

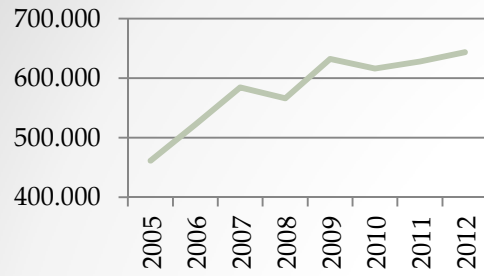


XIV Reunión de Jefes de Servicio y Unidad de Medicina Interna

Con la colaboración de:



Daiichi-Sankyo



247 pacientes con ICC

205 pacientes con Neumonía

168 pacientes con EPOC

136 pacientes con neumopatía

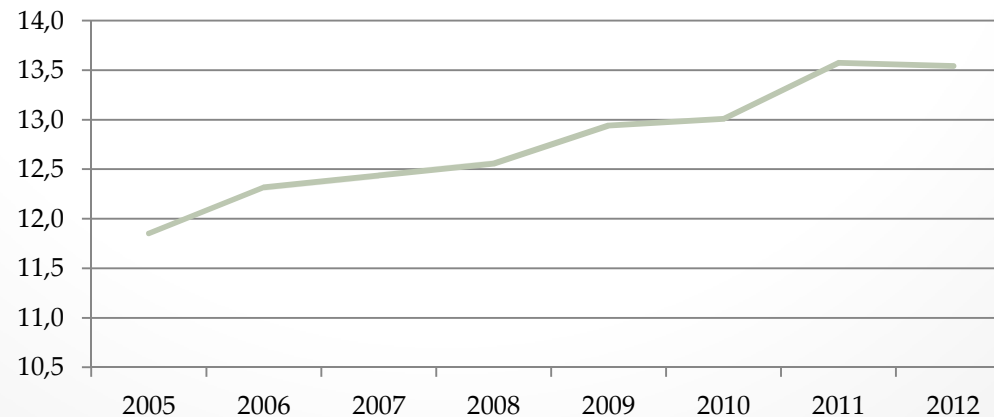
105 pacientes con cardiopatías

96 pacientes con infecciones



- 80 años
- 6,7 enfermedades
- 12 fármacos
- “Controlado” por 5 profesionales diferentes
- Soporta una carga insufrible
- Recibe poca y dispar información
- Desconoce su enfermedad
- Desconoce los tratamientos
- No sabe como actuar ante alertas
- No sabe a quién acudir
- No tiene sus necesidades cubiertas
- No percibe coordinación en el sistema

REINGRESOS



HE DECIDIDO ENFRENTAR
LA REALIDAD, ASÍ QUE
APENAS SE PONGA LINDA
ME AVISAN



Dessin © Quino/Ediciones de la Flor, Buenos Aires

ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO

PRINCIPIOS RECTORES

Las personas, tanto en su esfera individual como social, son el centro del Sistema Nacional de Salud.

Consideración de la perspectiva del ciclo de vida y de los determinantes sociales de la salud.

Consideración de todas las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico.

La Atención Primaria es el eje de la atención al paciente con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico.

Continuidad asistencial, paciente activo, prevención.

REORIENTACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA

OBJETIVO 11

Intervenciones adecuadas a cada necesidad

Modelos de estratificación de la población

Valoración integral

Planes individuales de atención

Gestión de casos para crónicos complejos

Mantenimiento capacidad funcional con estrategias autocuidado

Programas de actividad física. Fisioterapia.

Atención psicológica

CONTINUIDAD ASISTENCIAL

OBJETIVO 8

Atención en el ámbito adecuado por los profesionales adecuados

Adaptación organizativa Atención Primaria

Aumentar capacidad resolutive AP

Implicar dispositivos alternativos
hospitalización tradicional

Desarrollo Atención domiciliaria

Garantizar atención 7 x 24

Uso TICs consultas no presenciales

Potenciar profesionales enfermería

Incorporación fisioterapeutas

Incorporación trabajo social

Incorporación unidades administrativas

Identificación profesional referente

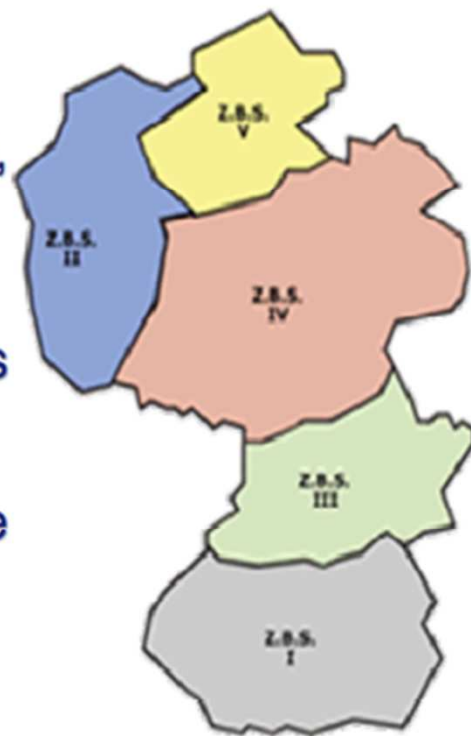
Características Demográficas



- Amplia extensió: 3.000 Kms²
- Despoblació: 50.000 habitants
- Núcleos poblacionales pequeños y dispersos
- Envejecimiento: Población mayor de 65 años supera el 20%
- Entorno rural
- Condicionantes para un elevado consumo de recursos sanitarios

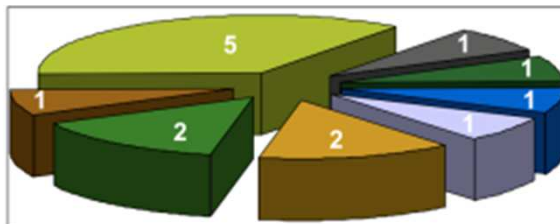
Mapa sanitario

- Zona 1: **Ayora**, Teresa de Cofrentes y Zarra.
- Zona 2: **Caudete de las Fuentes**, Camporrobles, Fuenterrobles, Venta del Moro y Villargordo del Cabriel.
- Zona 3: **Cofrentes**, Jarafuel, Jalance y Cortes de Pallás.
- Zona 4: **Requena** y sus aldeas, Chera y Siete Aguas.
- Zona 5: **Utiel** y sus aldeas, Benagéber y Sinarcas.





Hospital de referencia



130 camas

75% ocupación media

EM 4,2 días.

1.431 altas M. Interna

EM M. Interna 4,8 días

Peso M. Interna 1,62

29.581 Consultas/año
(Suc/Primeras 1,68)

6.522 técnicas

Reingresos 8,1%

HOSPITALES Y CAMAS POR DEPENDENCIA FUNCIONAL SEGUN SU TAMAÑO

DEPENDENCIA FUNCIONAL	Hasta 99 camas		100-199 camas		200-499 camas		500 o mas camas		Total	
	Hospitales	Camas	Hospitales	Camas	Hospitales	Camas	Hospitales	Camas	Hospitales	Camas
Sistema Nacional de Salud	45	2618	66	9172	79	25401	64	56934	254	94125
Administración Penitenciaria	0	0	1	163	1	390	0	0	2	553
Comunidad Autónoma	7	242	4	526	0	0	0	0	11	768
Diputación o Cabildo	7	490	3	465	3	957	0	0	13	1912
Municipio	1	41	1	152	3	861	0	0	5	1054
Otros públicos	10	386	13	1801	13	3814	3	2245	39	8246
MATEP	15	559	5	673	1	230	0	0	21	1462
Privado-benéfico (Cruz Roja)	4	267	2	249	0	0	0	0	6	516
Privado-benéfico (Iglesia)	14	766	23	3491	13	4404	3	2126	53	10787
Otro privado - benéfico	24	1423	26	3537	6	1660	1	658	57	7278
Privado no benéfico	212	10662	96	13034	24	6618	4	2453	336	32767
Otra	0	0	0	0	2	816	0	0	2	816
Ministerio de Defensa	1	50	0	0	2	425	1	520	4	995
Total Nacional	340	17504	240	33263	147	45576	76	64936	803	161279

Los Complejos Hospitalarios se contabilizan como un solo hospital

$340 + 240 + 147 = 727$ hospitales “comarcales” (90% del total)

$17.504 + 33.263 + 45.576 = 96.343$ camas en “comarcales” (59%)

Enfermeras Gestoras de Casos

- 2 nuevos perfiles de enfermería, instaurados para el manejo integral de pacientes crónicos complejos y paliativos en la Comunidad Valenciana.
- Ambos tienen funciones similares, pero desarrolladas en ámbitos distintos:
 - **Las Enfermeras Gestoras de Casos Comunitarias (Comunidad).**
 - **Las EGC hospitalarias (hospital y UHD).**

Enfermeras Gestoras de Casos. Funciones.

- Búsqueda activa de casos complejos.
- Gestión de casos.
- Seguimiento presencial y telefónico.
- Enlace entre ubicaciones asistenciales.
- Atención y apoyo a cuidadores
- Administrativas y de coordinación
- Docencia e investigación

Perfil tipo de los Casos Complejos:

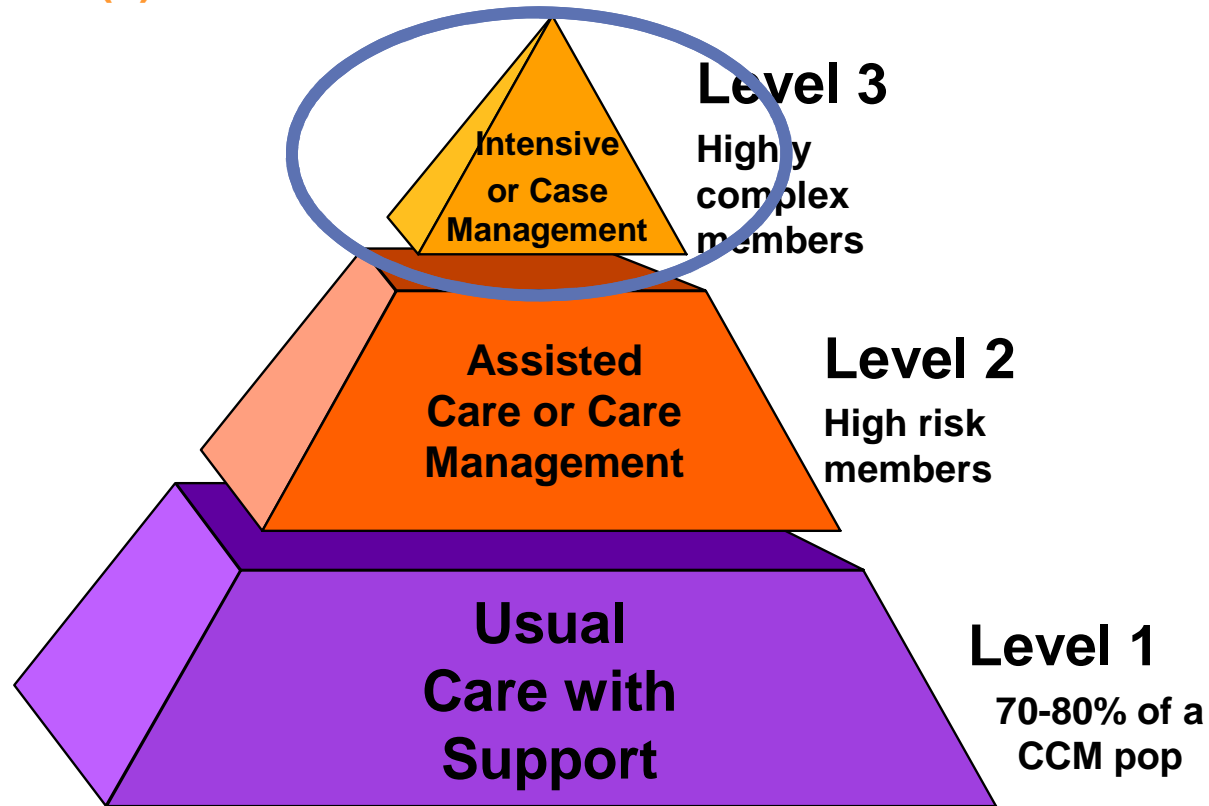
Pacientes en los que se combinan los siguientes elementos:

- Cualquier edad pero, generalmente, >65 (frecuentemente >75 años)
- Crónicos avanzados o que requieren cuidados paliativos
- Pluripatológicos
- Polimedicados
- Usuarios de tecnología para compensar funciones vitales
- Requieren la administración de procedimientos complejos
- Con frecuencia necesitan ayudas técnicas
- Deterioro cognitivo, demencia
- Fragilidad en estructura de cuidadores
- Problemas sociales añadidos
- Frecuentes cambios de situación clínica y/o del entorno
- Alto uso de urgencias
- Múltiples ingresos hospitalarios
- Seguimiento en consultas externas de varias especialidades



Population Management: More than Care & Case Management

Targeting Population(s) → Redesigning Processes → Measurement of Outcomes & Feedback



Datos demográficos

A.- Población SIP	47.806
B.- Población \geq 65 años	10.402
C.- Estimación Pacientes Domiciliarios (12% de B)	1.248
D.- Estimación PD Complejos que requieren GC (15% de C)	187
E.- Estimación PD Paliativos (2% de B)	208
% Población \geq 65 años sobre Población SIP	21,8%

Concienciación profesionales



¡OTRA VEZ LOS CRÓNICOS...!



PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

- Dos o más ingresos durante el último año
- Dos o más visitas a urgencias en el último mes
- Pluripatología: Presencia de dos o más enfermedades crónicas sintomáticas con un nivel equivalente de complejidad con similar potencial de desestabilización y dificultades de manejo.
- Todos aquellos pacientes detectados en AP u hospitalaria como de alto riesgo de fragilidad y dependencia.

.

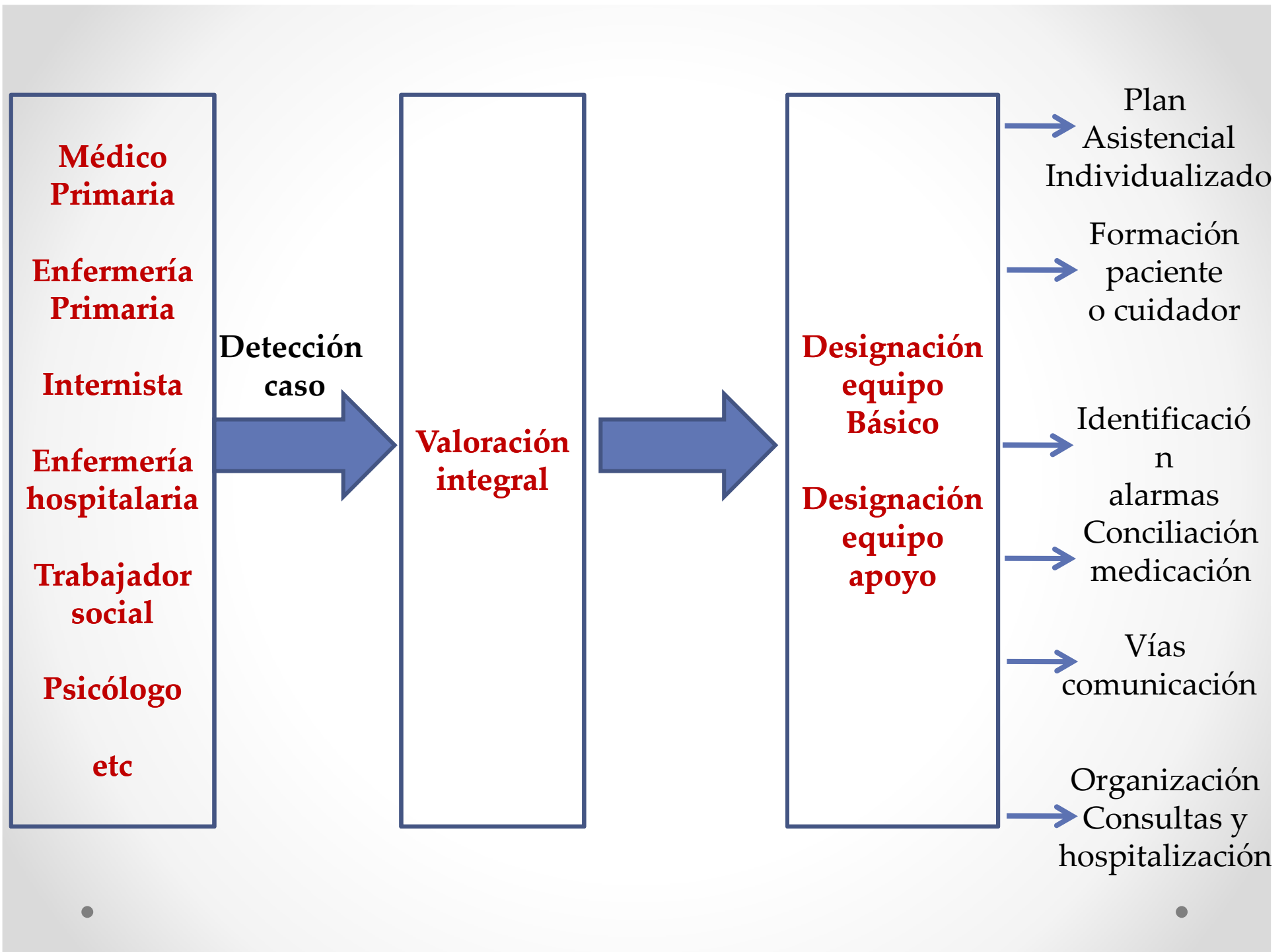
•

•

ANCIANO FRÁGIL:

(debe cumplir 4 ó más criterios)

- > 80 años
- Viven solos
- Pensiones escasas
- Hospitalizaciones recientes
- Caídas frecuentes
- Polifarmacia (5 ó más fármacos presentes de forma continuada en los últimos 6 meses).

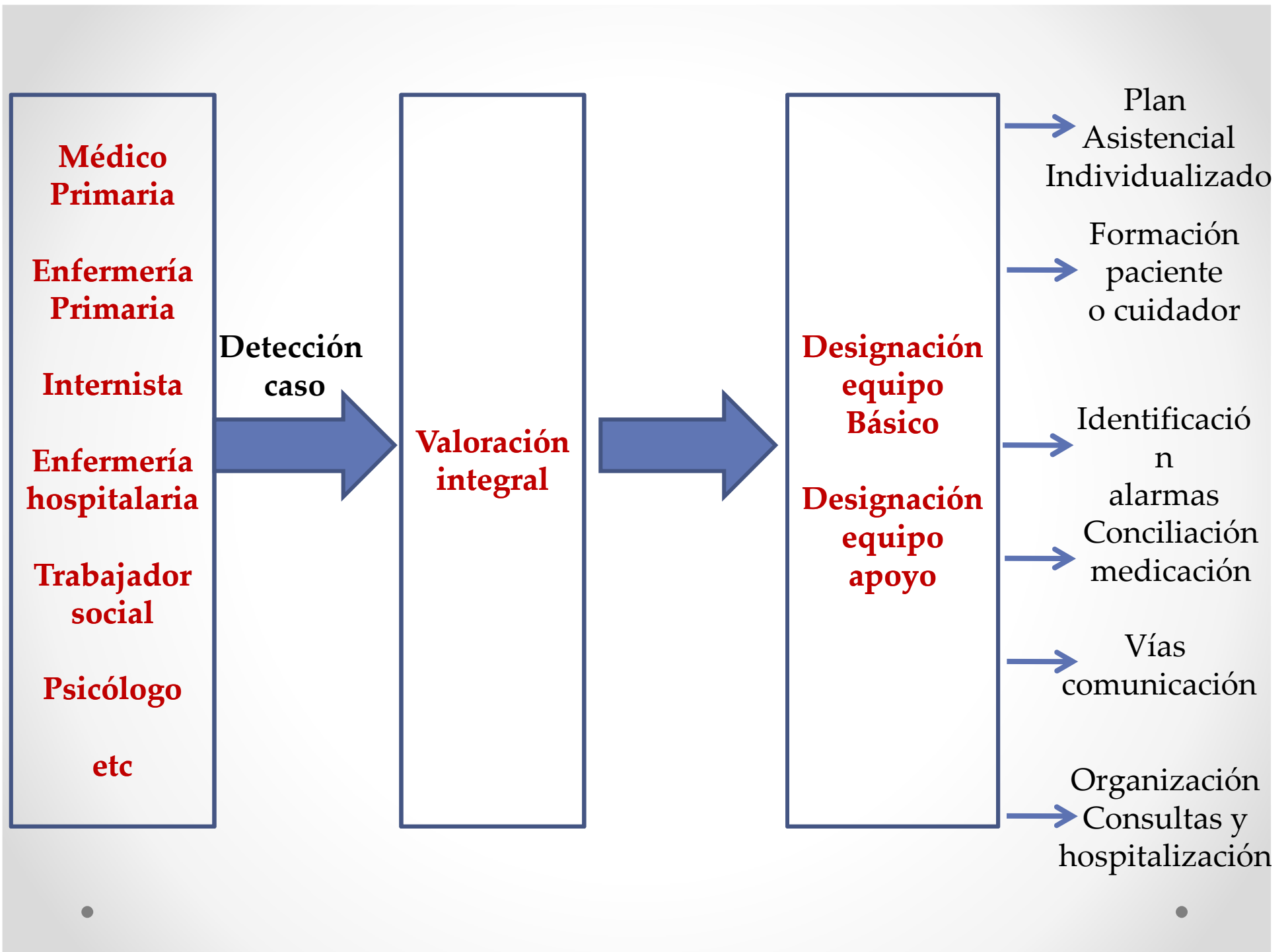


Identificación

- Independientemente del ámbito en el que se capte e identifique al paciente, éste deberá ser “Etiquetado”
- El paciente que cumpla los criterios fijados, se deberá diagnosticar con el Código 58.9 (Paciente Crónico Complejo)
- Para los pacientes Paliativos utilizaremos el Código V66.7
- Las EGC utilizaran el NIC 7320 Control de Casos Específicos (Gestión de Casos)
- Se procederá a identificar al paciente de forma oficial (tarjeta naranja con datos a llevar junto con tarjeta SIP.)

•

•



VALORACIÓN INTEGRAL

VALORACIÓN INTEGRAL DEL paciente crónico complejo.		
AREA	INSTRUMENTO	VARIABLES
AREA CLÍNICA	ANAMNESIS, EXPLORACIÓN Y VALORACIÓN DE NECESIDADES BÁSICAS	1. ANTECEDENTES¹: <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalizaciones: año y motivo. • Intervenciones quirúrgicas: año, motivo y tipo. • Traumatismos: año, breve descripción y secuelas. • Diabetes: año de comienzo. • HTA: año de comienzo. • Dislipemias: año de comienzo. • EPOC: año de comienzo. • TBC: localización, año, tratamiento y quimioprofilaxis. • Neoplasias: tipo y año. • Eventos cardiovasculares: tipo y año. • Otros: otras enfermedades importantes padecidas. 2. HÁBITOS: <ul style="list-style-type: none"> • Consumo de tabaco: comienzo, cig./día, y final del hábito. • Consumo de alcohol: gramos o unidades/día. • Consumo de otros tóxicos. 3. MEDICACIÓN: <ul style="list-style-type: none"> • Listado de medicamentos actualizado 4. ALERGIAS: <ul style="list-style-type: none"> • Alergias medicamentosas. • Medicamentos contraindicados.
AREA FUNCIONAL	ESCALAS DE VALORACIÓN <i>Incluye el diagnóstico de los déficit funcionales, de los factores que influyen en ellos, y del riesgo de desarrollo de otros nuevos.</i>	1. Actividades básicas de la vida diaria (alimentarse, bañarse, vestirse, deambular, comunicación, control de esfínteres): ÍNDICE DE BARTHEL. 2. Actividades instrumentales de la vida diaria (limpiar, cocinar, lavar la ropa, usar el teléfono, ir de compras, control del dinero, uso del transporte público, manualidades, control de la medicación, subir escaleras): ÍNDICE DE LAWTON Y BRODY.
AREA SOCIO-FAMILIAR	ESCALAS DE VALORACIÓN	1. Estructura de Soportes de Cuidados: Cuidador principal y cuidadores secundarios. 2. Geografía. 3. Relaciones familiares 4. Entorno físico: Valoración de la situación de la vivienda 5. Apoyo social y Comunitario: Situación familiar. Relaciones y contactos sociales. Apoyos de la red social. Situación económica: ESCALA DE VALORACIÓN SOCIAL DE GILÓN.
AREA MENTAL O PSICOAFECTIVA	ESCALAS DE VALORACIÓN	1. COGNITIVA: Se realizará de forma sistemática a mayores de 65 años, o a menores de esta edad, cuando se sospeche algún tipo de deterioro cognitivo: CUESTIONARIO PORTÁTIL DEL ESTADO MENTAL DE PFEIFFER. 2. AFECTIVA: En menores de 65 años, la situación afectiva se valorará mediante la anamnesis. En mayores de esta edad, se efectuará la detección de cuadros depresivos larvados: ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE.

¹ Se incluirán las enfermedades y eventos importantes que hayan tenido lugar a lo largo de la vida del paciente y hayan supuesto un hecho puntual, relacionado o no con los problemas de salud actuales. También se incluirán las fechas de comienzo de enfermedades y de aparición de factores de riesgo de alta prevalencia.

Toda la información se recogerá en la historia clínica de **Abucasis**, en una Hoja de Evolución (HE) derivada del diagnóstico PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO.

Valoración del Cuidador Principal

1. Datos personales del Cuidador
2. Salud Física y Mental
3. Capacidades funcionales y Cognitivas
4. Contexto del **Cuidador**:
 - Tipos de cuidados que realiza
 - Tiempo desde que cuida y que cuida
 - Relación afectiva con la persona que cuida
 - Motivación para cuidar
5. Sobrecarga objetiva(Escalas de Zarit y/o Índice de Esfuerzo del Cuidador)
6. Sobrecarga subjetiva
7. Riesgo de claudicación

* La valoración del Cuidador se reflejará en el Contacto del Cuidador. La forma que tenemos actualmente para relacionar a través de **abucasis** al paciente en este caso C.C con su cuidador principal es en el apartado de Comentarios. (aquí escribimos Nombre , **sig.** y parentesco del paciente que cuida en la hoja de contacto del Cuidador y por otra parte, Nombre , **sig.** y parentesco del Cuidador principal en la hoja del Paciente C.C

Valoración Enfermera

Se realizará una Valoración por Patrones Funcionales en **Abucasis** y se establecerán Diagnósticos, Objetivos(NOC) e Intervenciones Correspondientes (NIC), tanto del Paciente como del Cuidador Principal

Valoración de EGCH

ETIQUETA IDENTIFICACIÓN

VALORACIÓN DE ENFERMERIA AL INGRESO (INCLUSIÓN GESTIÓN DE CASOS)

Fecha de ingreso _____ Hora _____ MOTIVO DEL INGRESO _____

Procedencia: Ingreso Programado Urgencias Traslado de: _____

ALERGIAS:

Paciente paliativo Paciente Pluripatológico

Numero de ingresos durante el ultimo año _____

Situación previa al ingreso Al ingreso

NECESIDADES

Respiración

Sin Alteraciones Disnea Tiraje Tos Secreciones Traqueotomía
 Oxigenoterapia _____ Cpap _____

Alimentación/Hidratación

Autónomo Necesita Ayuda Total Parcial
 Prótesis Dental Dificultad al masticar o deglutir
 Intolerancia o alergias: _____
 Dispepsia Náuseas Vómitos
Peso: _____ Talla: _____
Dieta habitual: _____
 Nl Parenteral Nl Enteral Ostomía Alimentaria Suplementos
 Deshidratado

Eliminación

Autónomo Necesita ayuda Total Parcial
Orina: _____ Neces: _____
 Incontinencia Estreñimiento
 Retención Diarrea
 Disuria Incontinencia fecal
 Dispositivo - Tipo _____ Pañal
 Ostomía
Fecha de colocación: _____
Otras Perdiñas: Orajales S.N.G.

Movilización

Autónomo Necesita Ayuda De Personal Bastón Andador Silla de ruedas
 Intolerancia a la actividad física
 Limitación a la Deambulación Sedestación Movilidad en cama
 Prótesis _____
Mano dominante Derecha Izquierda
Reposo / sueño

Sin Alteración observada Sueño discontinuo
 Insomnio Requiere ayuda (especificar) _____

Higiene corporal e Integridad de la Piel

Higiene

Autónomo Necesita ayuda Total Parcial

Higiene: Adecuada Inadecuada

Integridad de la Piel

Sin Alteraciones observadas Hidratada Deshidratada
Color de la Piel: Normal Pálida Ictérica Cianótica

Edemas _____

Heridas: localización _____ tipo _____

UPP: localización _____ Estado _____

Plan de Prevención de UPP:

Si No

Catéteres: localización _____ tipo _____ fecha _____

Seguridad/Comunicación

Sin Alteración observada Ansiedad Temor
 Riesgo de Caída Riesgo de Infección Riesgo de violencia
 Dolor (especificar) _____
 Alteración de la percepción visual Ceguera Gafas Lentes
 Alteración en la percepción auditiva Acusia Hipoacusia Prótesis
 Consciente Desorientación temporo-espacial
 Dificultad para hablar _____ idioma _____
 Conoce el motivo de su ingreso Si No Precisa más información
 Hábitos Nocivos _____

Cuidador principal:

Paciente susceptible de Gestión de Casos SI NO Activado Gestión de casos SI NO

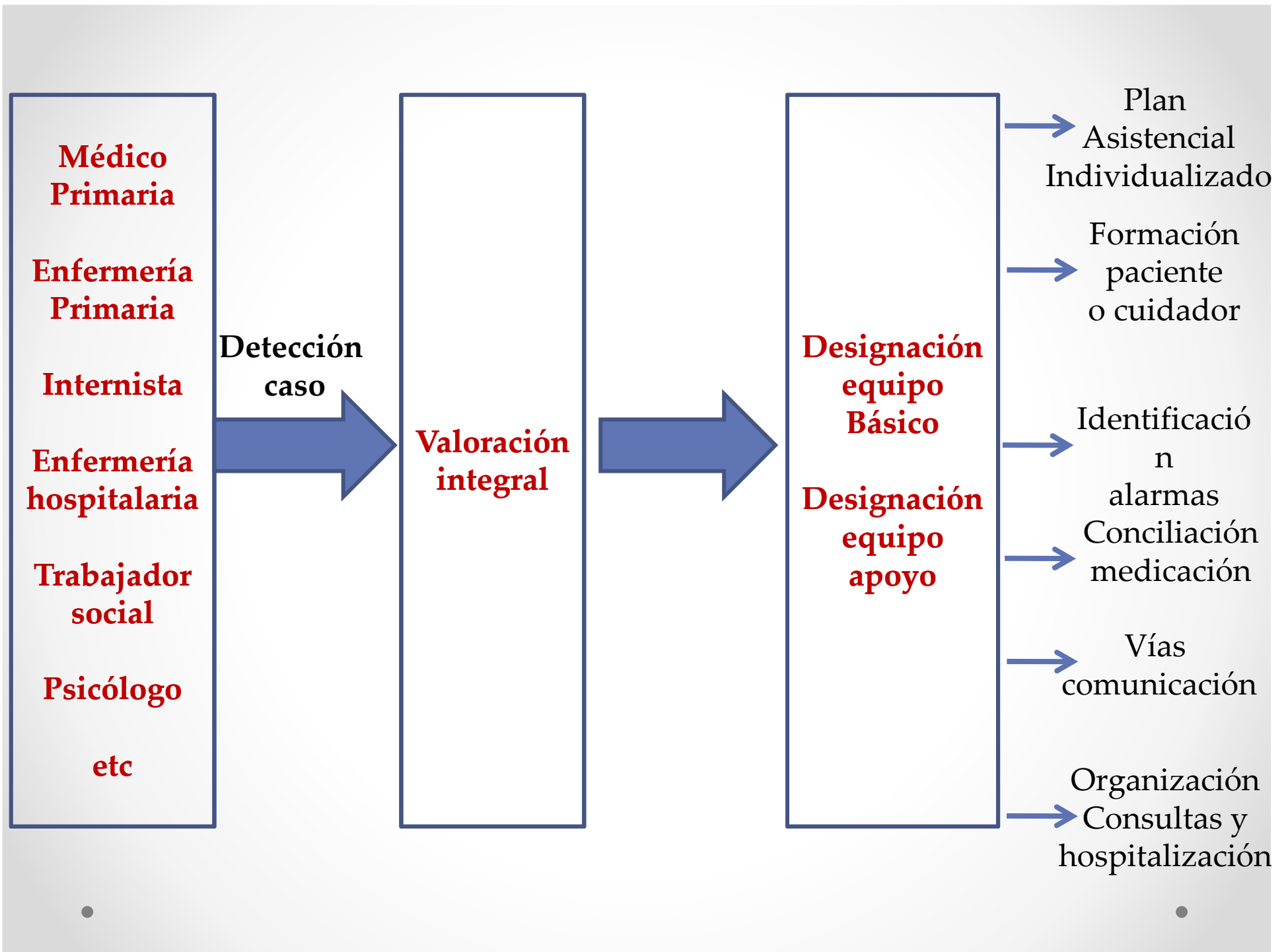
Observaciones:

INFORMACIÓN OBTENIDA DE: PACIENTE FAMILIAR/CIUDADOR POR OBSERVACIÓN

TURNO MAÑANA: ENFERMERO/A	TURNO TARDE: ENFERMERO/A	TURNO NOCHE: ENFERMERO/A

- El profesional que haya identificado al paciente hará una valoración integral lo más completa posible.
- Si la captación e identificación ha sido en el ámbito Hospitalario o desde otros servicios (Trabajadora social, UCA,...)se notificará el nuevo caso a la enfermera gestora de casos correspondiente (AP u hospital, dependiendo de dónde se haya detectado al paciente).
- También será la responsable de asegurarse de que la valoración integral del paciente está realizada en su totalidad. De no ser así, se pondrá en contacto con la UME correspondiente para que el trabajo sea finalizado.





- Éste plan se registrará en la Hoja de evolución del código correspondiente.
- A ésta reunión asistirán UME, gestora de casos e internista correspondiente. Si en el proceso de elaboración del plan de cuidados se detecta la necesidad de colaboración de cualquier otra disciplina para el correcto manejo del paciente, también será citada para la reunión.

- En la elaboración del Plan de Cuidados individualizada del paciente se deberá tener en cuenta la valoración del cuidador principal así como el plan de intervención que se va a realizar con él y si el cuidador es subsidiario de los talleres o no.

PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO

1.- NECESIDADES CLÍNICAS

* XXXX

- Tratamiento
- Controles. Quién, cómo, cuándo.
- Formación. Quién, cómo, cuándo.
- Alertas. A quién avisar.

* YYYY

- Tratamiento
- Controles. Quién, cómo, cuándo.
- Formación. Quién, cómo, cuándo.
- Alertas. A quién avisar.

* ZZZZ etc.

PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO

2.- NECESIDADES SOCIALES

* XXXX

- Plan de actuación
- Controles. Quién, cómo, cuándo.
- Formación. Quién, cómo, cuándo.
- Alertas. A quién avisar.

* YYYY

- Plan de actuación
- Controles. Quién, cómo, cuándo.
- Formación. Quién, cómo, cuándo.
- Alertas. A quién avisar.

* ZZZZ etc.

3.- NECESIDADES DEL CUIDADOR

DIFICULTAD EN EL MANEJO DE PATOLOGIA BASE

- Si durante la evolución de la enfermedad, surgen dificultades en el manejo habitual de la patología, el médico de AP responsable del paciente, se pondrá en contacto con el médico de medicina interna asignado:
- REQUENA : M Luisa Rodriguez 442018
- AYORA : Carmina Oltra 442110
- UTIEL Y CAUDETE: Pilar Román 442019
- Si precisa ayuda de cualquier otra disciplina, se pondrá en contacto con la enfermera gestora de casos, que será la encargada de facilitar soluciones.



AGUDIZACIÓN DE LA PATOLOGÍA

- Si el paciente se agudiza por la tarde o en fin de semana, el médico de AP o de continuada responsable de la asistencia al paciente en ese momento, se pondrá en contacto con urgencias hospitalarias.
- En urgencias al paciente se le aplicarán las pautas definidas en su PAI individual .
- Urgencias se pondrá en contacto con la GC correspondiente.



AGUDIZACIÓN DE LA PATOLOGIA

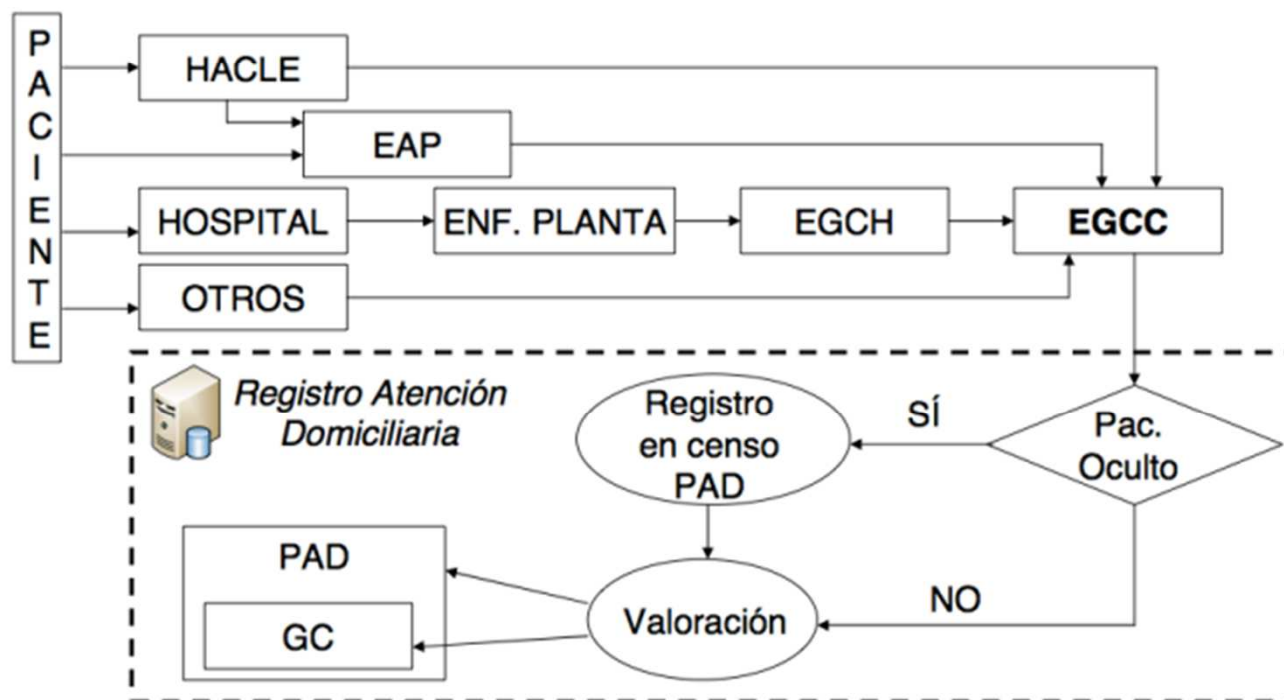
- Si la patología crónica se desestabiliza de forma que no pueda ser tratada en su domicilio, se procederá al ingreso directamente en el servicio de M. Interna sin necesidad de que el paciente pase por urgencias hospitalarias.
- Si la internista responsable no se encuentra disponible para solventar problemas (vacaciones, libranza de guardia etc.) se comunicará con cualquiera de las otras dos.



INGRESO EN EL HOSPITAL POR OTRO MOTIVO

- Se realizará interconsulta a medicina interna indicando que el paciente está en el programa de GC.

Circuito asistencial








Pilotaje

- Con una única figura de EGCC
- Zona Básica 04 (C.S. Requena)
- Inicio en Enero de 2011 .
- Evaluación 1^{er} semestre 2011

Reducción visitas a urgencias en pacientes bajo control EGCC	83.6%
Reducción ingresos NP hospital en pacientes bajo control EGCC	69 %

Evaluación: Enero 2013



- Valoración y **PAI** de **224 pacientes** aprox. 
- Difusión del Programa de Cuidados Paliativos 
- **Registro de Voluntades Anticipadas** en el **50%** 
- Potenciar el **código V66.7** y su hoja de evolución como herramienta de comunicación 
- Adecuar la formación de los profesionales 



Eficiencia de EGC Programa Paliativos

EXITUS	
32 ingresos evitados X 4069,7 €	130.230,4 €
PACIENTES EN SEGUIMIENTO POR EGC	
60 ingresos evitados X 4069,7€	244.182 €
143 asistencias evitadas en el SUH X 112 €	16.016 €
TOTAL	390.428,4 €

4069,7 €, coste por ingreso ponderado 2012 HGR
 112 €, coste medio por asistencia de SUH

Resultado en pacientes bajo control EGCC

Visitas a urgencias 12 meses antes valoración por EGCC	211
Visitas a urgencias de pacientes bajo control EGCC	68
% REDUCCIÓN del número de Visitas a Urgencias	-65,7%
Ingresos hospital 12 meses antes valoración EGCC	73
Ingresos NP hospital de pacientes bajo control EGCC	13
% REDUCCIÓN del número de Ingresos NP en Hospital	-80,9%

