



EPOC Y CRONICIDAD.

UN VIEJO PARADIGMA EN UN NUEVO ENTORNO ESTRATÉGICO

Estrategia de cronicidad Islas Baleares

Francesc Albertí, Biel Moragues, Estefanía Serratusell

Angélica Miguélez Chamorro

Sotsdirectora d'Atenció a la Cronicitat,
Coordinació Sociosanitària, Salut Mental i
Malalties poc freqüents



La prevalencia de cronicidad
 $\geq 75 = 91,6 \%$
 $55-64=73,6\%$
 $45-54 = 48,4 \%$

Pluripatología
 $\geq 85 = 68,6 \%$
 $75- 85 = 63,5 \%$
 $55-64 = 38,8 \%$
 $45-54 = 17,7 \%$

Proceso Patológico

Deterioro. Disfunción órganos y sistemas

Limitación funcional

Limitación física y mental.

Dificultad para ABVD y AIVD

Año	Población ≥ 65	% de ≥ 65
2014	170.900	15,3%
2029	257.260	22%

DEPENDENCIA



EDAD, COMORBILIDAD, POLIMEDICACIÓN



NUEVAS NECESIDADES

- **Coordinación y atención en el nivel más adecuado**
- **Nuevos Roles Profesionales**
- **Rutas asistenciales diferenciadas**
- **Relaciones profesional-paciente**
- **Unidades de recuperación funcional**
- **Mayor soporte en domicilio**

Objetivo 8: Realizar una planificación de los recursos sociosanitarios en el Sistema de Salud teniendo en cuenta las proyecciones de población y envejecimiento del INE y del Instituto Balear de estadística



REVISIÓN

Revisión sobre el deterioro funcional en el anciano asociado al ingreso por enfermedad aguda

Carmen María Osuna-Pozo*, Javier Ortiz-Alonso, Maite Vidán, Guillermo Ferreira y José Antonio Serra-Rexach



Resolvemos el proceso agudo

Produciendo importante Deterioro Funcional (DFH)

46 % – 60,2 % DFH al alta



Ingreso hospitalario

Fragilidad cutánea
Incontinencia
Pérdida masa ósea
Sensibilidad a fármacos "Z"
↓ Cap. Aeróbica
↓ Masa ósea
↓ Masa y fuerza muscular
Inestabilidad vasomotora

Movilidad
Barandillas
Camas altas
Polifarmacia
Sujeciones
Aislamiento
Dietas restrictivas
No audífonos y gafas



Consecuencias...

- ↑ Estancia hospitalaria
- ↑ Reingresos
- ↑ Polimedicación
- ↑ Derivaciones H. Media y Larga estancia
- ↑ Institucionalización
- ↑ Mortalidad (40 %)





Un paciente irá a mejor o peor en función de la calidad y capacitación del profesional que le atiende....



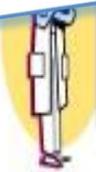
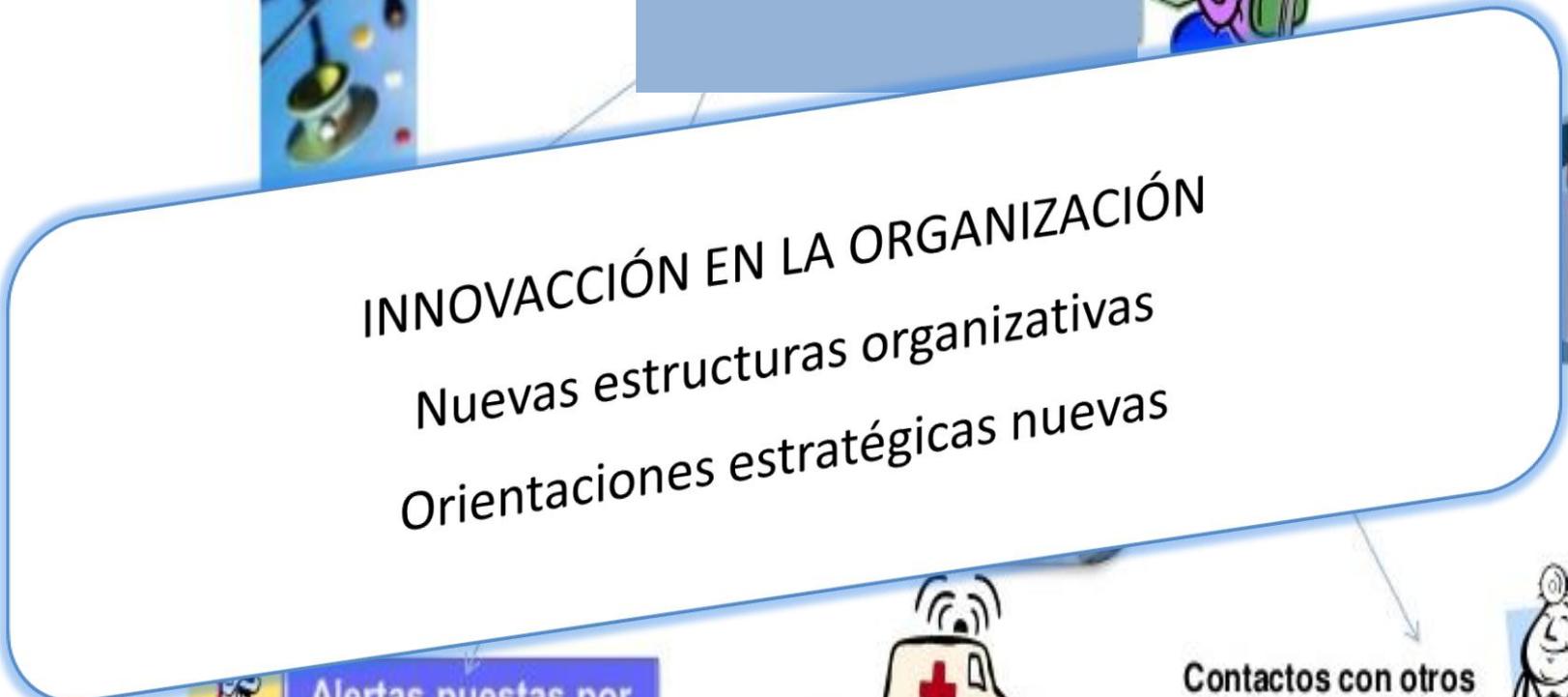
Pero...



Medicación
que toma el
paciente



Al ingreso del paciente
Médico/Enfermera hospital
acceden a HCE integral y de AP



Alertas puestas por
profesionales
sanitarios



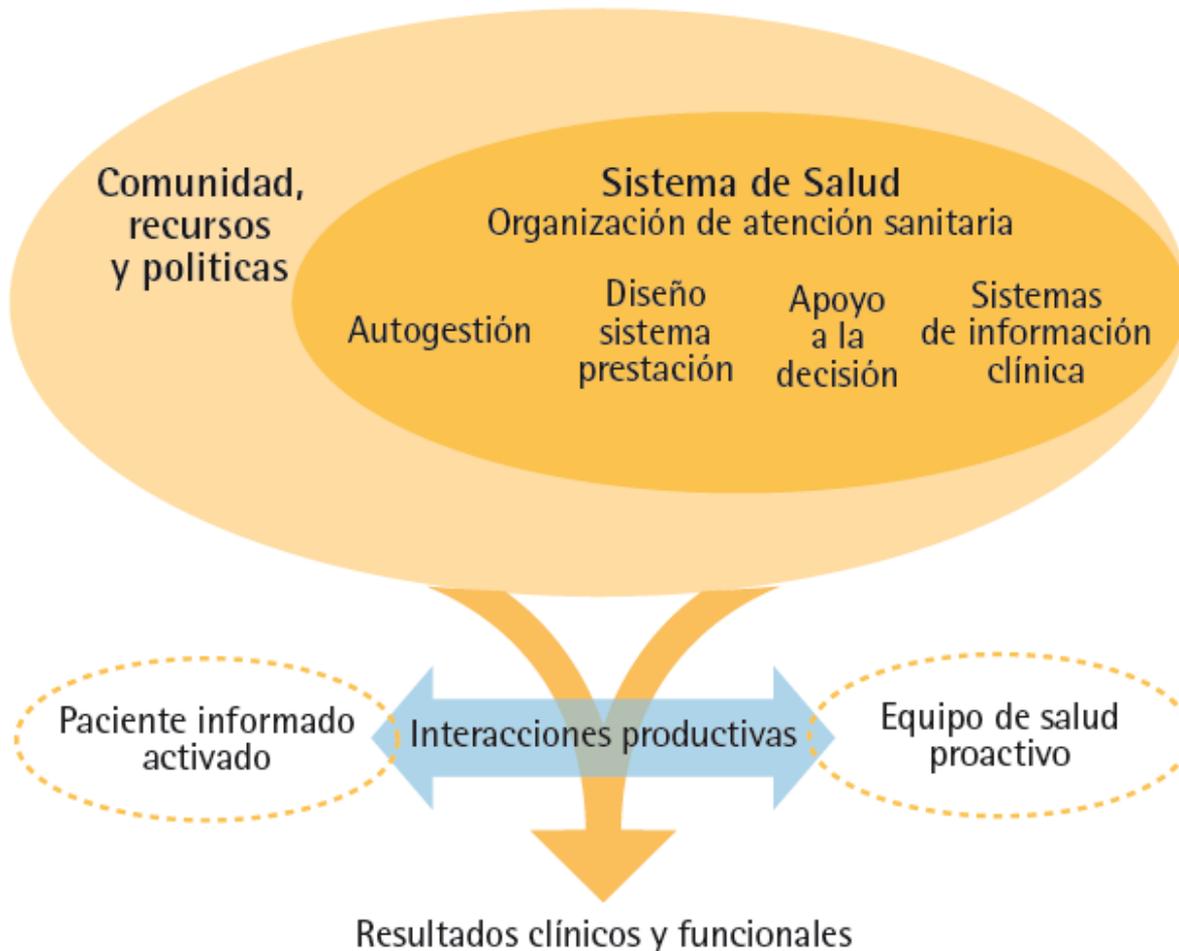
Ingresos programados o
desde Urgencias

Contactos con otros
profesionales sanitarios



Modelo de atención al paciente Crónico

Modelo de atención a crónicos (CCM)



Elementos clave de interacción

1. La organización del sistema de atención sanitaria.
2. El estrechamiento de relaciones con la comunidad.
3. El apoyo y soporte al autocuidado.
4. El diseño del sistema asistencial.
5. El apoyo a la toma de decisiones.
6. El desarrollo de sistemas de información clínica.



IEMAC ESCALA
IEXPAC



bioef
berrikuntza + ikerketa + osasuna eusko fundazioa
fundación vasca de innovación e investigación sanitarias

- [Inicio](#)
- [Introducción](#)
- [¿Quiénes somos?](#)
- [Área Científica](#)
- [Aviso legal](#)
- [Other languages](#)
- [Noticias](#)

¿quieres **transformar**
tu organización para atender mejor
a tus pacientes crónicos?

Con IEMAC-ARCHO
podrás ver el **progreso**
de tu **organización** tras
desplegar las estrategias
y planes de cronicidad.



GESTIÓN

SEGÚN REVELA EL ESTUDIO 'PROYECTO IMPACTO'

Los ingresos bajan a la mitad con el modelo de atención compartida Primaria-internistas

También se reduce en la misma proporción la estancia media en los centros

Martes, 01 de abril de 2014, a las 16:46

Redacción. Sevilla

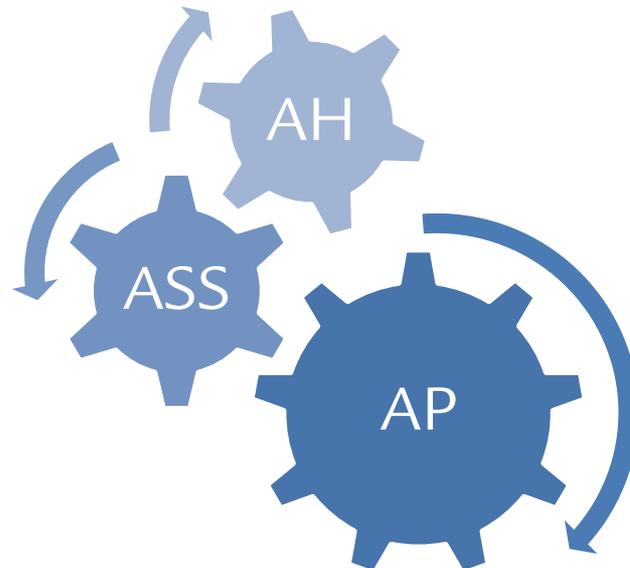
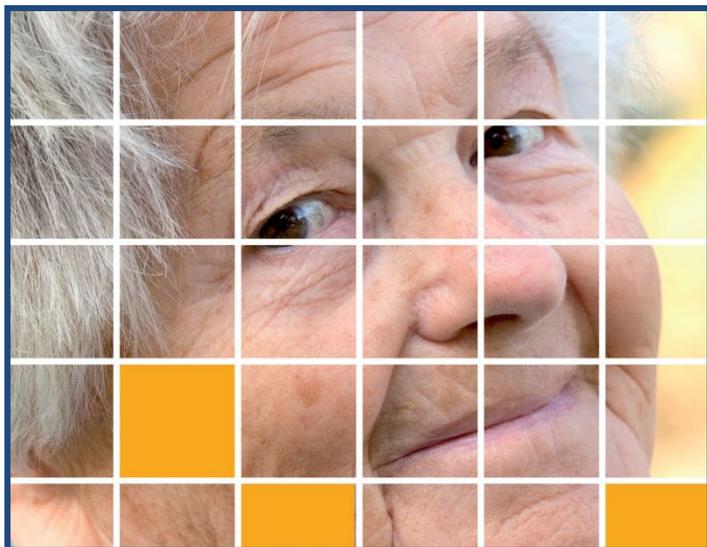
Un equipo de 50 investigadores, liderados por Dolores Nieto, de la Unidad Clínica de Medicina Interna (Ucami) del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, acaba de culminar un proyecto de investigación denominado "Proyecto Impacto", presentado en el VI Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico que se clausuró el pasado sábado en Sevilla y que fue organizado por las sociedades españolas de Medicina Interna (SEMI) y de Medicina de Familia (semFYC).

Según ha explicado Nieto, "este estudio nos ha permitido evaluar, desde el punto de vista cuantitativo, el impacto clínico de un nuevo modelo de atención a estos pacientes pluripatológicos basado en el seguimiento clínico compartido (atención compartida) entre Atención Primaria (médicos de familia) y hospitalaria (médicos internistas de referencia) incluyendo a enfermeras de ambos ámbitos asistenciales y a los servicios de Farmacia Hospitalaria. Este modelo intenta garantizar la continuidad en los cuidados que necesitan los pacientes pluripatológicos".



Atención Anticuada	Atención Eficaz
Centrada en la enfermedad	Centrada en el paciente
Atención hospitalaria	Atención con base en APS
Centrada en los pacientes individuales	Centrada en las necesidades de la pob.
Reactiva, actúa según síntomas	Proactiva, planificada
Centrada en el tratamiento	Centrada en la prevención

Organización Panamericana de la Salud. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Washington DC. 2013.



El abordaje de la cronicidad, reto y oportunidad

Misión

Mejorar la atención sanitaria a las personas con enfermedades crónicas, teniendo en cuenta a las personas que les cuidan y a sus familias, impulsando una atención de calidad, integral, transversal y sostenible.



ESTRATIFICACIÓN TICs y SIS

Atención Primaria eje de la Atención a las personas con enfermedades crónicas

Mejorar la resolución en At. Primaria

Nuevos Roles profesionales

At. Domiciliaria

Paciente Activo

Abordaje integral en la At. hospitalaria

Unidades de Crónicos Complejos

Especialista consultor
Consulta rápida

Equip. Multiprof.
Abordaje integral
Recup. funcional

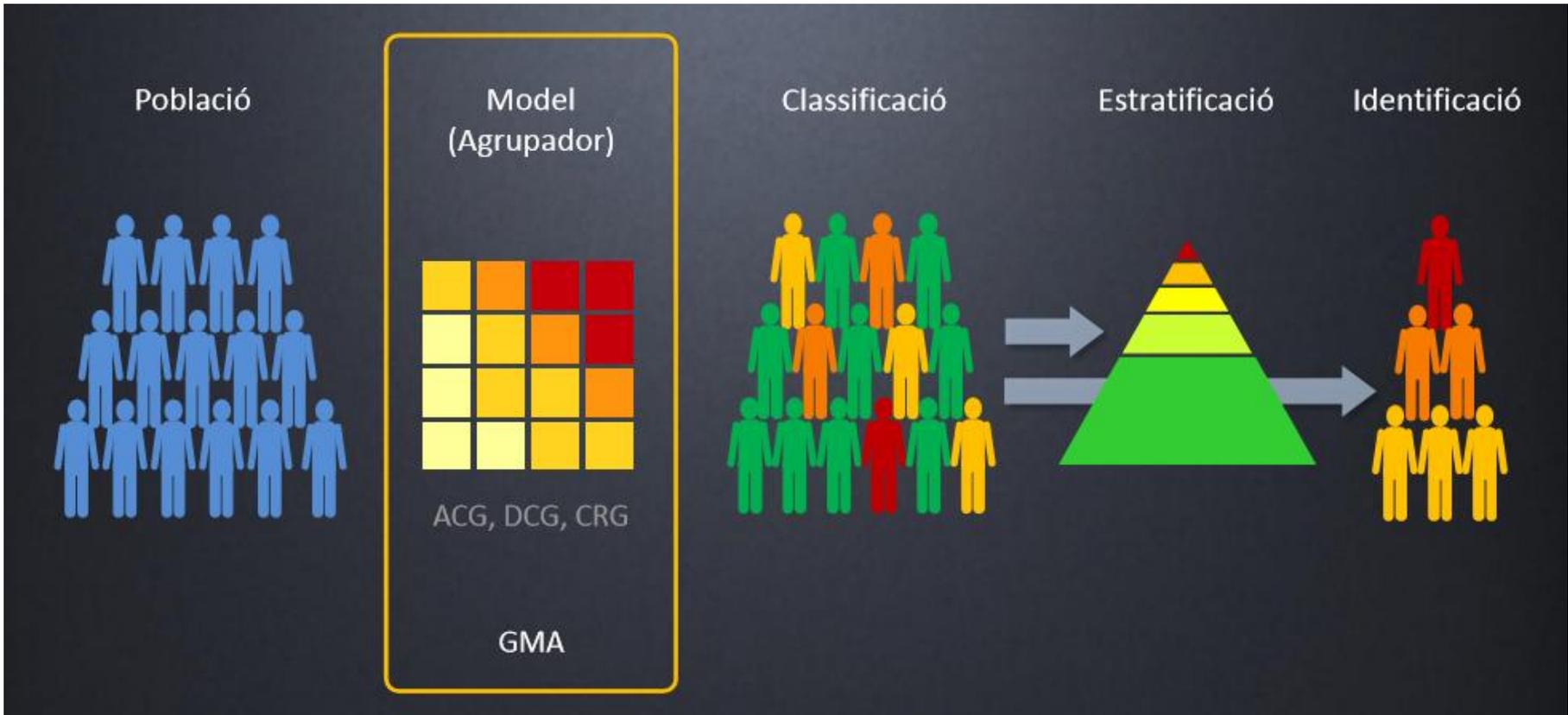
Atención sociosanitaria Integrada

Unidades de Crónicos Avanzados
Procesos transversales

Atención integral e integrada
Recuperación funcional

EMPODERAR AL USUARIO Y A LA PERSONA CUIDADORA

CONTINUIDAD ASISTENCIAL: Gestión de Casos



Grupos de Morbilidad Ajustados © David Monterde, Emili Vela, Montse Clèries . CatSalut. MiSSSI 2014

Objetivo 1: identificar a la población según morbilidad y nivel de complejidad

→ESTRATIFICACIÓN



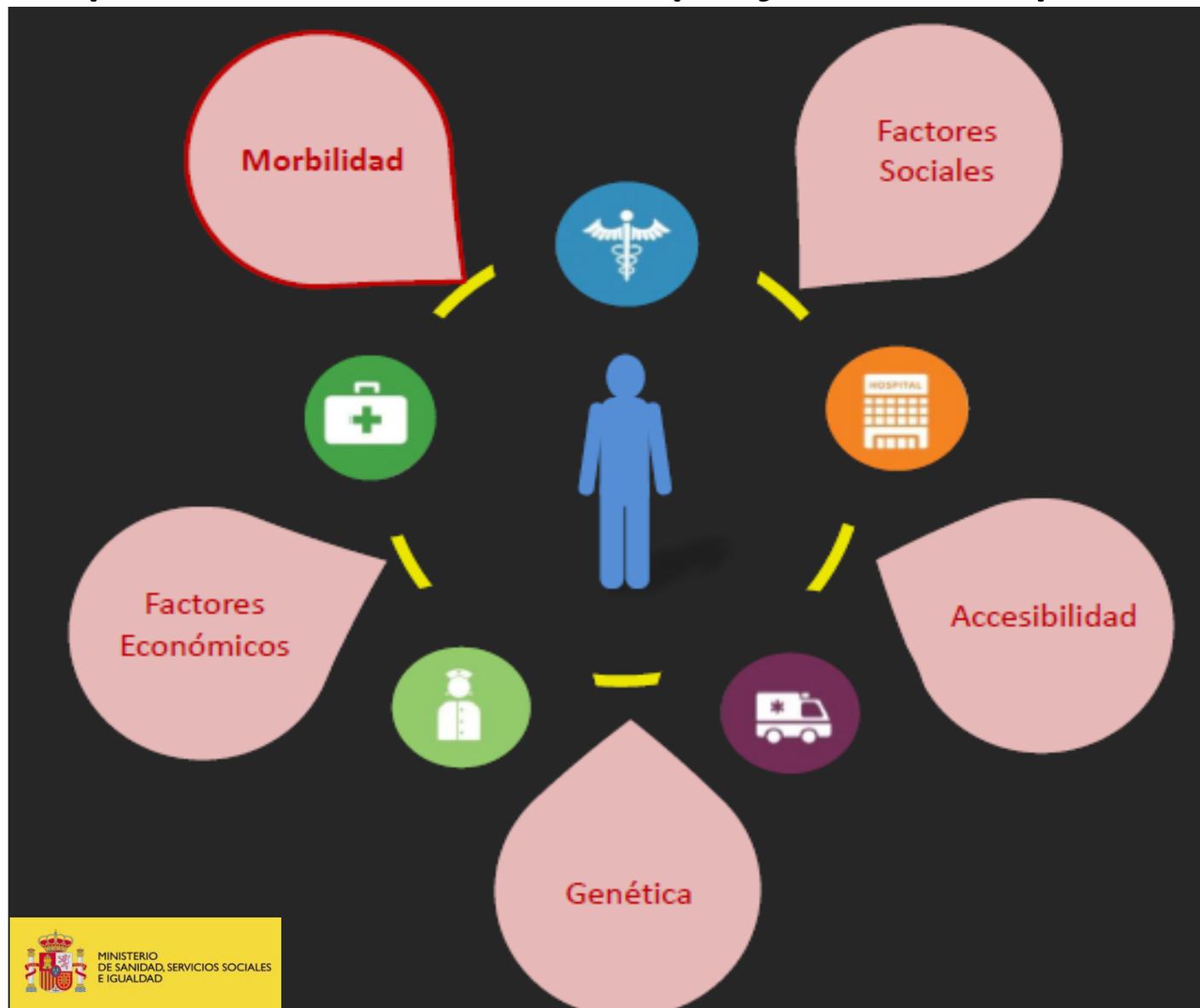
Arquitectura de los GMA©

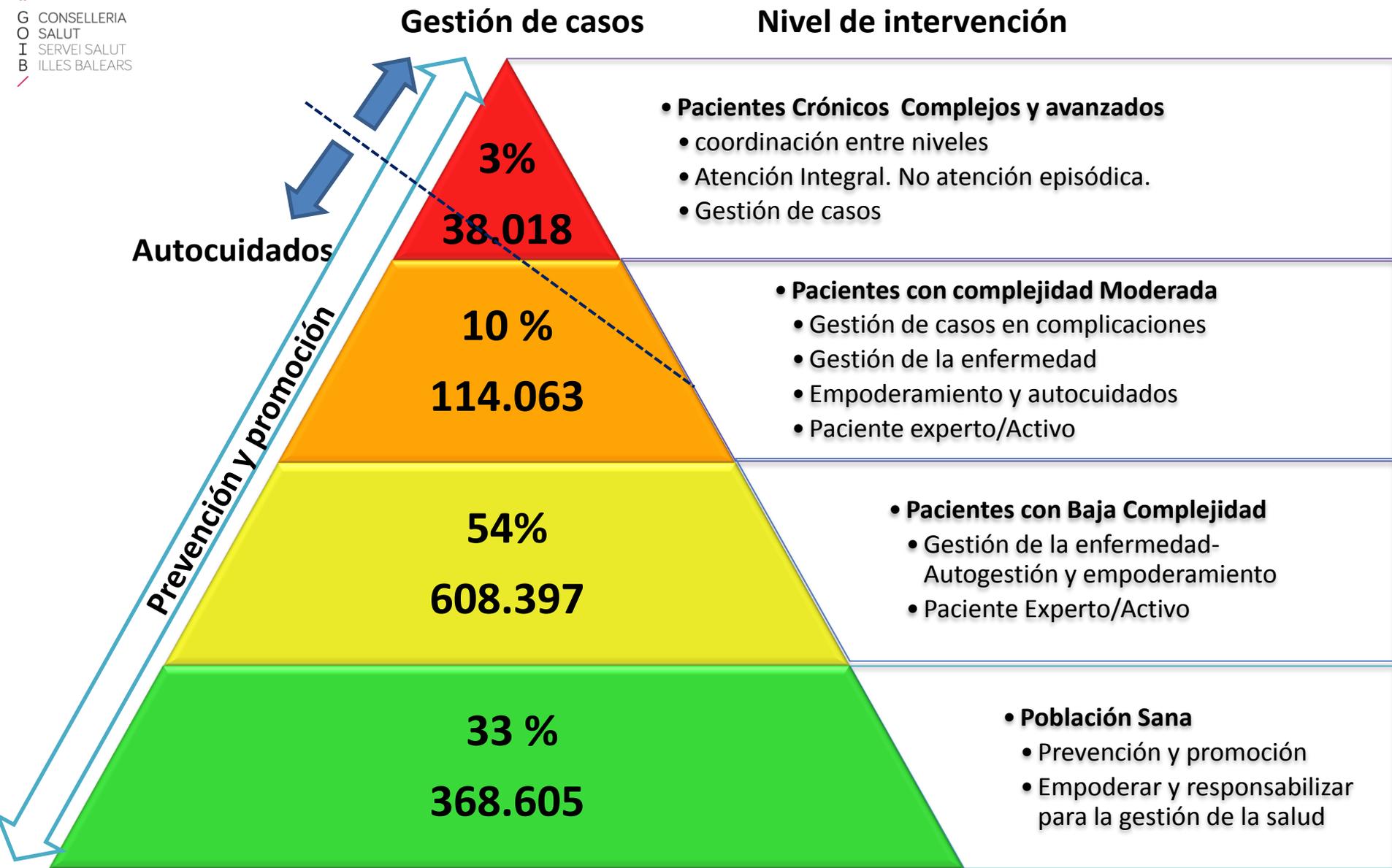
Grupo de Morbilidad		Nivel de Complejidad				
▲ (Multi) Morbilidad ▼	Pacientes con neoplasias en el período	1	2	3	4	5
	Pacientes con patología crónica en 4 o más sistemas	1	2	3	4	5
	Pacientes con patología crónica en 2-3 sistemas	1	2	3	4	5
	Pacientes con patología crónica en 1 sistema	1	2	3	4	5
	Pacientes con patología aguda	1	2	3	4	5
	Embarazos y partos	1	2	3	4	5
	Población sana	1				

◀ Complejidad ▶

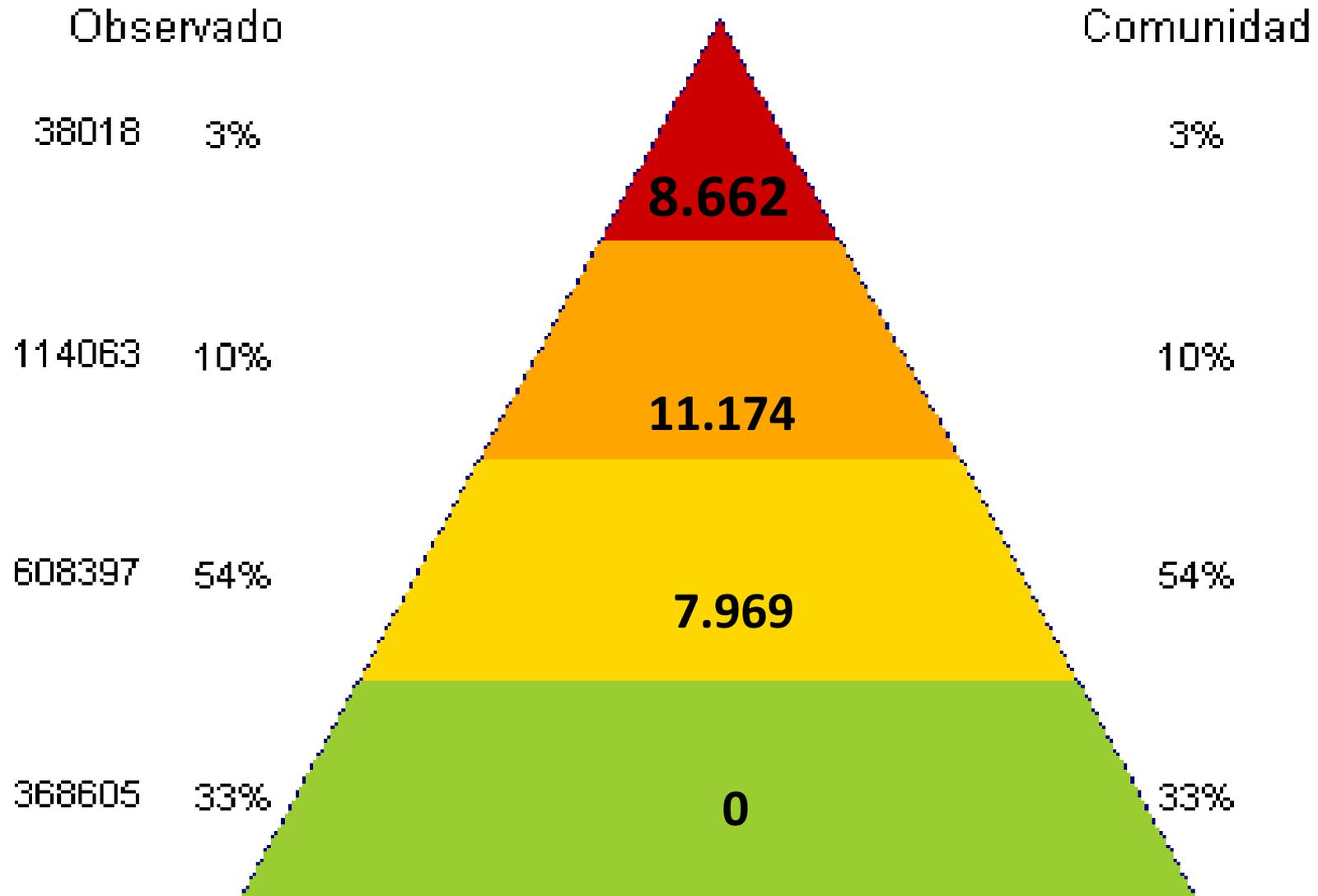


Componentes de la complejidad del paciente

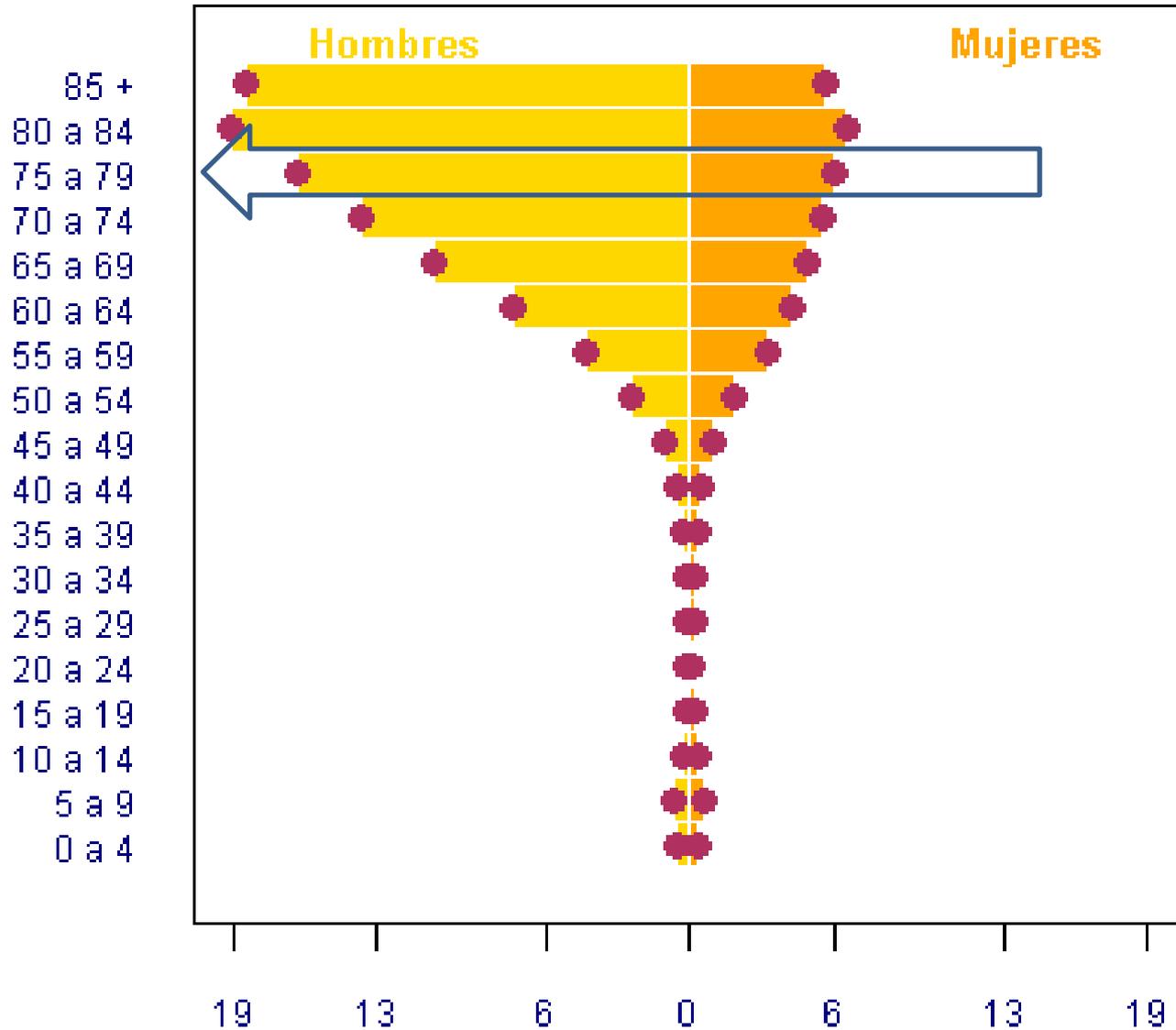




Total de pacientes con EPOC: 27.805



Distribución de la EPOC por edad y sexo (%) en IB



Clínico

- *Diagnósticos médicos y enfermería relevantes. Sds geriátricos.*
- *Problemas de salud activos.*
- *Alergias*

Estratificación y alarmas

- *Nivel de estratificación*
- *Alarmas de programa PCC y PCA*
- *Médico y enfermera referente*

Social

- *Información social relevante*
- *Identificación cuidador principal*

Escalas

Barthel, Braden, Dowton, MNA

Eje farmacoterapéutico

Actividad asistencial

- *Nº visitas urgencias e ingresos último año.*
- *Acceso informes*

Eje cognitivo/psicológico

Pfeiffer, GDS, Yesavage

Planes

- *Plan de cuidados*
- *Plan decisiones avanzadas.*
- *Voluntades anticipadas.*





ESTRATIFICACIÓN TICs y SIS

Atención Primaria eje de la Atención a las personas con enfermedades crónicas

- Mejorar la resolución en At. Primaria
- Nuevos Roles profesionales
- At. Domiciliaria
- Paciente Activo

Abordaje integral en la At. hospitalaria

- Unidades de Crónicos Complejos
- Especialista consultor
Consulta rápida
- Equip. Multiprof.
Abordaje integral
Recup. funcional

Atención sociosanitaria Integrada

- Unidades de Crónicos Avanzados
Procesos transversales
- Atención integrada
Recuperación funcional

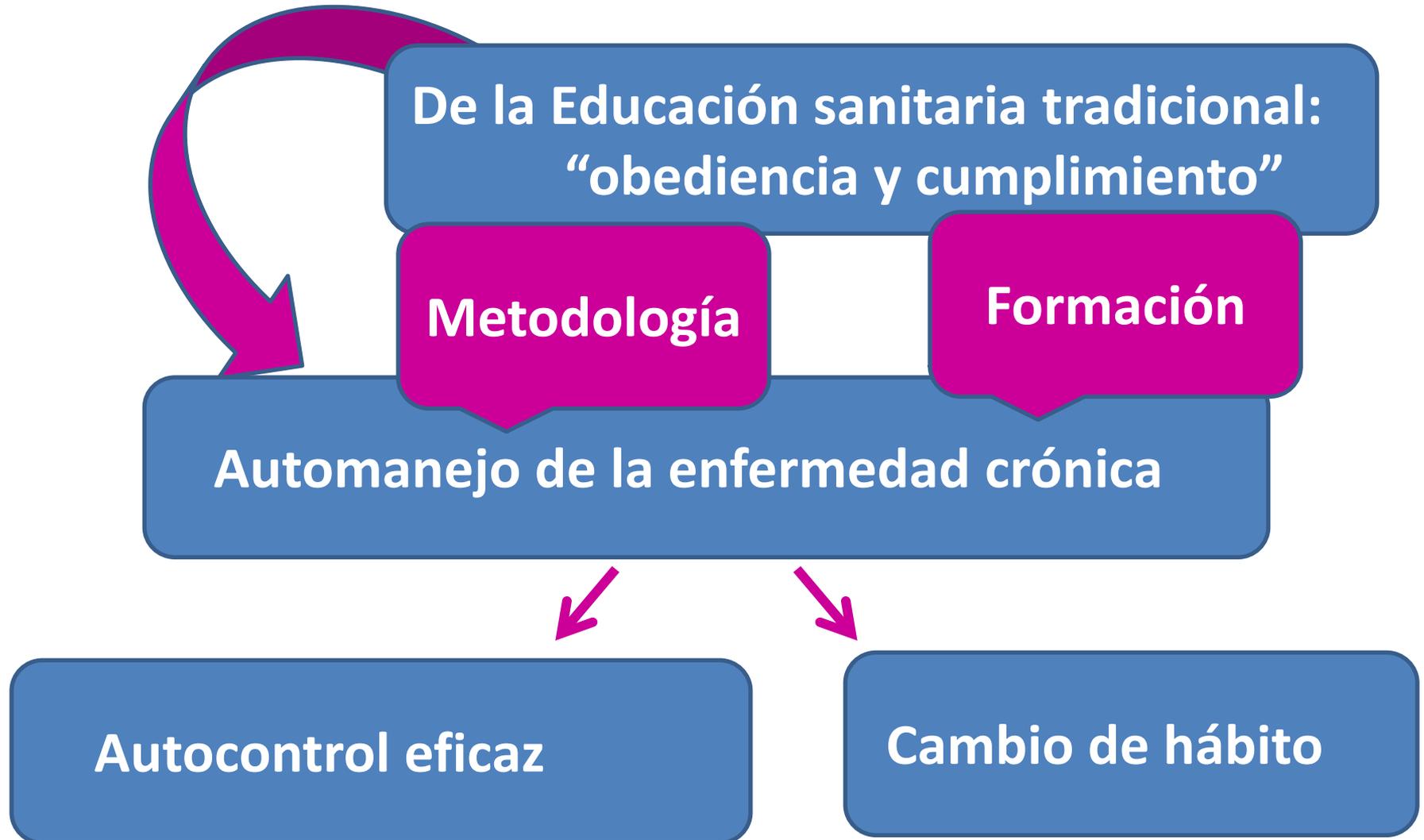
CONTINUIDAD ASISTENCIAL: Gestión de Casos

EMPODERAR AL USUARIO Y A LA PERSONA CUIDADORA

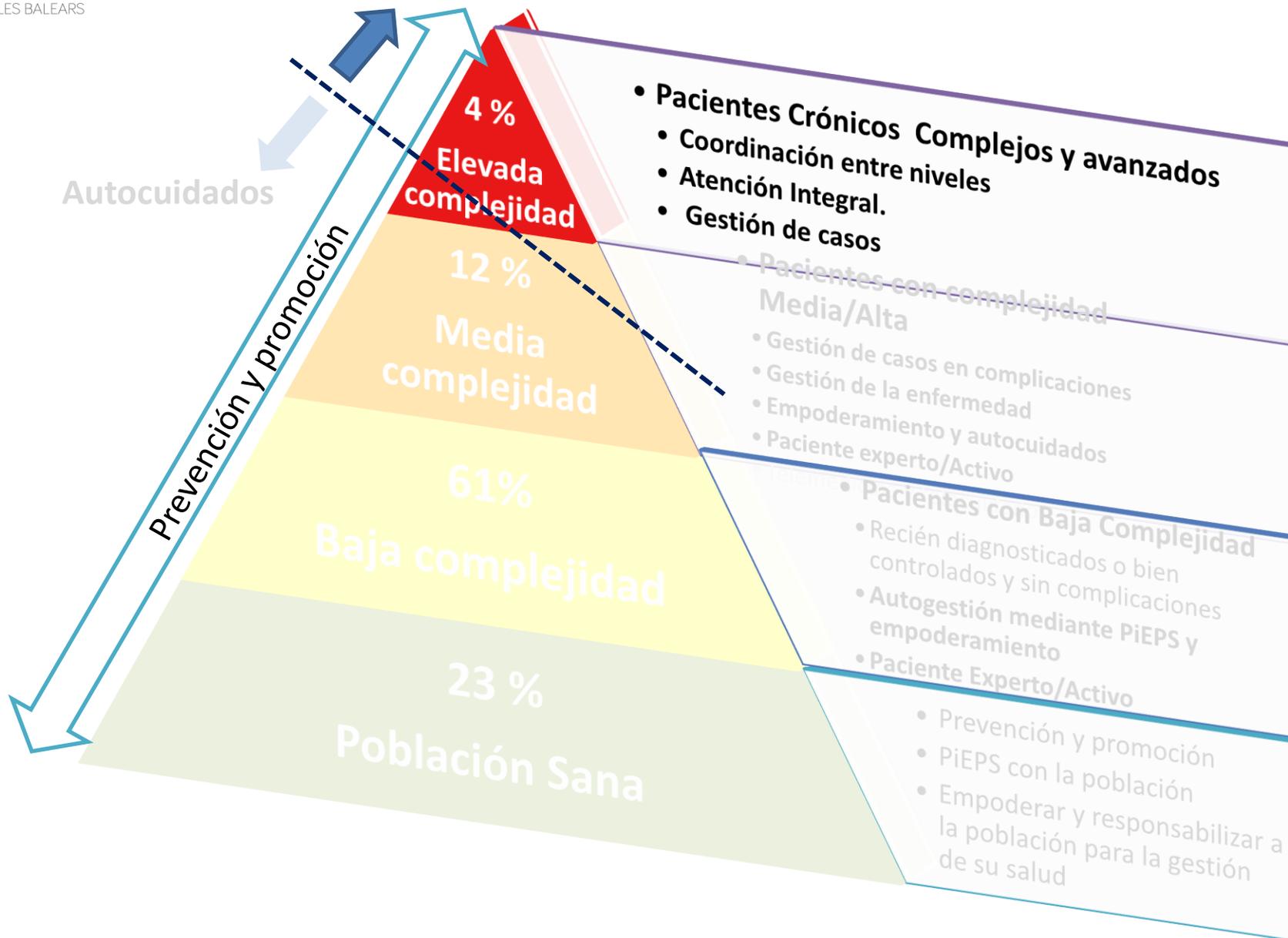


Objetivo 2: Mejorar la salud de las personas con problemas de salud crónicos de las Islas Baleares, de sus familias y de las personas cuidadoras a través de la formación entre iguales en el marco del programa de “Paciente Activo”

Empoderar a la población: Nuevos Roles



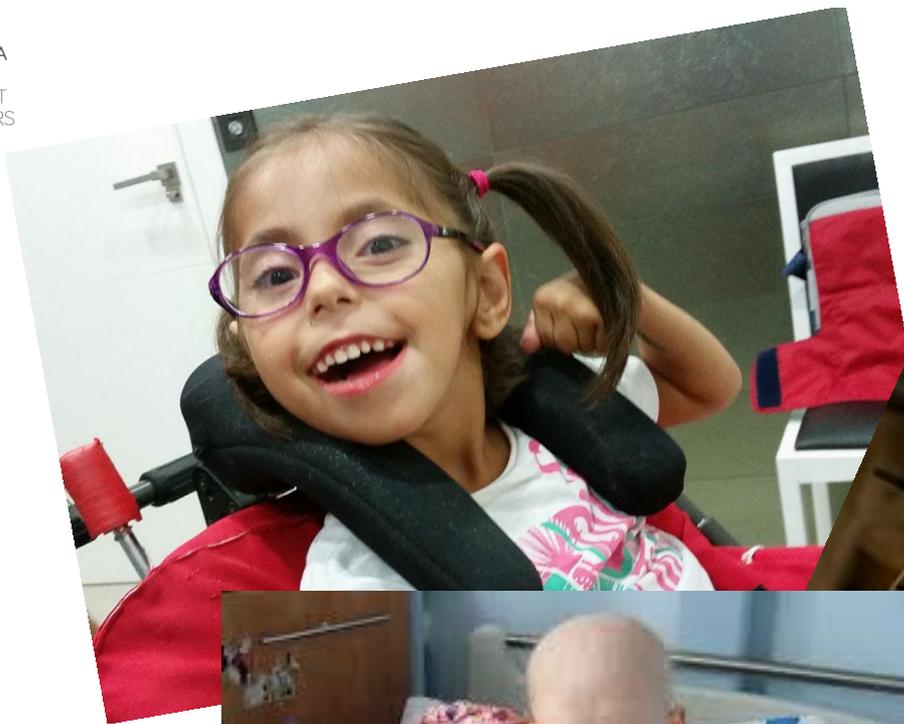
Gestión de casos



PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO (PCC) Y AVANZADO (PCA)



Objetivo 3: Implementar el proyecto de atención al paciente crónico complejo y avanzado en todos los ámbitos asistenciales del Servicio de Salud.



Objetivo 5: Diseñar un proyecto para la atención de niños y de adolescentes con problemas de salud crónicos complejos y/o avanzados, teniendo en cuenta la coordinación necesaria entre Salud, Servicios Sociales y Educación, para garantizar al niño y a su familia una infancia y una escolarización lo más normalizada posible



PCA 1%

- Cumplir criterios de paciente PCC
- NECPAL +
- **NO precisan exploraciones sofisticadas NI tratamientos agresivos o invasivos**

PCC 3%

- Coexistencia de dos o más patologías crónicas con frecuentes descompensaciones y alto riesgo de pérdida funcional
- Una sola enfermedad crónica con afectación severa e importante pérdida funcional y/o cognitiva. Barthel ≤ 60 y/o Pfeiffer ≥ 5



¿Cuánto se tarda en hacer un NECPAL?



Enfermería Clínica

www.elsevier.es/enfermeriaclinica

ORIGINAL BREVE

Detección de necesidad de atención paliativa en una unidad de hospitalización de agudos. Estudio piloto

Miguel Ángel Rodríguez-Calero^{a,*}, Joana Maria Julià-Mora^b y Araceli Prieto-Alomar^c

^a Unidad de calidad, Hospital de Manacor, Manacor, Mallorca, España

(Kappa 0,5043) encontrándose mayor concordancia entre enfermeras. El tiempo medio dedicado por paciente fue entre 1,9 y 7,72 minutos. La prevalencia de necesidad de atención paliativa resultó 23,28%.



Objetivo Principal

Mejorar la **calidad de la atención al paciente y a la persona cuidadora**

Permaneciendo el **máximo tiempo posible en el entorno comunitario**



Objetivo 9: Aumentar la capacidad de resolución de la Atención Primaria



Objetivos específicos

- **Evitar el declive funcional**
- **Disminuir el número de ingresos y visitas a urgencias**
- **Potenciar autocuidado y autonomía de paciente y familia**
- **Diseñar rutas asistenciales específicas**
- **Asegurar continuidad asistencial mediante proyecto EGC**
- **Abordar la polimedicación**
- **Facilitar una Atención domiciliaria adecuada**
- **Integrar los cuidados paliativos en todos niveles**



Los pacientes quieren permanecer en su casa

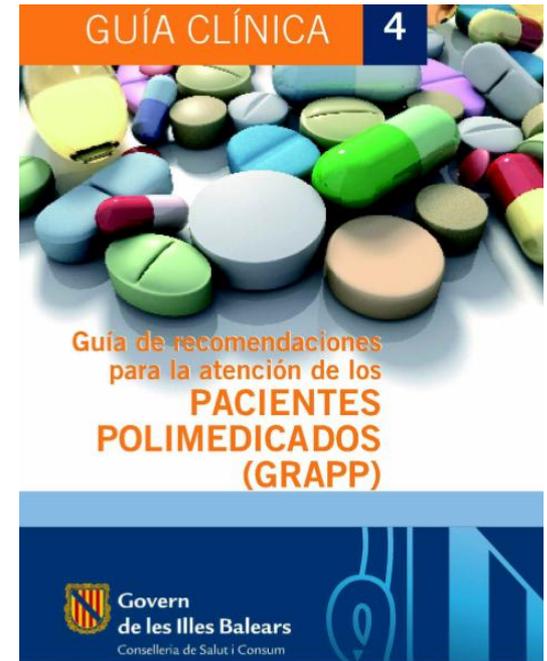


Objetivo 7: Implementar el programa de Atención Domiciliaria para mejorar la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes con enfermedades crónicas complejas y/o avanzadas o que requieren atención sanitaria y tienen dificultades para desplazarse al Centro de Salud



Polimediación en mayores

- El 35% desarrollan algún efecto adverso
- Caídas, Duplicidades, Interacciones, RAM...
- Falta Adherencia 40 – 50%
- 30 % de las urgencias son por PRM
- Iatrogenia x fármacos → 5% Ingresos Hosp.
- Los Fármacos → responsables del 50% de las complicaciones en los Ingresos





ESTRATIFICACIÓN TICs y SIS

Atención Primaria eje de la Atención a las personas con enfermedades crónicas

Mejorar la resolución en At. Primaria

Nuevos Roles profesionales

At. Domiciliaria

Pa

Abordaje integral en la At. hospitalaria

Unidades de Crónicos Complejos

Especialista consultor
Consulta rápida

Equip. Multiprof.

Atención sociosanitaria Integrada

Unidades de Crónicos

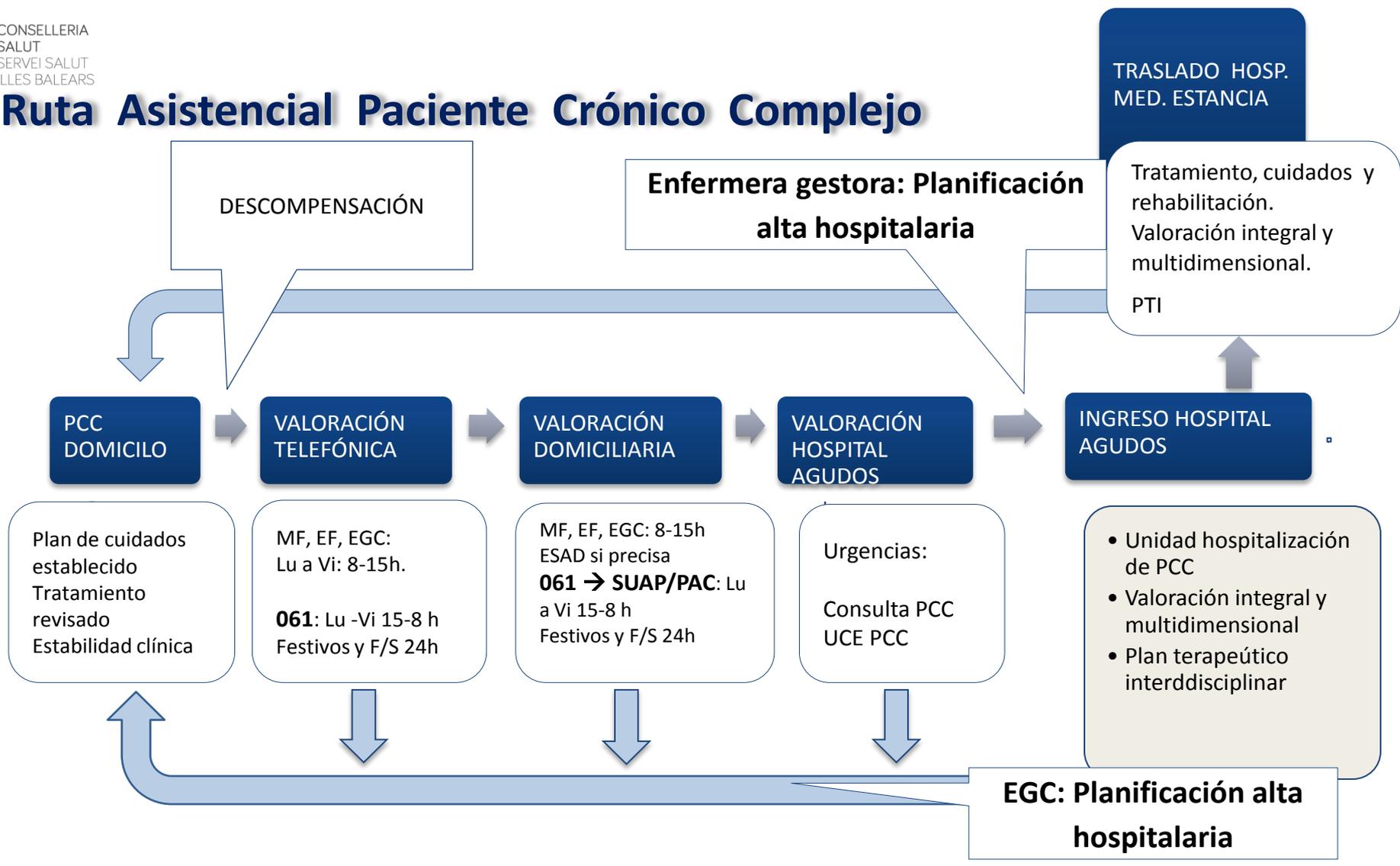
Atención integral e

CONTINUIDAD ASISTENCIAL: Gestión de Casos

EMPODERAR AL USUARIO Y A LA PERSONA CUIDADORA



Ruta Asistencial Paciente Crónico Complejo



Objetivo 4: Implementar el proyecto Enfermera Gestora de Casos, garantía de coordinación y de continuidad asistencial en todos los ámbitos asistenciales del Servicio de Salud.



% de pacientes NECPAL+ en UHA con síntomas $\geq 4/10$ (EVAs)

Síntomas	TOTAL
Dolor	40 (50,6%)
Astenia	61 (78,2%)
Depresión	50 (63,3%)
Ansiedad	54 (70,1%)
Somnolencia	32 (41%)
Anorexia	40 (50,6%)
Insomnio	33 (41,8%)





Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: A cross-sectional study

Palliative Medicine
2014, Vol. 28(4) 302–311
© The Author(s) 2014
Reprints and permissions:
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0269216313518266
pmj.sagepub.com
SAGE

**PCA
NECESIDAD DE CCPP**

Xavier Gómez-Batiste^{1,2}, Marisa Martínez-Muñoz^{1,2}, Carles Blay^{2,3}, Jordi Amblàs⁴, Laura Vila⁵, Xavier Costa⁵, Joan Espauella⁴, Jose Espinosa^{1,2}, Carles Constante⁶ and Geoffrey K Mitchell⁷

Principal condición/enfermedad	
Fragilidad avanzada	31,30%
Demencia	23,40%
Cáncer	12,90%
Cardiopatía	10,20%
EPOC	6,50%
Enf. Neurológicas	6,10%
Enf. Renal crónica	3,10%
Hepatopatías	1,90%
Otra enfermedad crónica	2,80%
otros	1,80%



Prevalencia PCA por ámbito asistencial

Original Article



Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: A cross-sectional study

Palliative Medicine
2014, Vol. 28(4) 302-311
© The Author(s) 2014
Reprints and permissions:
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0269216313518266
pmj.sagepub.com
SAGE

Xavier Gómez-Batiste^{1,2}, Marisa Martínez-Muñoz^{1,2}, Carles Blay^{2,3},
Jordi Amblas⁴, Laura Vila⁵, Xavier Costa⁵, Joan Espauella⁴, Jose
Espinosa^{1,2}, Carles Constante⁶ and Geoffrey K Mitchell⁷

Prevalencia por ámbito asistencial	ECA
Atención Primaria	1,4%
Residencias	72,0%
Centros Sociosanitarios	94,6%
Hospital de agudos del distrito	42,8%



Ruta Asistencial P. Crónico Avanzado

Solicitud de atención
paciente PCA

PCA
DOMICILIO

VALORACIÓN
TELEFÓNICA

VALORACIÓN
DOMICILIARIA

INGRESO
UNIDAD
POLIVALENTE

- Plan de cuidados establecido
- PDA
- Tratamiento revisado
- Estabilidad clínica

- EGC, MF, EF: 8-20 h.
- 061: 20-8 h, NOCHES, FESTIVOS Y FINES DE SEMANA

- De Lu a Vi de 08-20 h: MF, EGC, EF. ESAD S/P
- De Lu a Ju de 20-08 y Vi de 15-08h. Sáb, Dom y festivos: 061 → SUAP/PAC

- Unidad hospitalización de PCA
- Valoración integral y multidimensional
- Plan terapéutico interdisciplinar
- Tratamiento, cuidados y rehabilitación si precisa.

EGC: Planificación alta hospitalaria

- PDA: Planificación de las decisiones anticipadas
- EGC: Enfermera gestora de Casos
- PCA: Paciente crónico avanzado
- SUAP/PAC: Servicio de Urgencias de Atención Primaria/ Punto de Atención Continuada

Los pacientes...

- Quieren hablar sobre su estado y expectativas.
- Aceptan la propuesta PCA
- Quieren co-liderar el proceso de atención.





EGC
 Continuidad
 Asistencial

**ATENCIÓN
 DOMICILIARIA**

ESAD

Atención
 Primaria



Hospital
 Agudos

**UNIDAD DE
 CRÓNICOS
 COMPLEJOS**

**Consulta
 rápida**

URGENCIAS

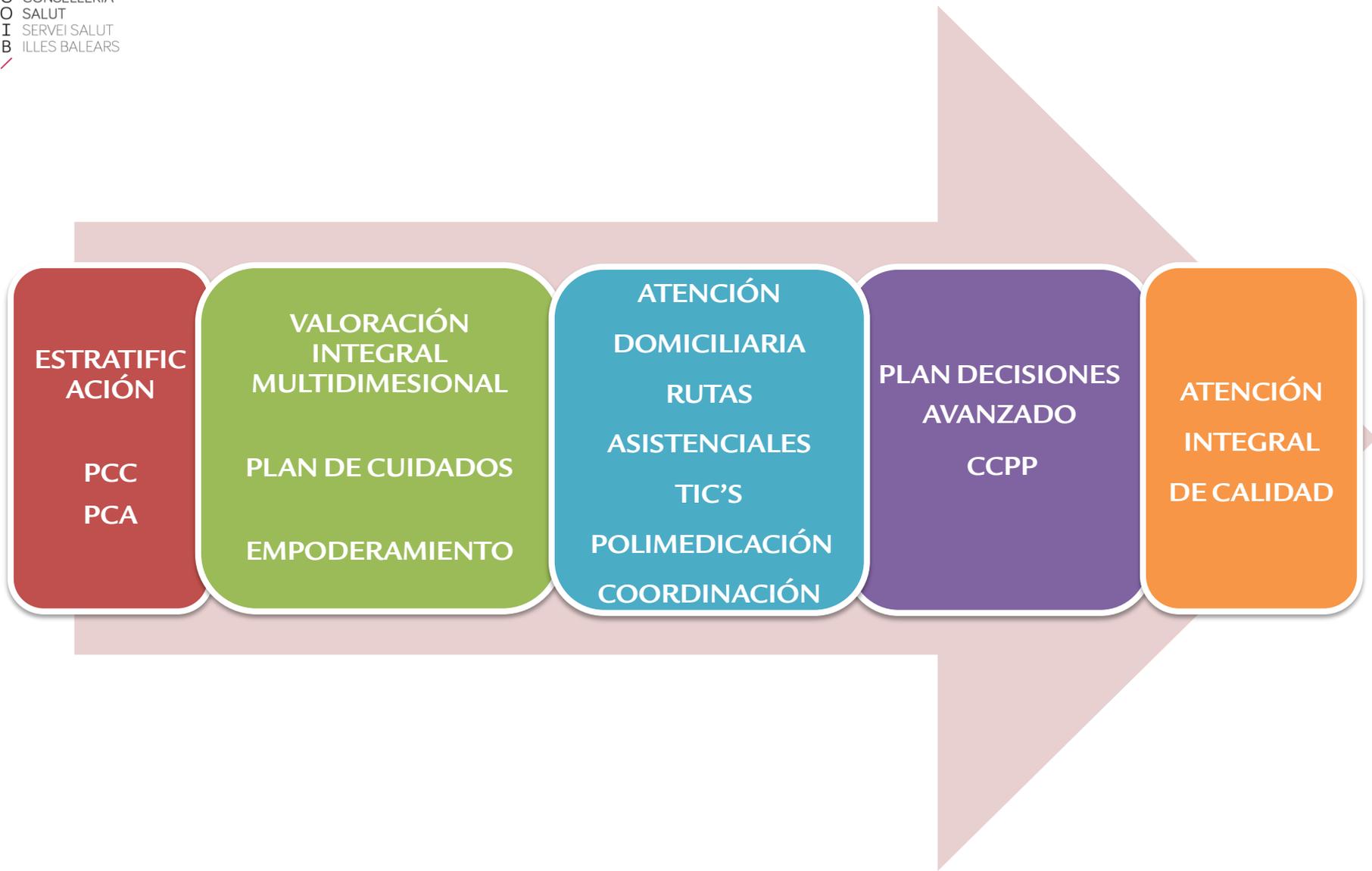
061

Objetivo 6: Impulsar una coordinación eficaz entre los servicios sanitarios y los servicios sociales con el objetivo de asegurar una atención integral

Atención
 Sociosanitaria

**UNIDAD DE CRÓNICOS AVANZADOS
 CCPP, CONVALECENCIA, HDG**

**Coordinación con
 Servicios Sociales**





¿Aceptamos el reto?