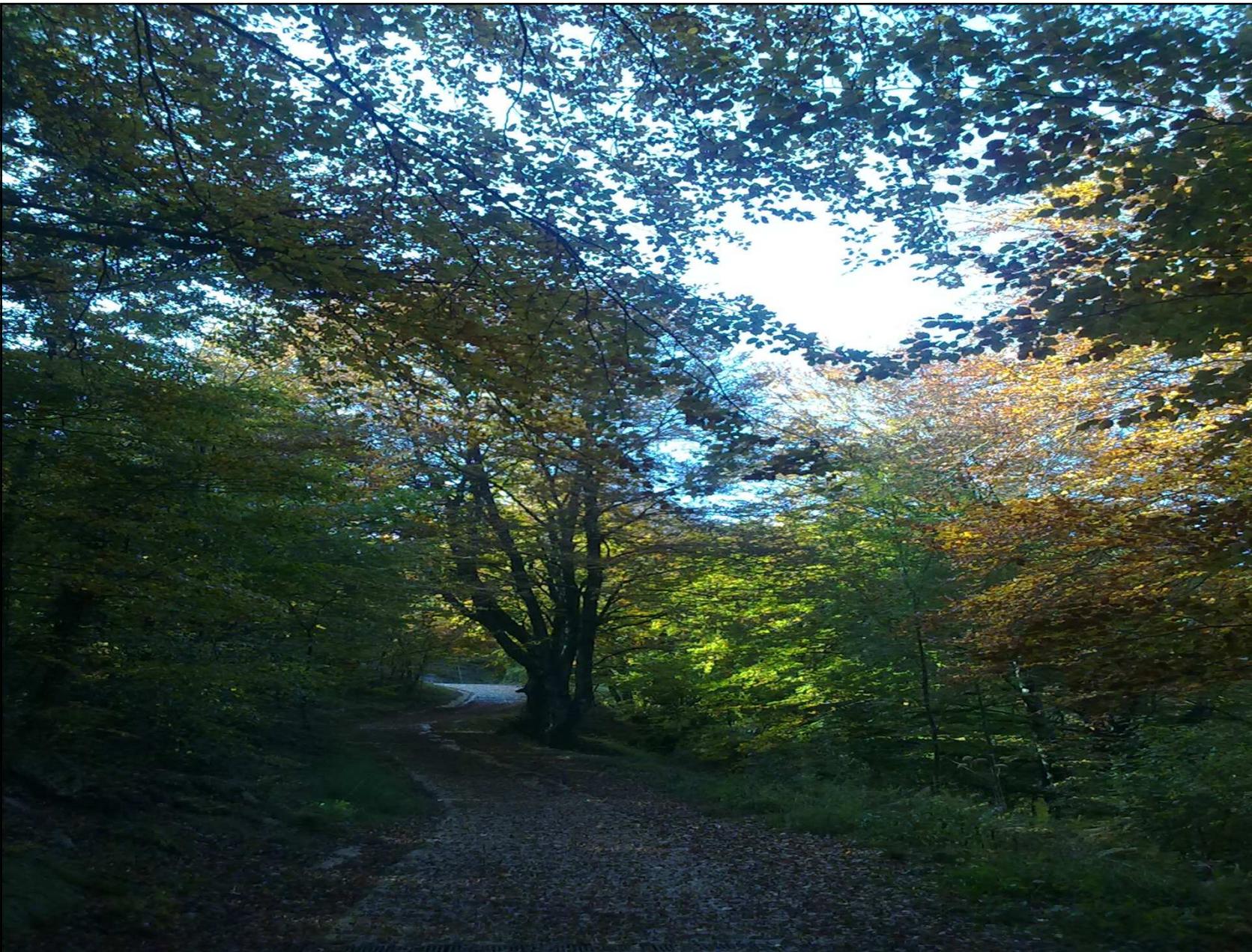


Dónde estamos?



Dónde estamos?





El camino recorrido

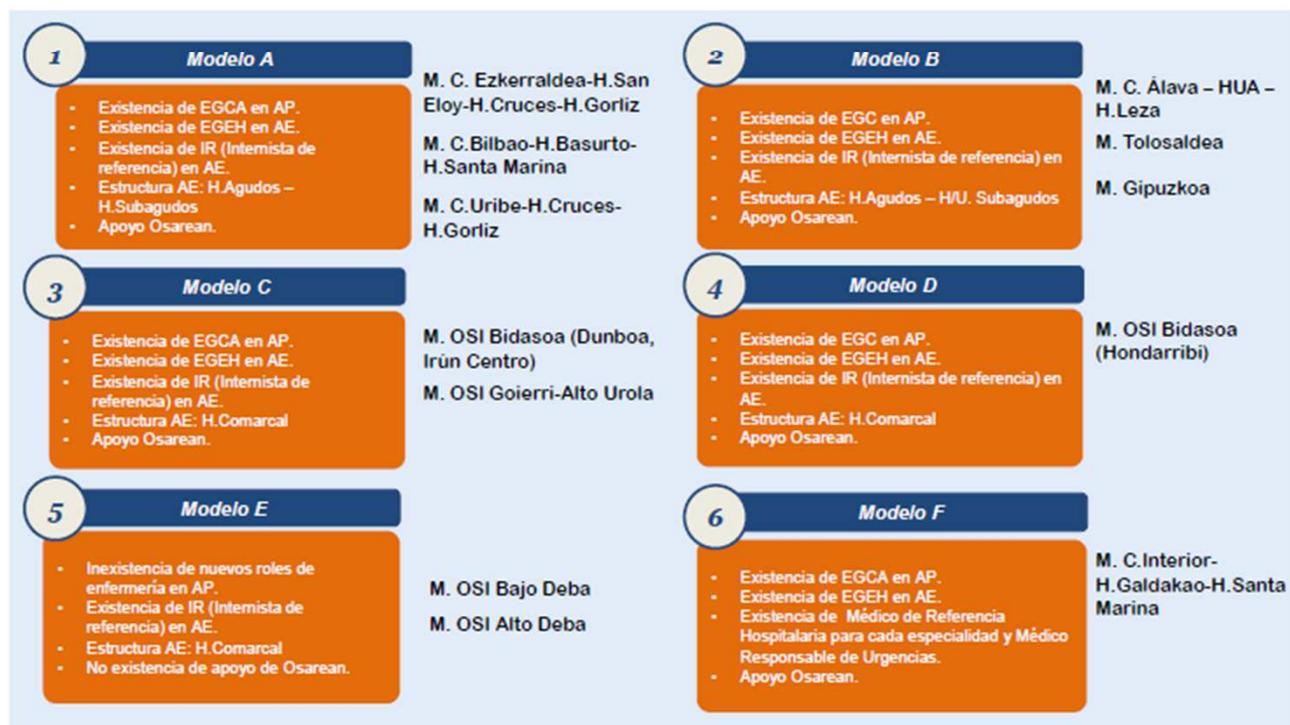
11 Organizaciones : 4 OSIs y 7 ámbitos locales integrados a través del contrato programa

1. **Bilbao:** C. Bilbao + H. Basurto + H. Sta. Marina
2. **Uribe:** C. Uribe + H. Gorliz + H. Cruces
3. **Ezkerraldea:** C. Ezkerraldea + H. San Eloy + H. Cruces
4. **Interior:** C. Interior + H. Galdakao-Usánsolo
5. **Araba:** C. Araba + H.U. Araba + H. Leza
6. **Donostia:** C. Gipuzkoa Este + H.U. Donostia
7. **Bidasoa:** H. Bidasoa + C.S. Irún + C.S. Dumboa + C.S. Hondarribia
8. **Goierrri-Alto Urola:** H. Zumarraga + Sub. Goierri
9. **Bajo Deba:** H. Mendaro + Sub. Bajo Deba
10. **Alto Deba:** H. Alto Deba + Sub. Alto Deba
11. **Gipuzkoa:** Sub. Tolosaldea + C. La Asunción



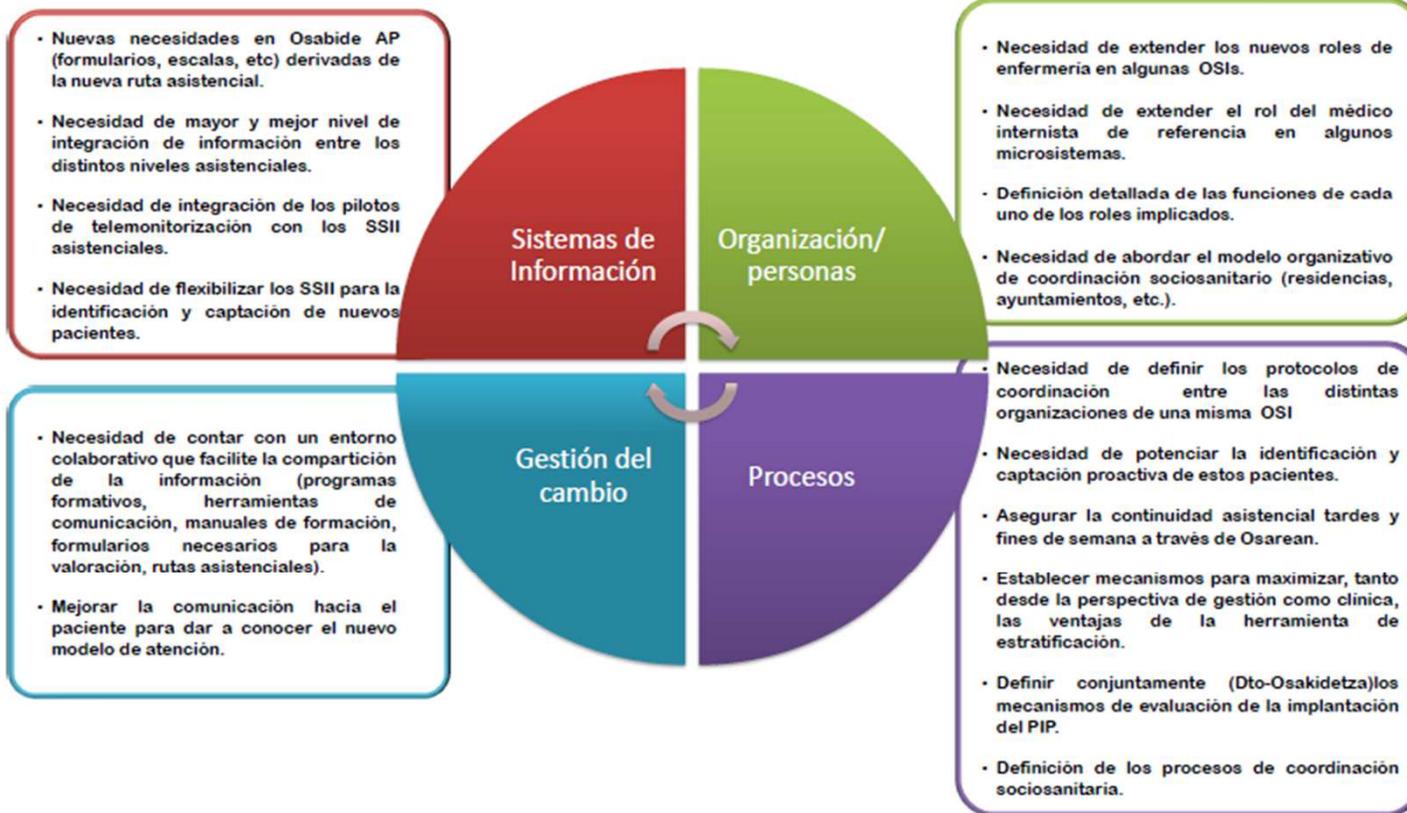
Una vez analizados los 11 ámbitos locales se han identificado 6 modelos de atención al paciente pluripatológico en base a criterios organizativos (nuevos roles de enfermería, médico internista de referencia, etc.) y en base a la estructura de atención especializada (hospital de agudos, subagudos, comarcal, etc.):

MODELOS DE ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO EN LA CAPV



Principales conclusiones: Visión global de la situación y principales aspectos de mejora identificados

Los aspectos de mejora identificados en el conjunto de las organizaciones analizadas son :



Estado de avance

Mayo 2013

RUTA PLURIPATOLÓGICO

Informe SIAC



El grado de implantación de la Ruta Asistencial (1) y algunos de sus elementos fundamentales en el paciente pluripatológico en cada una de las 11 organizaciones es el siguiente:

	O. Sanitaria Integrada	Nuevos roles enfermería	Modelo Internista de Referencia	Puesta en marcha Ruta asistencial (1)	Adaptación de los SSII a los nuevos procesos	Telemonitoreización	Coordinación Socio-sanitaria	Existencia Hospital / Unidad Subagudos
Alava	C. Alava-HUA-H. Leza	●	●	●	●	●	●	✓
	C. Bilbao-H. Basurto-H. Santa Marina	●	●	●	●	●	●	✓
Bizkaia	C. Interior-H. Galdakao-H. Santa Marina	●	● (2)	●	●	●	●	✓
	C. Uribe-H. Cruces-H. Gorliz C. Ezkerraldea-H. San Eloy-H. Cruces- H. Gorliz	●	●	●	●	●	●	✓
Gipuzkoa	OSI Bidasoa	●	●	●	●	●	●	
	OSI Gipuzkoa	●	●	●	●	●	●	✓
	OSI Tolosaldea	●	●	●	●	●	●	✓
	OSI Alto Deba	●	●	●	●	●	●	
	OSI Bajo Deba	●	●	●	●	●	●	
	OSI Goierri Alto Urola	●	●	●	●	●	●	

(1) Se refiere al grado de implantación de la nueva ruta asistencial en cuanto a definición e implantación de los nuevos procesos (no se refiere a despliegue geográfico y tampoco al número de pacientes atendidos en base a la nueva ruta asistencial).

(2) En este microsistema no existe un médico internista de referencia para el paciente pero sí existe el rol de Médico de Referencia Hospitalario.

**EVOLUCIÓN EN EL
DESPLIEGUE DEL
PLAN DE INTERVENCIÓN
POBLACIONAL EN EL
PACIENTE PLURIPATOLOGICO.**

Abril 2013

ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS	PACIENTE PLURIPATOLÓGICO (PPP) PPP	
	OCT. /12	ABR./13
1	●	●
2	●	●
3	●	●
4	●	●
5	●	●
6	●	●
7	●	●
8	●	●
9	●	●
10	●	●
11	●	●

Líneas estratégicas y planes de acción

Osakidetza

2013 • 2016



De este modo, el marco de actuación para 2013-2016 propone las siguientes líneas estratégicas.

- LAS PERSONAS: EJE CENTRAL DEL SISTEMA DE SALUD
- RESPUESTA INTEGRADA A LA CRONICIDAD, VEJEZ Y DEPENDENCIA
- GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA
- PROTAGONISMO E IMPLICACIÓN PROFESIONAL
- POTENCIAR LA INVESTIGACIÓN Y LA INNOVACIÓN



KRONIK GUNE»

CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN CRONICIDAD



PaSQ European Union Network for Patient Safety and Quality of Care



La integración como elemento clave para avanzar ante el reto de la cronicidad



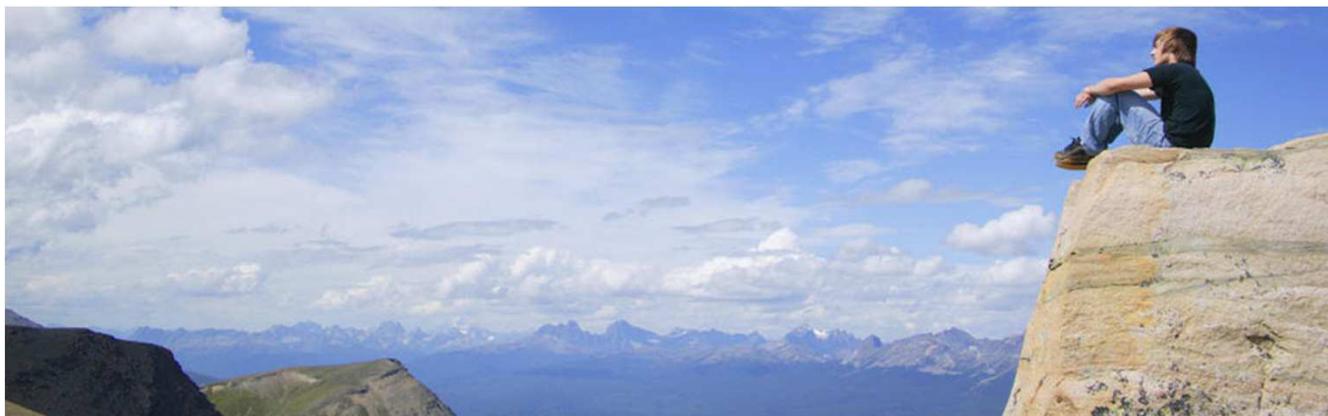


Dónde queremos llegar?

Progresar y Transformar



Osakidetza



Todo lo dicho es cierto, pero.....





ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS	PACIENTE PLURIPATOLÓGICO (PPP) PPP	
	OCT. /12	ABR./13
1	●	●
2	●	●
3	●	●
4	●	●
5	●	●
6	●	●
7	●	●
8	●	●
9	●	●
10	●	●
11	●	●



Dificultades y Problemas I

Definición PPP

hablamos todos del mismo paciente?

Estratificación

criterios de inclusión/exclusión

Información compartida

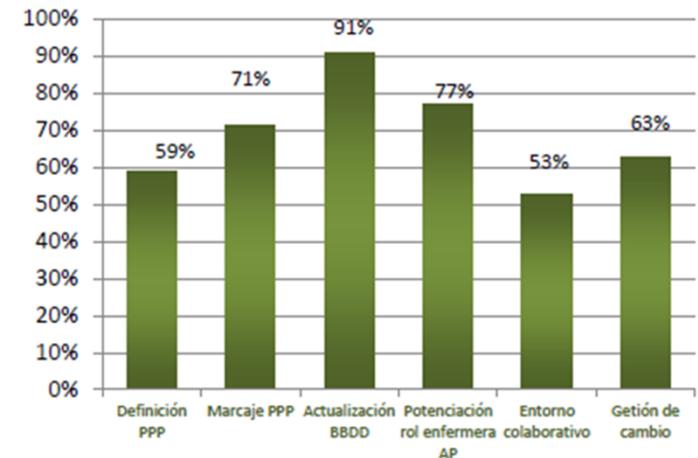
Escenarios diferentes OSIs/tipología de hospital/...

Recursos asimétricos

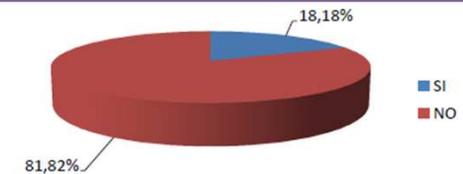
TICs

Presión / Resultados inmediatos

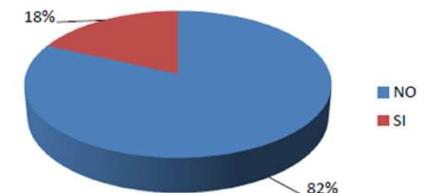
Elementos críticos



Utilidad para clínicos y gestores del Índice Predictivo (IP) y la herramienta de estratificación en general



Tele-monitorización



Dificultades y Problemas II

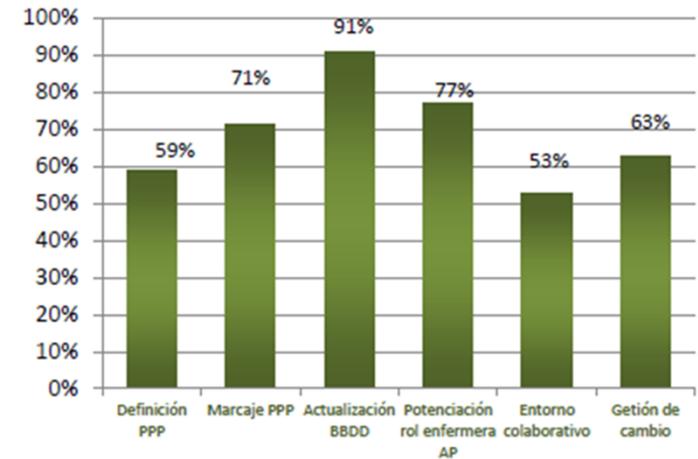
Medicina Interna - Servicio de apoyo
- Protagonismos / Compromisos

Otros Especialistas - Reticencias
- Pérdida de "poder"

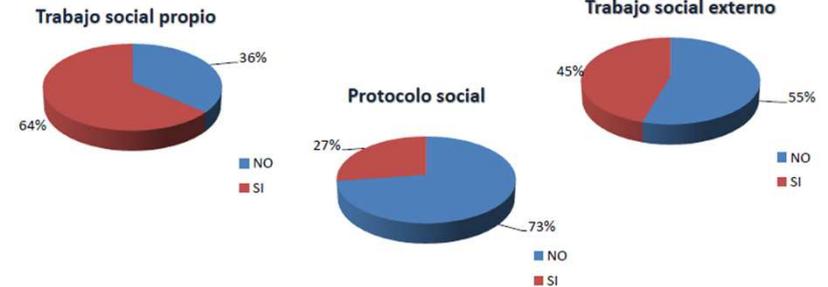
Enfermería – Acoplamiento de nuevos roles

Hospitales de Subagudos – Moridero

Elementos críticos



Coordinación socio-sanitaria



Dificultades y Problemas II

Medicina Interna - Servicio de apoyo
- Protagonismos / Compromisos

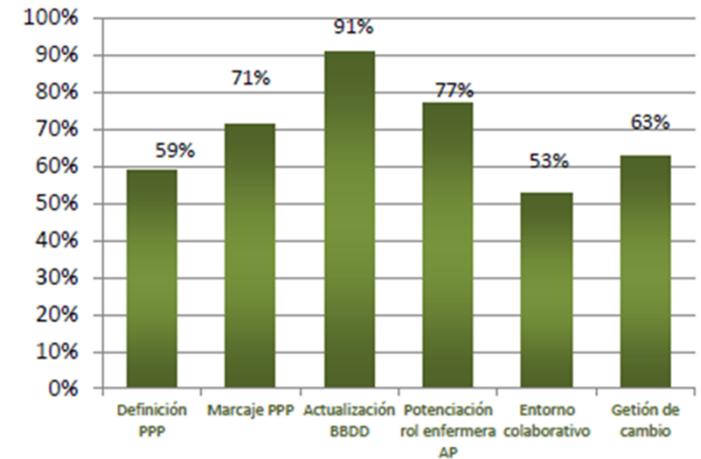
Otros Especialistas - Reticencias
- Pérdida de "poder"

Enfermería – Acoplamiento de nuevos roles

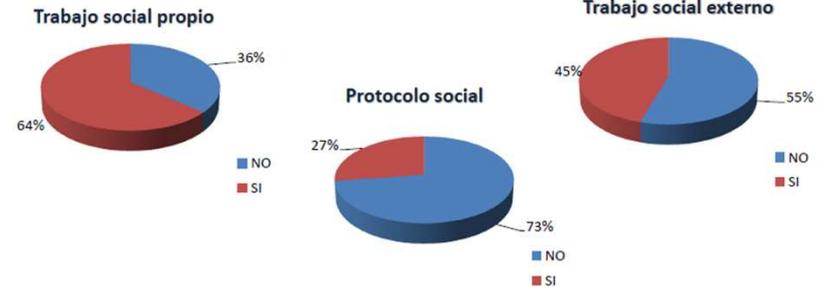
Hospitales de Subagudos – Moridero

Pacientes - Pérdida de oportunidades

Elementos críticos



Coordinación socio-sanitaria



.....y alguna preocupación más

ESTUDIO SOCIAL DE NECESIDADES

**El paciente crónico está satisfecho con la asistencia
Tres sociedades científicas analizan las necesidades
del paciente mayor pluripatológico para mejorar el
abordaje dado el envejecimiento poblacional.**



Un tercio de los pacientes crónicos mayores de 65 años viven solos y otro tercio cuentan con un cuidador en el domicilio, y como promedio padecen 4,3 enfermedades. Estos son algunos de los resultados de la Encuesta nacional de pacientes crónicos: estudio social de necesidades, cuyo objetivo ha sido averiguar las necesidades de los pacientes crónicos, conocer su realidad sociosanitaria y sensibilizar sobre la importancia de promover y potenciar los planes de salud. El estudio ha sido realizado por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (Faecap).

"En diferentes comunidades hay planes estratégicos para los crónicos y en distintos grados de implantación; por eso quisimos analizar si se notaban diferencias. No obstante, no se apreció nada en absoluto", ha explicado a DM Pilar Román, presidenta de la SEMI. Lo que sí se ha observado es que el 83,7 por ciento califica la asistencia como buena o muy buena.

Para realizar el trabajo se encuestó de forma aleatoria a 1.400 personas mayores de 65 años de todas las comunidades autónomas. El 47 por ciento de la muestra tenía entre 65 y 74 años, el 39 por ciento entre 75 y 84 años y el 13 por ciento de 85 o más. Según Román, es posible que los resultados hubieran variado si las encuestas se hubieran realizado a aquellos pacientes crónicos y mayores que más utilizan el sistema sanitario. No obstante, los resultados reflejan la realidad de la población española y son estadísticamente fiables.

El conocimiento de la propia enfermedad es esencial en las estrategias de abordaje del paciente crónico anciano. Aunque la realidad diaria constatada por los profesionales indica lo contrario, el 52 por ciento de la muestra dice conocer bien o incluso muy bien -el 23 por ciento de los casos- su enfermedad principal. Y el 25,5 por ciento dice no conocerla bien. "Los que no la conocen creen que no pasa nada por no saber, mientras que el 30 por ciento que reciben información sobre su enfermedad creen que es primordial tenerla. De hecho, conocer la patología y saber manejar los tratamientos da más seguridad y permite adelantarse a las descompensaciones más importantes".

Según Román, uno de los resultados que ha llamado la atención de los investigadores es que el 68 por ciento de la muestra percibe sus hábitos de vida como saludables, ya que realizan ejercicio físico y mantienen una dieta equilibrada. "Pero no parece que sea así, viendo la prevalencia de obesidad que hay".

Por otro lado, más del 90 por ciento de la muestra dice que toma fármacos y que no les supone ningún problema, algo que no casa con los elevados índices de incumplimiento terapéutica en la población pluripatológica, según la Faecap.

Además, las patologías dolorosas o invalidantes son las que más les preocupan a los mayores, especialmente los dolores óseos, sin atender a otras que pueden tener más repercusión en la salud, como una diabetes o una hipertensión mal controladas. El 44,7 por ciento afirma que el dolor óseo afecta mucho a su vida cotidiana y el 34,3 que les afecta al estado de ánimo.

Según Román, pese a que los profesionales son partidarios de mejorar la coordinación entre niveles sanitarios y sociales, los pacientes crónicos no le dan ninguna importancia

Soluciones: algunas ideas

Objetivos claros y definidos

Liderazgo

Adaptación a las peculiaridades / Innovación

Identificar los problemas

“los nuestros”

qué preocupa en EAP? vías de acceso, recursos sociosanitarios,...

cuáles son sus dificultades y sus necesidades? herramientas informáticas, reparto de actividades,...

Facilitar la comunicación

teléfono

consulta no presencial

reuniones periódicas

Proyectos “intermedios”

Trasmitir resultados con honestidad

Pensar, meditar, analizar y decidir sobre los resultados de la encuesta a pacientes

It's time to rewrite the rules
of change in health and care

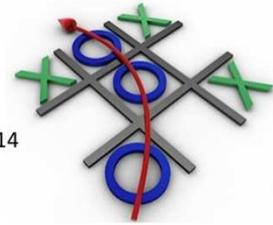
Helen Bevan

APAC Forum

Wednesday 3rd September 2014

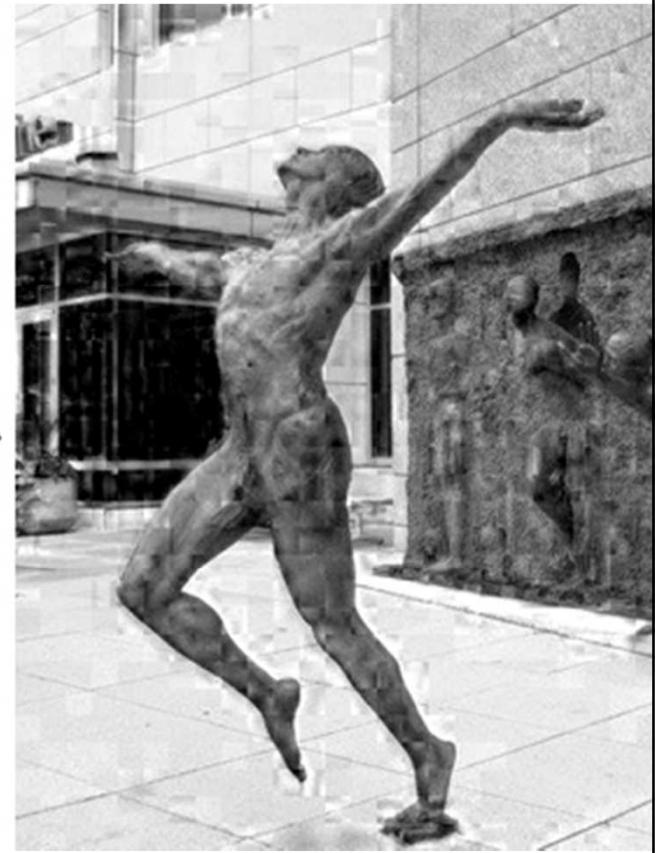
@HelenBevan

#APACForum



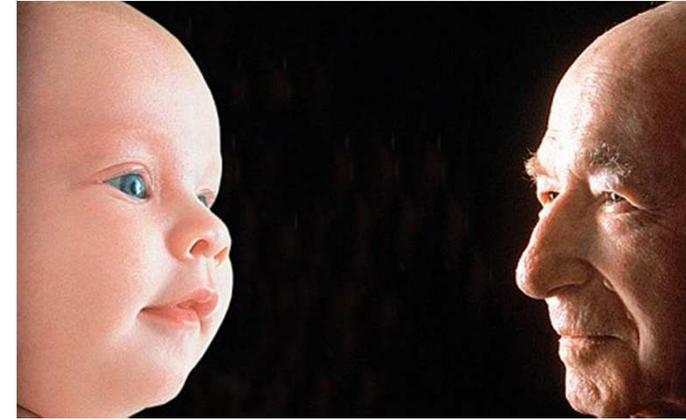


SI EL PLAN.
no funciona
CAMBIA
EL PLAN
pero no cambies
LA META.



Conclusiones

Esto no tiene “marcha atrás”



Conclusiones

- P** Prioridad
- P** Paciencia
- P** Perseverancia

Pero los internistas no debemos olvidar nuestras “otras” fortalezas



es trabajo de muchos.....de todos!!!

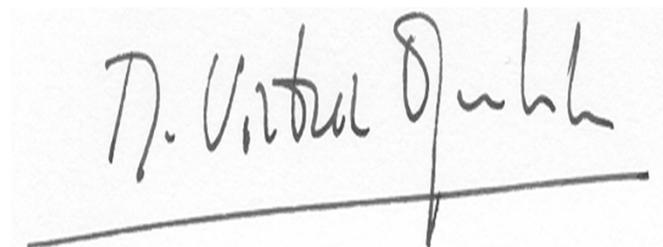
XIV Reunión de Jefes de Servicio y Unidad de Medicina Interna

Valencia, 27 de septiembre de 2014



Experiencias Prácticas de la Nueva Orientación de la Asistencia a los Crónicos

GRACIAS



M. Victoria Egurbide
S. Medicina Interna
Hospital Universitario Cruces

