

XXXIV

Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

XXIX Congreso de la
Sociedad Andaluza de
Medicina Interna (SADEMI)

21-23

Noviembre 2013

Palacio de Ferias y
Congresos de Málaga
Málaga



MESA REDONDA: VISIONES ATÍPICAS DEL INTERNISTA Y SUS
CIRCUNSTANCIAS

¿ Estamos en decadencia o ascendiendo al estrellato?

LA VISION DE LOS GESTORES

XXXIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

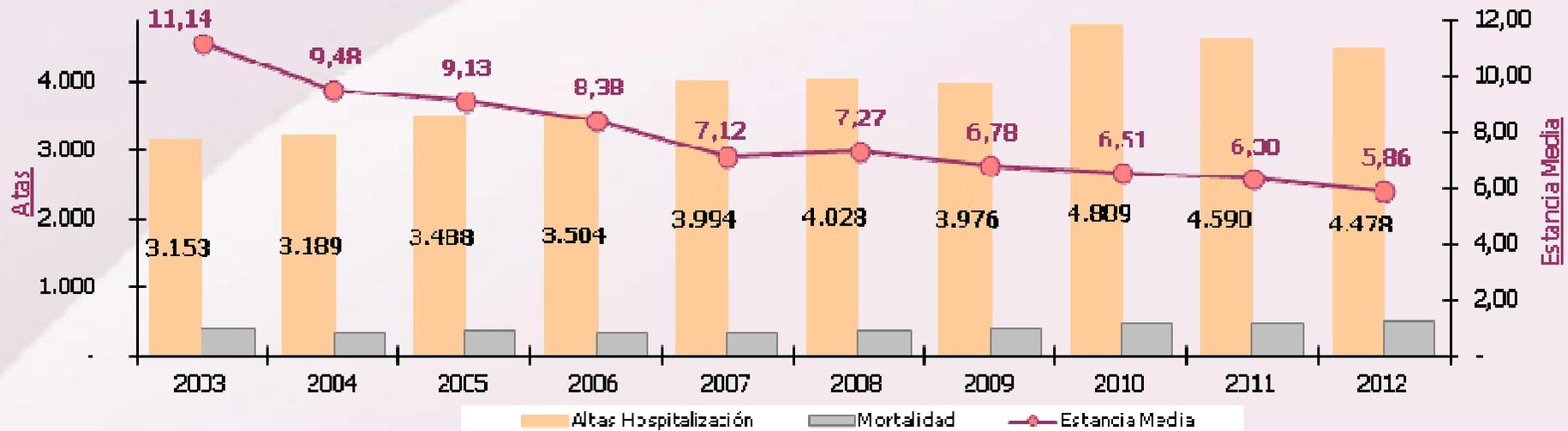
XXIX Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna (SADEMI)

21-23 Noviembre 2013 Palacio de Ferias y Congresos de Málaga. **Málaga**



- ✓ Hospital tradicional en el que el resto de especialidades han ido ganando peso en detrimento de la MI
- ✓ Alto uso de tecnología
- ✓ Alto impacto económico en el tratamiento de los pacientes
- ✓ Hasta hace unos años muy cerrado a la relación con otros niveles asistenciales

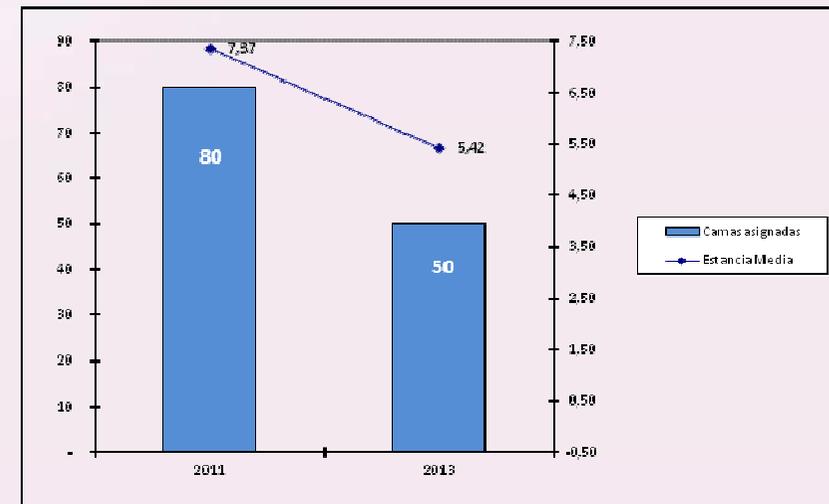
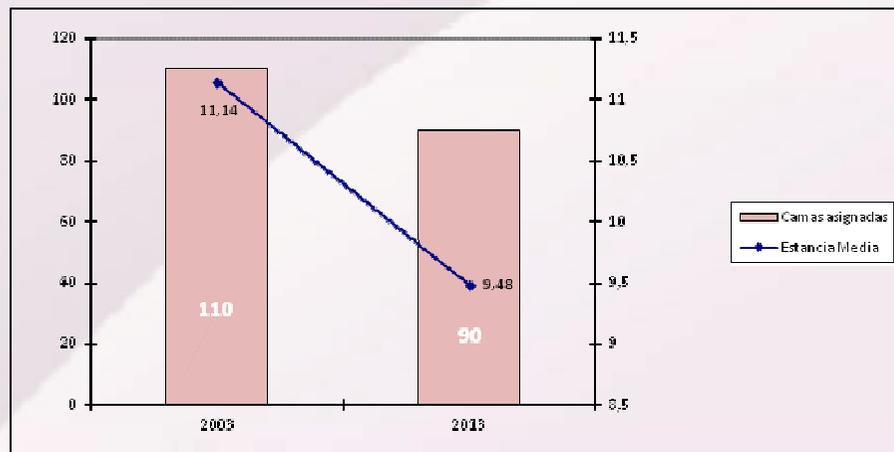
Medicina Interna FJD: altas, mortalidad, estancia media.



Situación actual

La **mejora de la estancia** media de MI ha traído consigo un ahorro de 20 camas que se han asignado a otras especialidades

La **labor de consultoría del médico internista** con los servicios quirúrgicos ha tenido una consecuencia la mejora de la estancia media de algunas especialidades quirúrgicas: p.e. traumatología



XXXIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

XXIX Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna (SADEMI)

21-23 Noviembre 2013 Palacio de Ferias y Congresos de Málaga. **Málaga**



- ✓ Modelo en el que la Medicina Interna coordina todas las especialidades médicas y urgencias
- ✓ Abierto al resto de especialidades del hospital
- ✓ Abierto hacia primaria e instituciones sociosanitarias
- ✓ Abierto a la Sociedad Civil

Medicina Interna HIE: altas, mortalidad, estancia media.



XXXIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

XXIX Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna (SADEMI)

21-23 Noviembre 2013 Palacio de Ferias y Congresos de Málaga. **Málaga**

Medicina Interna HRJC: altas, mortalidad, estancia media.



Comparación GRDs más frecuentes (enero - octubre 2013)

GRD	DESCRIPCION GRD	EM MI	EM TOTAL	EM MI	EM TOTAL	EM MI	EM TOTAL
		FJD	FJD	HUIE	HUIE	HURJC	HURJC
541	NEUMONÍA SIMPLE Y OTROS TRAST.RESPIRATORIOS EXC. BRONQUITIS & ASMA CON CC MAYOR	6,96	8,15	7,57	7,76	5,16	5,59
544	ICC & ARRITMIA CARDIACA CON CC MAYOR	6,25	7,29	7,07	7,34	5,10	5,14
569	TRAST. DE RIÑÓN & TRACTO URINARIO EXCEPTO INSUFICIENCIA RENAL CON CC MAYOR	5,40	6,03	5,51	6,26	6,09	6,13
127	INSUFICIENCIA CARDIACA & SHOCK	3,59	3,86	5,26	5,45	3,69	4,21
588	BRONQUITIS & ASMA EDAD >17 CON CC MAYOR	4,79	5,13	5,14	5,24	3,74	3,93
540	INFECCIONES & INFLAMACIONES RESPIRATORIAS EXCEPTO NEUMONÍA SIMPLE CON CC MAYOR	6,64	8,72	7,47	8,87	6,67	6,94
320	INFECCIONES DE RIÑÓN & TRACTO URINARIO EDAD>17 CON CC	4,68	5,03	5,10	5,65	4,50	4,77
584	SEPTICEMIA CON CC MAYOR	6,95	10,11	5,51	6,26	5,89	6,27
566	TRAST. ENDOCRINO, NUTRIC. & METAB. EXC. TRAST. DE INGESTA O FIBROSIS QUISTICA CON CC MAYOR	6,37	7,86	5,50	6,67	6,09	6,29
557	TRASTORNOS HEPATOBILIARES Y DE PANCREAS CON CC MAYOR	8,00	10,69	8,52	8,86	9,16	10,18
551	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & ULCERA NO COMPLICADA CON CC MAYOR	6,23	6,97	6,52	7,25	5,39	5,98
321	INFECCIONES DE RIÑÓN & TRACTO URINARIO EDAD>17 SIN CC	3,64	4,00	4,50	4,94	3,05	3,20
552	TRAST. AP. DIGESTIVO EXCEPTO ESOF., GASTROENT. & ULC.NO COMPL. CON CC MAYOR	2,76	3,11	4,50	4,94	3,05	3,20
204	TRASTORNOS DE PANCREAS EXCEPTO NEOPLASIA MALIGNA	5,42	5,60	5,98	6,57	5,22	5,47
101	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO CON CC	3,64	4,00	4,10	4,80	3,22	3,57

enfoque actual

- ✓ Desarrollo de canales de comunicación rápidos y fluidos con los profesionales de AP
- ✓ Desarrollo de nuevas tecnologías para la atención domiciliaria y servicios asistenciales no presenciales
- ✓ Potenciación de la figura del consultor tanto a nivel interno como externo (AP)
- ✓ Estructura organizativa precisa para una adecuada atención al paciente pluripatológico
- ✓ Promover la continuidad de cuidados de enfermería a través de la enfermera de enlace con AP
- ✓ Apertura a la sociedad civil: asociaciones de pacientes, alianzas con corporaciones locales e instituciones sociosanitarias

XXXIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

XXIX Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna (SADEMI)

21-23 Noviembre 2013 Palacio de Ferias y Congresos de Málaga. **Málaga**

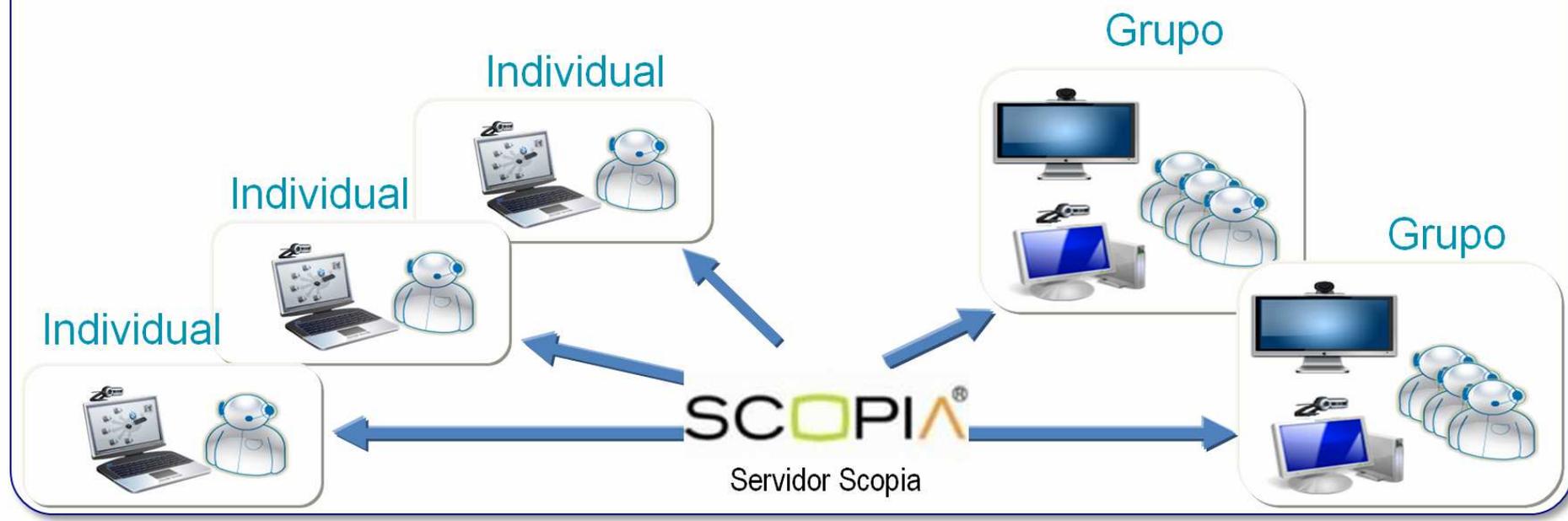
Canales de Comunicación: Telemedicina



Canales de comunicación: Telemedicina

Video-Colaboración

Herramienta que permite conectar a través de internet/intranet a un número variable de participantes en una reunión virtual, utilizando servicios de comunicación a través de audio y video multi-direccionales, así como utilizar servicios de colaboración, tales como, compartición de documentos, pizarra, chat, streaming, grabación.



¿ Por qué implementar herramientas de video-colaboración en la Organización?

paciente

- ✓ Atención desde su domicilio / institución sociosanitaria
- ✓ Consulta con especialista en su centro de salud
- ✓ Mayor agilidad en la atención sanitaria

profesional

- ✓ Facilita la impartición de formación
- ✓ Facilita la comunicación con otros profesionales
- ✓ Movilidad

organización

- ✓ Mejora en los procesos asistenciales
- ✓ Facilita la coordinación de emergencias sanitarias
- ✓ Ahorro de costes: traslados de pacientes, desplazamientos de profesionales...

Paciente crónico pluripatológico

¿ que problemas vemos?

- ✓ Pacientes con más de 5 enfermedades
- ✓ Generan un consumo alto de recursos

- ✓ Sólo el 2% de pacientes de Medicina Interna:
 - 15% de los ingresos anuales con estancia media elevada
 - 6 asistencia a consultas externas en diferentes especialidades al año con las pruebas que conlleven
 - 4,5 asistencias a urgencias al año

Paciente crónico pluripatológico

situación actual

- ✓ Atención **fraccionada**: multifrecuentación de consultas
- ✓ Atención **insegura**: falta de conciliación de la medicación
- ✓ Atención **ineficaz**: no se disminuye el número de ingresos
- ✓ Atención **ineficiente**: peticiones de pruebas complementarias inútiles, aumento del gasto

**El internista es el profesional adecuado para el manejo hospitalario
del enfermo crónico**
Visión integradora de problemas complejos interrelacionados

Paciente crónico pluripatológico

objetivos

- ✓ **Mejorar la atención integral** de un paciente de difícil manejo
- ✓ Garantizar la continuidad asistencial
- ✓ **Disminuir sus visitas a urgencias:** potenciar el ingreso hospitalario programado
- ✓ **Reducir consultas innecesarias** con especialistas: remitir a consultas específica del internista
- ✓ **Seguimiento individualizado** por profesionales con la máxima visión integradora
- ✓ **Unificación de criterios con AP:** protocolos de actuación, conciliación de medicación

Paciente crónico pluripatológico

objetivos

- ✓ **Agilizar el diagnóstico y tratamiento** de pacientes de difícil manejo extrahospitalario:
 - adelanto de pruebas diagnósticas
 - centralización en una sola consulta
 - derivación rápida posterior a otros especialistas
- ✓ **Realización rápida** y por profesionales de alta cualificación de **técnicas diagnósticas** con hospitalización corta
- ✓ Facilitar el acceso a **tratamientos** que requieren de **vía parenteral**

Este giro hacia un modelo basado en una asistencia más eficiente a la patología crónica permitirá:

- ✓ una disminución en la frecuentación de las consultas hospitalarias
- ✓ un menor número de atenciones urgentes e ingresos
 - ✓ una menor indicación de pruebas diagnósticas
 - ✓ un uso más racional del medicamento
- ✓ con lo que finalmente se reducirán los costes asistenciales

**La Medicina Interna tiene la oportunidad de recuperar
el peso que tenía hace algunos años.....**

¿ Estamos en decadencia o ascendiendo al **estrellato?**