

2022

AÑADIENDO “VALOR” A LA CRONICIDAD

PROYECTO DE ASISTENCIA INTEGRAL
PARA PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS
MULTIINGRESADORES

- HOSPITAL DE DÍA DE PROCESOS -



SERVIZO
GALEGO
de SAÚDE

Área Sanitaria de Lugo, A Mariña
e Monforte de Lemos

HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI
LUGO

Contenido

Introducción.....	2
Objetivo	5
Ámbito de aplicación.....	5
Desarrollo	6
Teleseguimiento de pacientes crónicos a través de la plataforma TELEA.....	7
Comité de Atención Integrada	9
Indicadores de evaluación	10
Circuitos de inclusión y seguimiento en el programa PCC Multiingresador	11
Resultados del programa	12
Beneficios y satisfacción de pacientes y cuidadores	13
BIBLIOGRAFÍA.....	14

PROYECTO DE ASISTENCIA INTEGRAL PARA PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS MULTIINGRESADORES

1. Introducción

Los pacientes crónicos complejos, habitualmente ancianos, precisan de múltiples contactos con el sistema sanitario tanto en el nivel de atención primaria (AP) como en atención hospitalaria (AH). La atención que reciben está sujeta a una variabilidad clínica significativa derivada de la fragmentación de su asistencia. Esto genera en muchas ocasiones intervenciones inapropiadas que incluyen derivaciones innecesarias hacia las consultas hospitalarias, atenciones frecuentes en los servicios de urgencias, ingresos hospitalarios repetidos, polifarmacia y reacciones adversas a los medicamentos.

Brindar respuestas efectivas, sostenibles, apropiadas y basadas en valores es uno de los desafíos clave que enfrentan nuestro Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, nuestro país tiene una de las proporciones más altas de población de ancianos y enfermos crónicos de Europa, lo que dificulta la consecución de nuestros objetivos. El aumento de las enfermedades crónicas en España afecta al 77,6% de las personas mayores de 65 años acercándose a un 100% en edades aún más avanzadas, augurando cuellos de botella en el sistema sanitario y la administración.

Se han ideado estrategias a nivel nacional para hacer frente a este problema, pero más bien están dirigidas a abordar patologías médicas agudas. Las crecientes necesidades de atención y recursos sanitarios ponen de manifiesto la necesidad de orientarnos hacia nuevas acciones basadas en valor y relacionadas con una auténtica transformación de nuestros sistemas sanitarios, que se refleje en la mejora de la sostenibilidad, pero sobre todo en la mejora de la calidad de vida de las personas como consecuencia de una mejor gestión centrada en este perfil de pacientes.

Una de las claves de este programa es actuar bajo la estrategia del “no hacer” o lo que es similar, centrarse en acciones que aporten valor, apoyándonos en herramientas de innovación de telemedicina que nos favorezcan la automatización de respuestas.

Para ello se han elaborado estrategias de valor a través de una atención integrada que consiste en un sistema híbrido entre la atención presencial y teleasistencia sanitaria con

el objetivo principal de mejorar la calidad de vida del paciente y la disminución de ingresos y urgencias hospitalarias a través de las siguientes acciones:

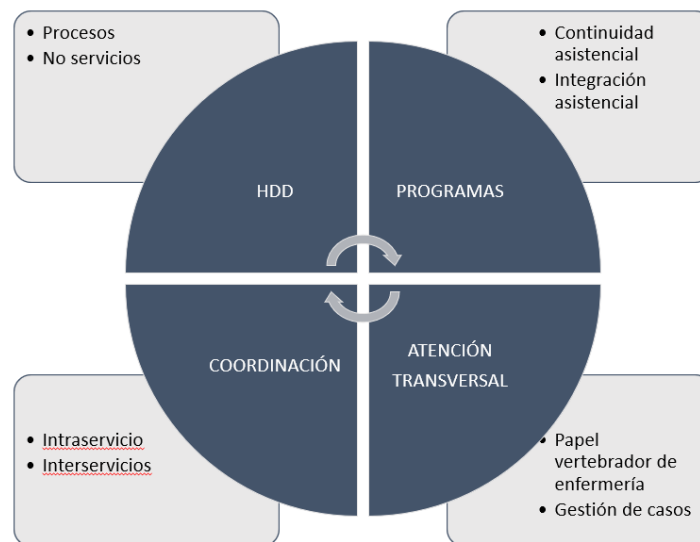
- Atención integral personalizada: plan de seguimiento compartido entre equipos sanitarios de referencia y paciente.
- Orientación hacia un modelo participativo vs paternalista
- Establecimiento de equipos de referencia sanitarios: evitar duplicidad de citas en consultas externas
- Conciliación terapéutica: evitamos el sobretratamiento farmacológico.
- Priorización de pacientes
- Agilización en la asistencia sanitaria con telemedicina
- Atención inmediata por videoconsultas
- Empoderamiento del paciente hacia su autogestión.
- Prevención de ingresos y visitas a urgencias hospitalarias a través de la atención proactiva
- Detección precoz de descompensaciones
- Promoción del alta hospitalaria precoz con continuidad asistencial por equipo de referencia
- Atención urgente directa con telemedicina
- Coordinación entre atención primaria y hospitalaria: disminuyendo la variabilidad clínica
- Coordinación entre dispositivos hospitalarios (061)
- Regulación de la continuidad asistencial entre niveles

El programa de asistencia compartida está dirigido a la prestación de una asistencia integral centrada en el paciente, sus necesidades y su entorno, a través del eje regulador funcional del Hospital de Día de Procesos (HDDPRO). El programa está basado en una gestión individualizada de cada caso, basada en el consenso y la corresponsabilidad de los equipos de los niveles de AP y AH, conectados mediante circuitos fluidos de comunicación que permitan el traslado de información y la administración de cuidados especializados de forma rápida en caso necesario. Un equipo de profesionales integrado por médico de familia y enfermería de AP, unidos a enfermería gestora de casos y

especialista hospitalario designado para cada paciente (Medicina interna, Neumología, Geriatría, Digestivo, Cardiología u otro), estos últimos actuando desde el HDDPRO, elaborarán un plan de cuidados específico para cada paciente crónico complejo multiingresador incluido en el programa, que ofrecerá las siguientes prestaciones:

- Educación sanitaria del paciente y de su entorno (hábitos de vida, optimización de manejo de fármacos, reconocimiento de síntomas de alarma).
- Atención sanitaria integral que intenta disminuir la variabilidad clínica en el manejo del paciente, replanteando entre otros aspectos las necesidades de polifarmacia y seguimiento especializado en múltiples consultas hospitalarias.
- Posibilidad de atención precoz en el HDDPRO en caso de inestabilización.

-Realización de pruebas diagnósticas necesarias para valorar su problema de salud y administración de tratamientos.



2. Objetivo

Este programa de asistencia compartida entre atención primaria (AP) y atención hospitalaria (AH), se ha creado con el objetivo de ofrecer un seguimiento estrecho y coordinado a un perfil de paciente crónico complejo multiingresador/hiperfrecuentador de los servicios hospitalarios, elaborando un plan de cuidados individualizado, mejorando la calidad de vida de estos pacientes y coordinando la asistencia sanitaria.

Entre las principales finalidades del programa, se encuentran las siguientes:

- ✓ Mejorar la calidad de vida.
- ✓ Evitar reingresos y asistencias a urgencias potencialmente previsibles.
- ✓ Fomentar la coordinación entre los niveles asistenciales de AP y AH.
- ✓ Valoración integral multidisciplinar y seguimiento proactivo enfermera gestora.
- ✓ Conocer los signos y síntomas de alarma con el fin de adelantarse a las - descompensaciones de su enfermedad.
- ✓ Educación y consejos globales centrados sobre sus principales patologías crónicas.

3. Ámbito de aplicación

Este procedimiento, es de aplicación a un perfil de paciente crónico complejo multiingresador del distrito centro del área sanitaria de Lugo, que se ajuste a los siguientes criterios.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con tres o más ingresos en los últimos 12 meses en área médica.
- Pacientes con dos ingresos en los últimos 3 meses por el mismo diagnóstico en área médica.
- Pacientes pertenecientes al distrito centro del área sanitaria de Lugo.
- Pacientes con al menos una patología crónica compleja con riesgo de descompensación: ICC, EPOC, anemia, diabetes, cirrosis...

- Aceptación de inclusión en programa.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes fuera del distrito centro del área sanitaria de Lugo.
- Consentimiento denegado.
- Incumplidores (no acuden a varias citas programadas, altas hospitalarias voluntarias,...)
- Ingresos programados o pertenecientes a área quirúrgica (realización de técnicas, estudios,...).
- Ingresos por diferentes diagnósticos, sin relación entre ellos.
- Fase aguda de un tratamiento oncológico.
- Pacientes con enfermedad terminal.
- Pacientes dializados.

4. Desarrollo

Entrada del paciente en el Programa PCC:

Los pacientes subsidiarios de ingresar en el programa de “Paciente Crónico Complejo” HDDPRO en asistencia compartida, se seleccionan a través de los listados hospitalarios de reingresos recibidos desde la Unidad de Control de Gestión. También pueden ser derivados desde su EAP (Equipo de Atención Primaria) o desde un profesional médico o de enfermería de otro servicio del hospital (urgencias hospitalarias, planta de hospitalización,...).

La enfermera gestora revisa cada caso y selecciona aquellos pacientes candidatos según el cumplimiento de los criterios de inclusión. Para la decisión final de inclusión se valora de forma individualizada con el resto del equipo médico del servicio correspondiente (Neumología, Geriátrica, Medicina Interna, Cardiología, Digestivo).

Previamente a la incorporación al programa de asistencia compartida, se verifica el consentimiento del paciente para inclusión definitiva en el Programa de Asistencia Compartida.

Antes del alta hospitalaria a domicilio, se acude a la planta de hospitalización y se realizarán las siguientes actividades:

- Explicar la finalidad y objetivos del Programa.
- Ofrecer el contacto telefónico de la enfermera gestora del Programa con los horarios disponibles.
- Dar por escrito las recomendaciones a seguir en su plan de cuidados.
- Realizar educación sanitaria sobre los cuidados de sus enfermedades.

Tras el alta, se citará presencialmente al paciente y cuidador principal en el HDDPRO para realizar la primera valoración integral y establecer un plan de seguimiento.

5. Teleseguimiento de pacientes crónicos a través de la plataforma TELEA

Se introduce el protocolo de “Paciente Crónico Complejo”, con el objetivo de realizar un seguimiento más integral, de manera que le facilite la permanencia del paciente en su domicilio con un consecuente aumento de su calidad de vida, a través de una atención más proactiva y con una mejoría de la capacidad de resolución médica.

Descripción del proceso:

El seguimiento teleasistido de pacientes crónicos se realiza a través de la plataforma tecnológica TELEA, que el Servicio Gallego de Salud pone a su disposición a través de la web, para mejorar la calidad del seguimiento de sus enfermedades crónicas. La implantación de este modelo de atención a través de la plataforma TELEA, que está

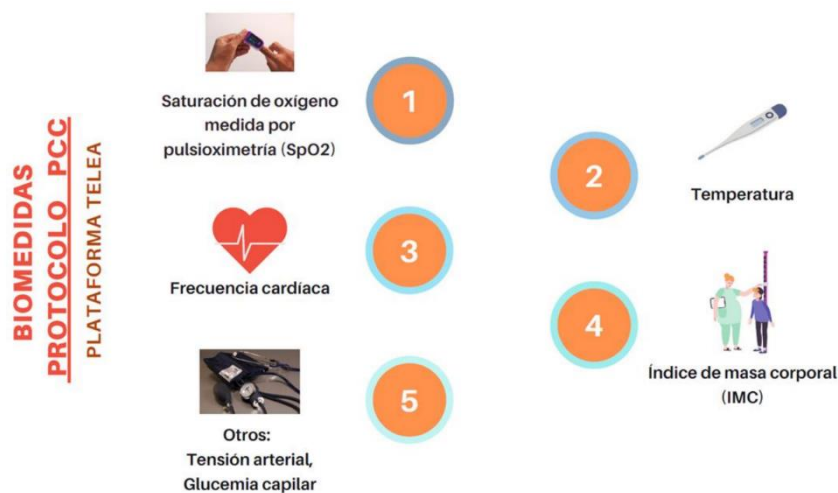
integrada con los sistemas de información corporativos, permite realizar un seguimiento continuo da la situación clínica de la/del paciente y adelantarse a posibles episodios de agravamiento de la enfermedad. La/el paciente incluye una serie de biomedidas en el aplicativo y/o da respuesta a cuestionarios clínicos/escalas de salud, esta información se integra directamente en la historia clínica electrónica, para ser valorada por los profesionales sanitarios, que pueden comunicarse, si es necesario, con la/el paciente, mediante llamada telefónica, video-llamada o de forma presencial y así desarrollar las actuaciones encaminadas a restaurar la normalidad y prevenir recaídas o reagudizaciones.

Criterios xerais
<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes multiingresadores: máis de 2 ingresos no último ano en área médica. • Pacientes con mais de 1 patoloxía crónica complexa con risco de descompensación: ICC, EPOC, anemia, diabete, cirrose. • Soporte social e funcional adecuados.
Criterios específicos
<p>Dispositivos axeitados necesarios para realizar as biomedidas e enviar os datos obtidos nos sistemas informáticos.</p> <p>Dispositivos de medición de temperatura, peso, frecuencia cardíaca, tensión arterial, saturación de osíxeno e glucómetro, conectados cos sistemas informáticos do SERGAS, desde dispositivos intelixentes domiciliarios.</p>

Criterios generales y específicos de inclusión:

Solicitante del Servicio: enfermera gestora de casos.

Biomedidas a introducir



Enquisa de situación do paciente crónico complexo (diaria)		
Preguntas	Si	Non
1. ¿Tivo dor o día anterior?		
2. ¿Tivo algún problema xeneral de saúde o día anterior?		
3. ¿Tivo algún problema coa toma da medicación o día anterior?		

6. Comité de Atención Integrada

El Comité de Atención Integrada (CAI) es un equipo multidisciplinar de profesionales sanitarios de los ámbitos de atención primaria y atención hospitalaria, cuyo objetivo es la creación de un escenario de cooperación en la gestión de los pacientes crónicos complejos. El CAI elaborará un plan individualizado y consensado de continuidad asistencial, centrado en el paciente, a través de una revisión conjunta del caso por todos los profesionales de referencia, buscando una atención personalizada, resolutive, eficiente

Perfil de pacientes

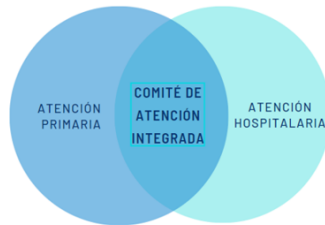
Dentro del plan general de atención al paciente crónico complejo, se enmarca el programa de seguimiento de pacientes con múltiples ingresos hospitalarios relacionados entre si, asiduos frecuentadores asimismo de diferentes consultas hospitalarias y otros recursos asistenciales. El seguimiento de estos pacientes, en su faceta hospitalaria, está centralizado en el Hospital de Día de Procesos. El CAI se centrará en la valoración de los pacientes incluidos en este programa asistencial, sin perjuicio de que se puedan presentar a evaluación otros casos especialmente complejos.

¿Quiénes lo integran?

Médicos de atención primaria, médicos de atención hospitalaria de los servicios que frecuente el paciente (cardiología, endocrinología, geriatría, medicina interna, nefrología, neumología,...) y enfermeras gestoras de enlace.

CAI - COMITÉ DE ATENCIÓN INTEGRADA -

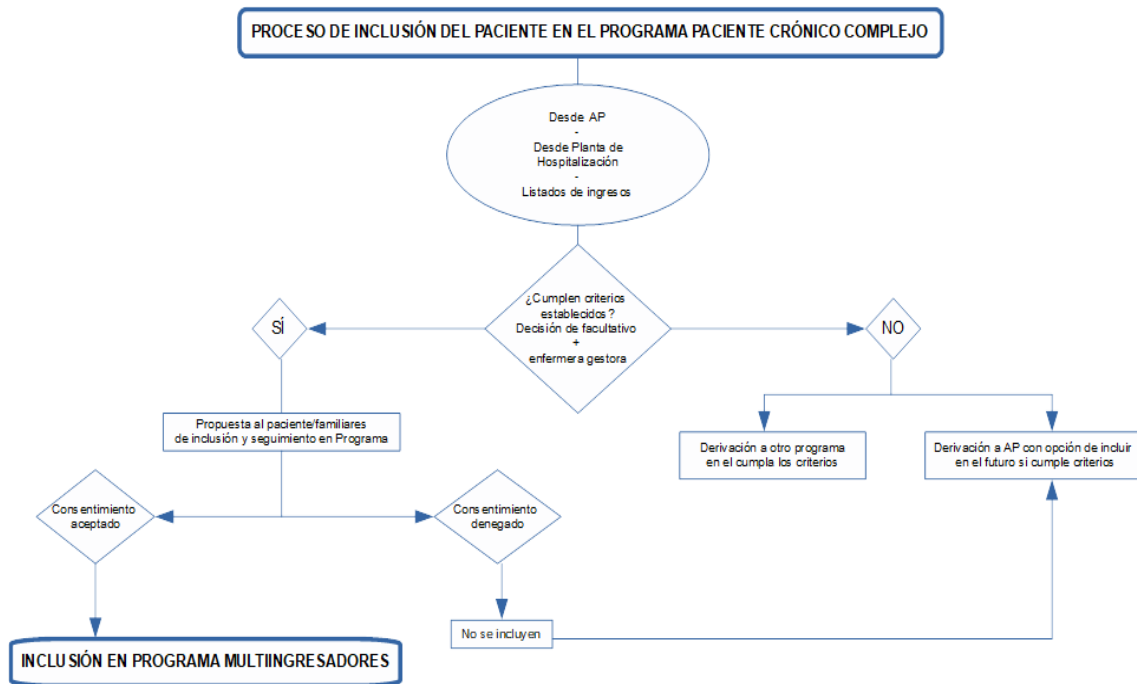
ESCENARIO DE COOPERACIÓN



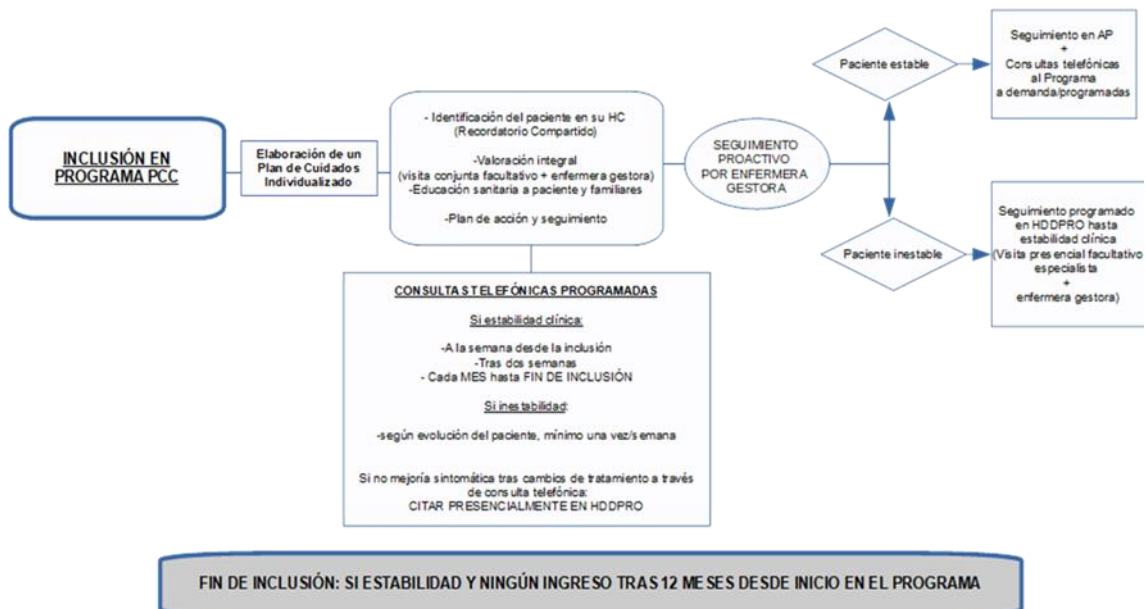
7. Indicadores de evaluación

- ✓ Número de ingresos hospitalarios
- ✓ Estancia hospitalaria en caso de ingreso hospitalario
- ✓ Número de consultas programadas en consultas hospitalarias
- ✓ Número de consultas programadas en médico de familia/enfermería
- ✓ Número de consultas programadas/a demanda en HDDPRO médico/enfermería
- ✓ Número de consultas en el servicio de Urgencias hospitalarias
- ✓ Número de consultas en el servicio de Urgencias extrahospitalarias (Puntos de Atención continuada)
- ✓ Número de fármacos
- ✓ Índices de calidad de vida
- ✓ Índices de satisfacción

8. Circuitos de inclusión y seguimiento en el programa PCC Multiingresador

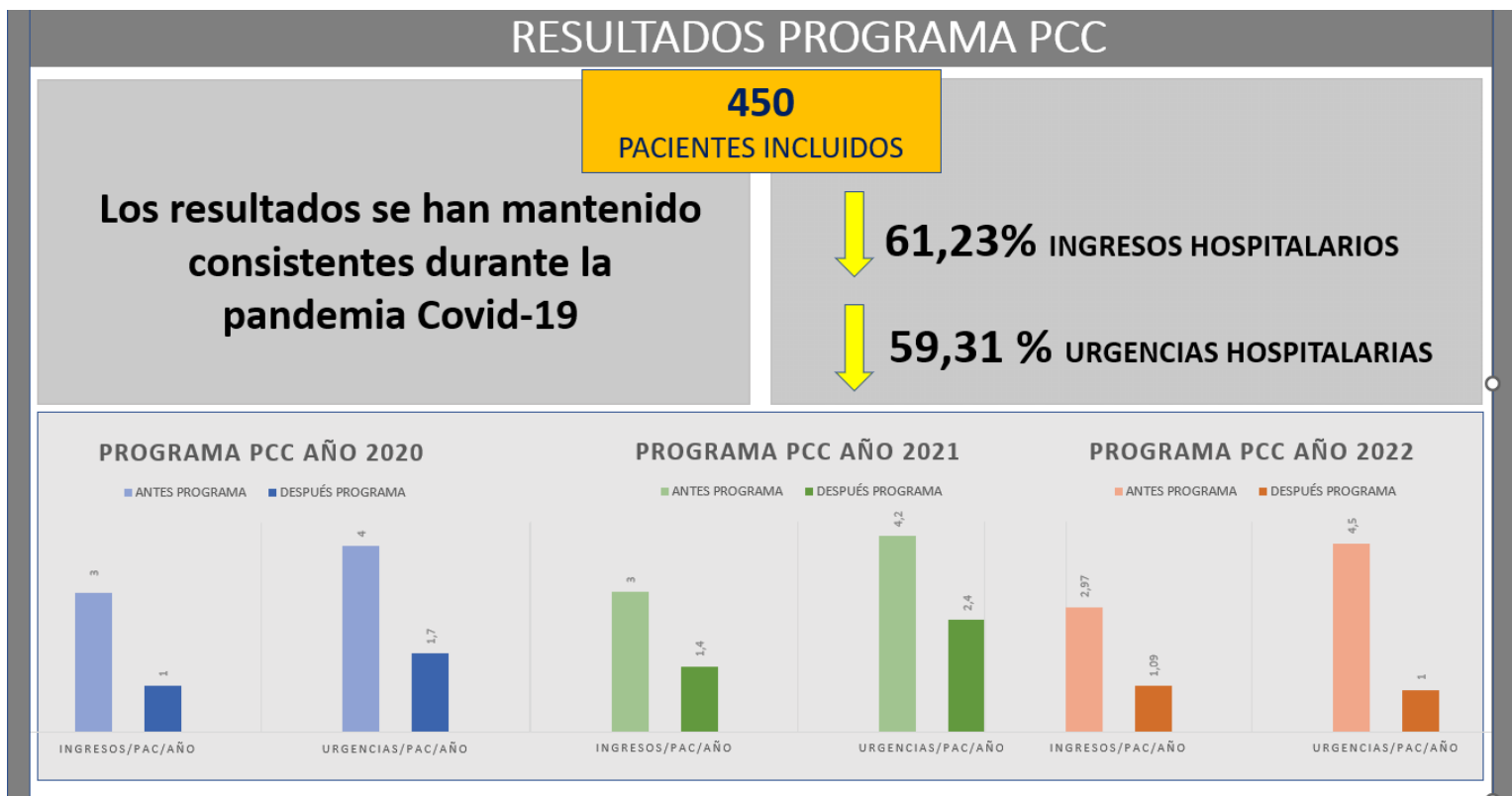


Seguimiento del paciente en el Programa Paciente Crónico Complejo



9. Resultados del programa

Los resultados de los pacientes incluidos en el programa confirman los beneficios de la utilidad de realizar acciones basadas en valor en este perfil de pacientes crónicos complejos multiingresadores. En la siguiente imagen se muestra la elevada disminución de ingresos y visitas a urgencias hospitalarias por paciente y año comparando 12 meses antes de la inclusión en el programa y tras 12 meses de la inclusión y seguimiento en el mismo. De media, durante el periodo 2019-2022 han disminuido en un 61,23% los ingresos hospitalarios y las visitas urgencias en un 59,31%.



10. Beneficios y satisfacción de pacientes y cuidadores

Se han realizado encuestas de satisfacción a los pacientes incluidos en el programa a través del Net Promotor Score (NPS). En ella deben valorar del 0 al 10 si recomendaría el programa a un amigo o a un familiar. Se obtuvieron las puntuaciones máximas tanto en relación al programa como al seguimiento por telemedicina.



Asimismo, se han realizado vídeos a los cuidadores de los pacientes en los han relatado sus experiencias personales con el programa comentando los beneficios que les ha aportado y las mejoras a establecer. En la siguiente imagen se muestran algunas de las aportaciones que percibieron los cuidadores de los pacientes.

¿Qué beneficios han obtenido los cuidadores con el programa?

Les facilita la vida

ATENCIÓN PERSONALIZADA Y EXCELENTE

Atención proactiva

Rapidez, fluidez y personalidad

Centralizado en un único equipo

Resolución de problemas/dudas automáticamente

Ahorro de tiempo al cuidador

Eliminación de estrés

Conciliación de citas hospitalarias y coordinación con A. Primaria

Teléfono de referencia

Experiencia positiva

Calidad de vida

Aporta seguridad y confianza

Evita ir a urgencias

Disminución de ingresos

Permite permanecer al paciente en su domicilio

BIBLIOGRAFÍA

1. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2012 [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: www.msssi.gob.es
2. Viñas González-Zaera C, Fachado A, Prieto AÁ, Luis J, Torres B, Lobeiras CB, et al. Estrategia gallega para la atención a personas en situación de cronicidad.
3. Organización Mundial de la Salud. OMS | Prevención de las enfermedades crónicas. Organización Mundial de la Salud. 2015.
4. Xunta de Galicia. Estrategia Gallega para la atención a personas en situación de cronicidad. 2018;94.
- 5.. Marco de competencias de las/os enfermeras/os gestoras/es de casos en la atención al paciente con problemas de salud crónicos con complejidad. Documento de trabajo Julio 2021. 2021.
6. Sistema HERMES. Plan de integración asistencial entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria. EOXI Lugo, Cervo y Monforte. Servicio Galego de Saúde, Xunta de Galicia [Internet]. Disponible en <http://hlcal161s/eoxi/index.php/gl/escritorio>