

Reto de la Salud en la Gestión Sanitaria: Visión desde la Medicina Interna.Cronicidad

27 de Octubre de 2014

Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid

Dr Antonio Zapatero Gaviria

Vicepresidente de SEMI

Jefe de Servicio Medicina Interna Hospital
Universitario Fuenlabrada

Profesor Titular Departamento de Medicina URJC

CONFERENCIA NACIONAL PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Sevilla, 20 de enero de 2011

DOCUMENTO DE CONSENSO



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

LA VISIÓN GLOBAL DE LA PERSONA ENFERMA



Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria

Ciudadanos, Profesionales y Administraciones
Una alianza para el paciente crónico

Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud

COMITÉ TÉCNICO

Coordinación Científica

Carmen Ferrer Arnedo. Grado en Enfermería y Diplomada en Fisioterapia. Directora Gerente Hospital Guadarrama, Madrid

Domingo Orozco Beltrán. Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Alicante-Cabo Huertas. Unidad Investigación Departamento San Juan

Pilar Román Sánchez. Especialista en Medicina Interna. Jefa de Servicio de Medicina Interna. Hospital de Requena, Valencia

La organización actual de los servicios, centrados en la resolución de patologías agudas, favorece una atención episódica de los problemas de salud con un enfoque curativo, valorando poco los aspectos preventivos, la perspectiva de los cuidados y la responsabilidad de las personas sobre los mismos. Existe, además, variabilidad no justificada en la atención prestada a pacientes con características clínicas similares y se realizan intervenciones que no aportan valor en términos de mejora en los resultados de salud. La falta de coordinación entre niveles de atención sanitaria (Atención Primaria-Atención Especializada) y entre el sistema sanitario y social es uno de los principales condicionantes de la ineficiencia en la provisión, desarrollo y gestión de los recursos disponibles y conduce a que los servicios no se presten en el nivel más adecuado y por el profesional más idóneo.

El sistema sanitario no puede ofrecer solamente un seguimiento y unos cuidados discontinuos a los pacientes con enfermedades crónicas, ligados en general a las agudizaciones o descompensaciones de sus patologías. El abordaje de la cronicidad requiere fomentar el trabajo en equipos interdisciplinarios, formados por los diferentes profesionales de los servicios sanitarios y sociales implicados en la atención a estos pacientes, que garanticen la **continuidad en los cuidados** con la máxima participación del paciente y de su entorno.

VI

Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico

I Conferencia Nacional de Pacientes Activos

Continuidad asistencial:

Compartir para avanzar

27-29 Marzo 2014
Hotel Barceló Renacimiento
Sevilla



VII Reunión de Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada

20 y 21 de Junio 2014
Colegio de Médicos de Málaga
- Málaga -



PLAN ESTRATÉGICO DE LA SEMI 2013-2016

FEB. 2013 – JUN.2013

Nivel 0	Denominación
Proceso Estratégico 1	Impulsar la docencia
Proceso Estratégico 2	Fomento Asistencia paciente cronico
Proceso Estratégico 3	Fomento de la investigación
Proceso Estratégico 4	Fomento de la comunicación
Proceso Estratégico 5	Fomento de relaciones internacionales
Proceso Estratégico 6	Relaciones con la administración
Proceso Estratégico 7	Mejorar relaciones con la industria
Proceso Estratégico 8	Potencial modelos asistenciales
Proceso Estratégico 9	Relaciones con Soc. Cientificas
Proceso Estratégico 10	Relaciones con Asociaciones Pacientes
Proceso Estratégico 11	Revista de medicina interna



ESTRATEGIA DE

ATENCIÓN
A PACIENTES
CON ENFERMEDADES
CRÓNICAS

EN LA COMUNIDAD DE MADRID

UNA TRANSFORMACION DEL ACTUAL MODELO ASISTENCIAL

DE ESTRUCTURAS



- Estructuras y servicios sanitarios
- Fragmentado
- Reactivo, episódico
- Paternalista
- Acceso presencial
- Liderazgo vertical
- Financiación de estructuras

A SISTEMA



- PACIENTE: organizado en torno a él.
- Valor salud
- Continuidad y coordinación asistencial
- Proactivo en la atención
- Paternalista
- Paciente responsable y emponderado en el conocimiento y gestión de su enfermedad.
- Acceso mixto
- Liderazgo descentralizado
- Financiación de resultados

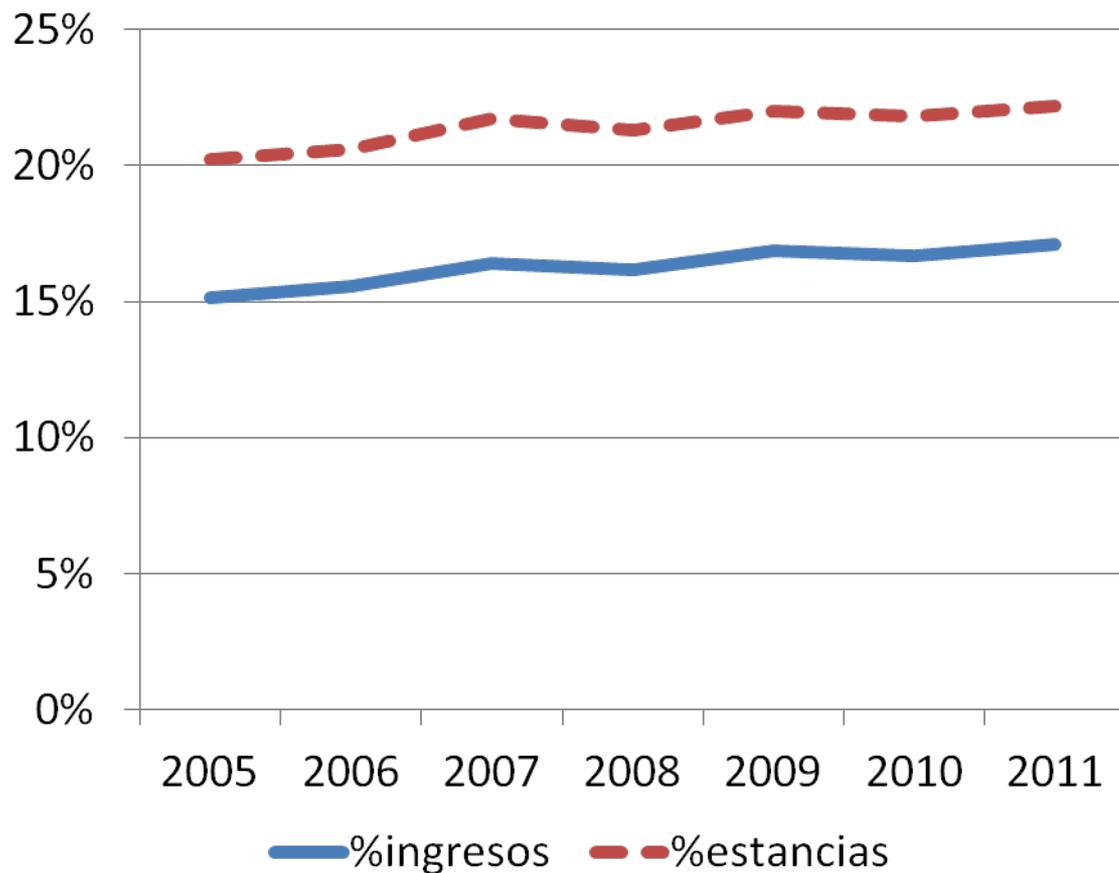
Por tanto, ¿hay margen de maniobra si se identifica un modelo asistencial diferente? **La respuesta es afirmativa: EXPLORANDO LA TRANSFORMACIÓN DEL ACTUAL MODELO ASISTENCIAL.** “No es posible realizar medicina del siglo XXI con el chasis de 1.970”. Un médico que hubiera desarrollado su trayectoria profesional en los años 50 ó 60, hoy se sorprendería de los avances que se han realizado a nivel clínico y prácticamente no reconocería el nuevo contexto. Sin embargo, reconocería perfectamente la organización del sistema, porque ésta apenas ha cambiado.

**¿Qué pasa en Medicina
Interna?**

Evolución en 7 años...

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Exitus	10,30%	9,50%	9,90%	9,90%	9,85%	9,90%	10,30%
% urgencias	93,40%	92,10%	92,20%	92,60%	92,50%	93,10%	93,0%
Edad media	70,8	70,5	71,2	71,8	71,9	72,4	73,1
Edad mediana	75	75	76	77	77	77	78
Estancia media	10,1	9,8	9,8	9,7	9,5	9,4	9,1
Resp +Cardiaco	52,70%	51,10%	52,80%	52,40%	52,40%	52,10%	53,2%
% mujeres	46,20%	46,60%	46,80%	47,40%	47,50%	47,60%	48,1%

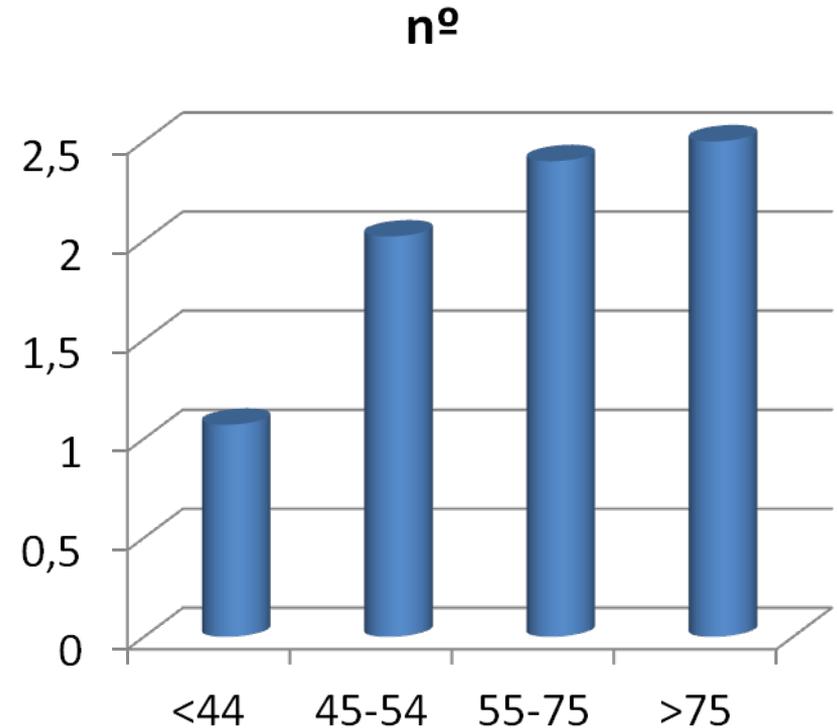
% altas y % estancias en MI respecto al total de altas de nuestro país



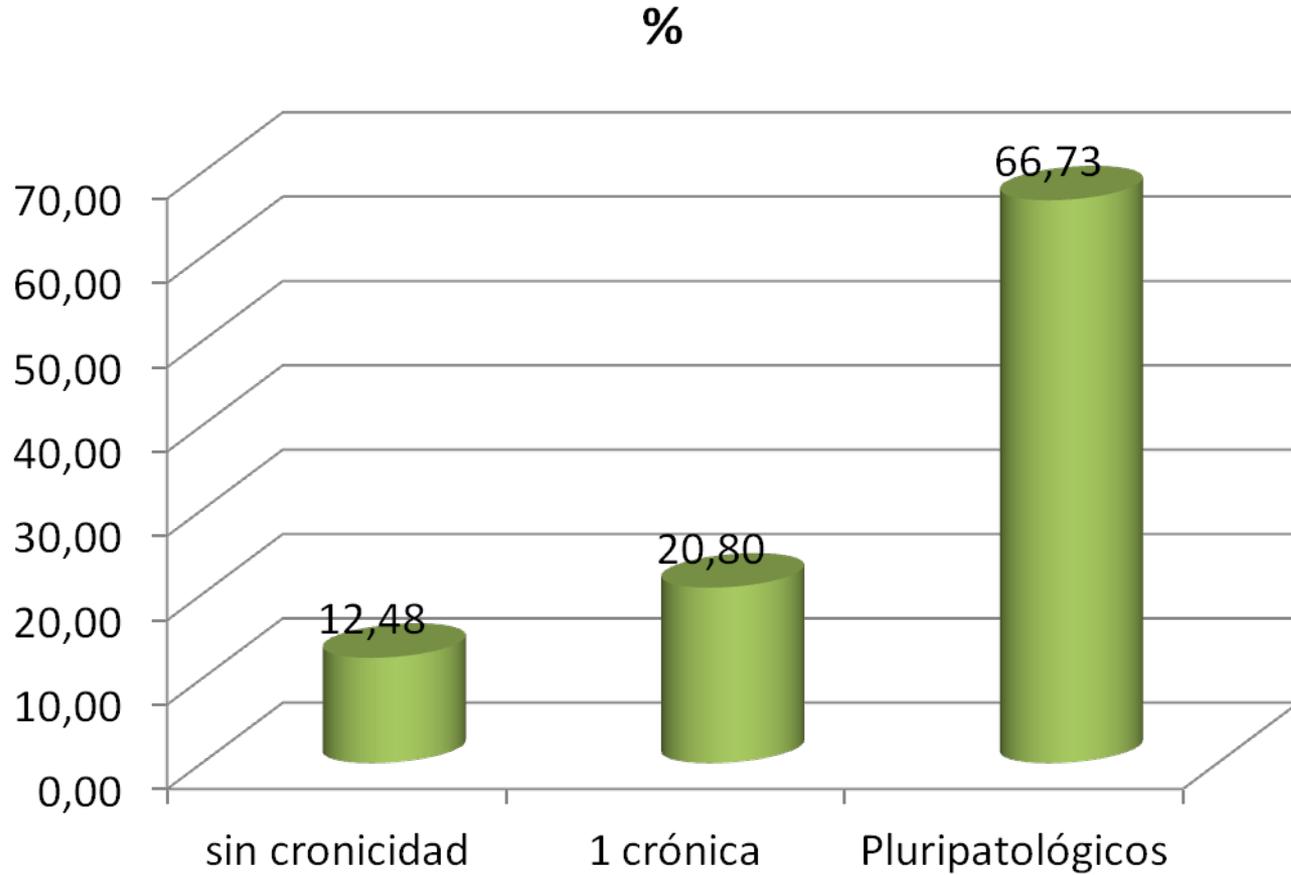
%ingresos	%estancias
15,1%	20,2%
15,6%	20,6%
16,4%	21,7%
16,2%	21,3%
16,9%	22,0%
16,7%	21,8%
17,1%	22,2%

Ingresos hospitalarios en medicina interna: enfermedades crónicas

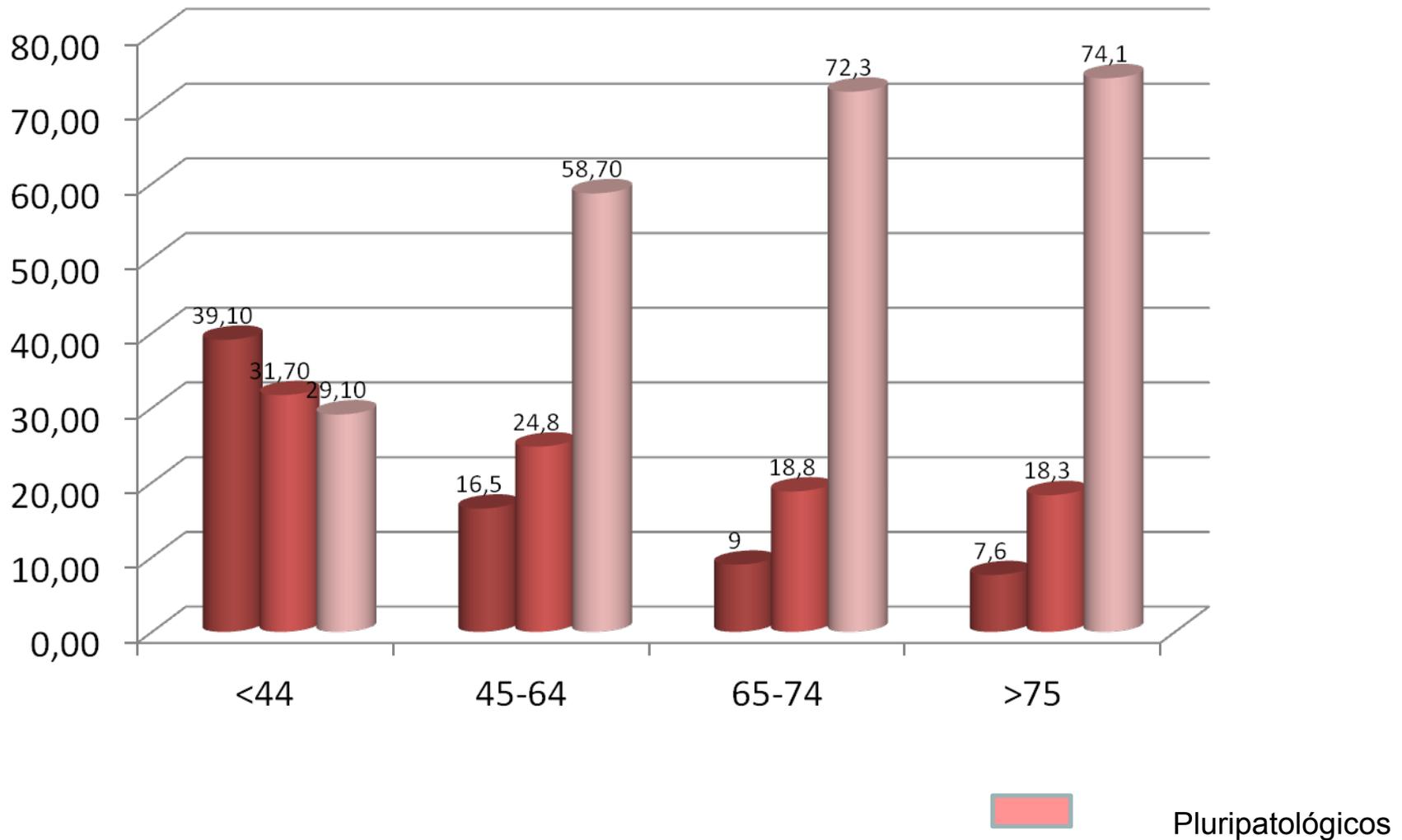
Edad	Nº enfermedades crónicas
<44 años	1,07
45-54 años	2,02
55-74 años	2,52
>75 años	2,55



Crónicos en Medicina Interna

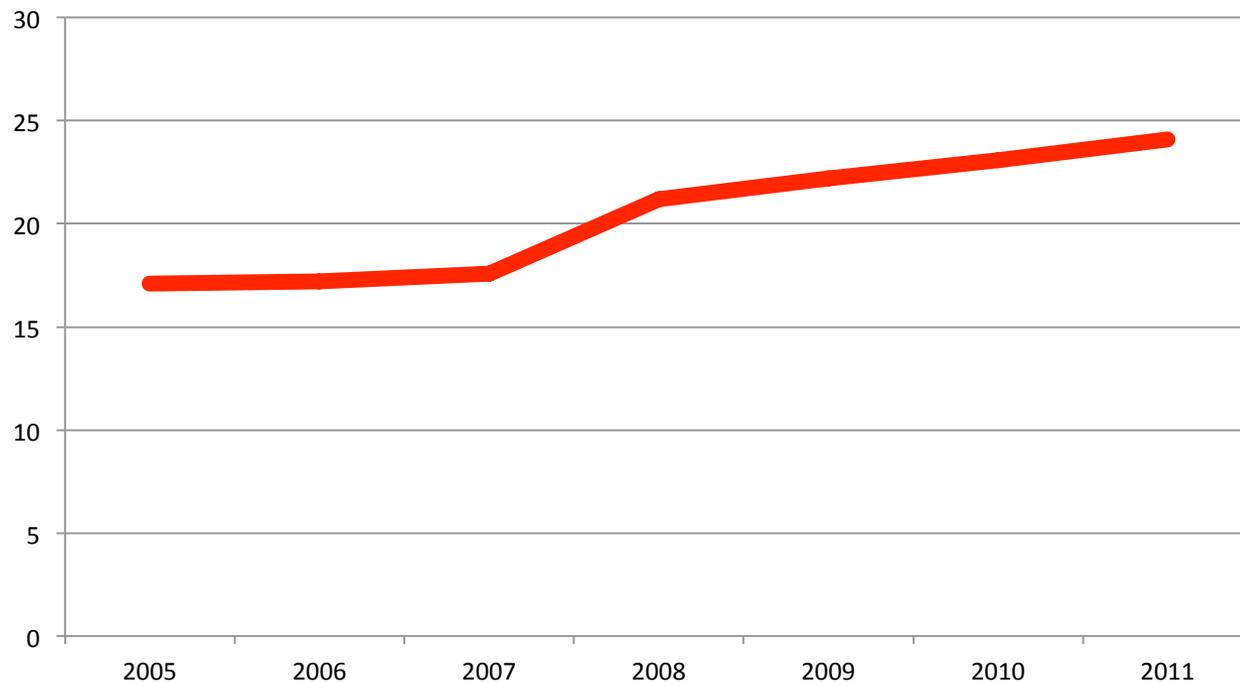


Crónicos en Medicina Interna



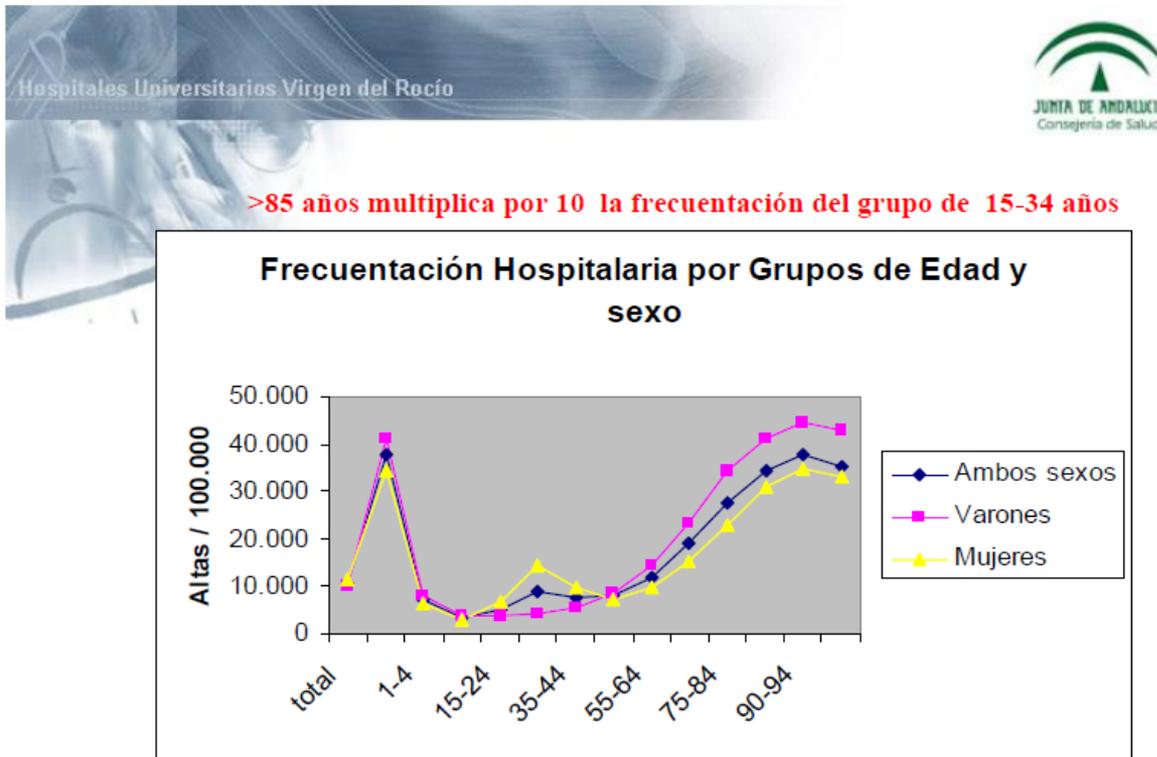
Índice de Charlson

CHARLSON >3



	CHARLSON >3
2005	17,1
2006	17,2
2007	17,6
2008	21,2
2009	22,2
2010	23,1
2011	24,1

Ollero M. “Modelos de organización para pacientes crónicos complejos”. Sevilla 2009



Ollero M. “Modelos de organización para pacientes crónicos complejos”. Sevilla 2009

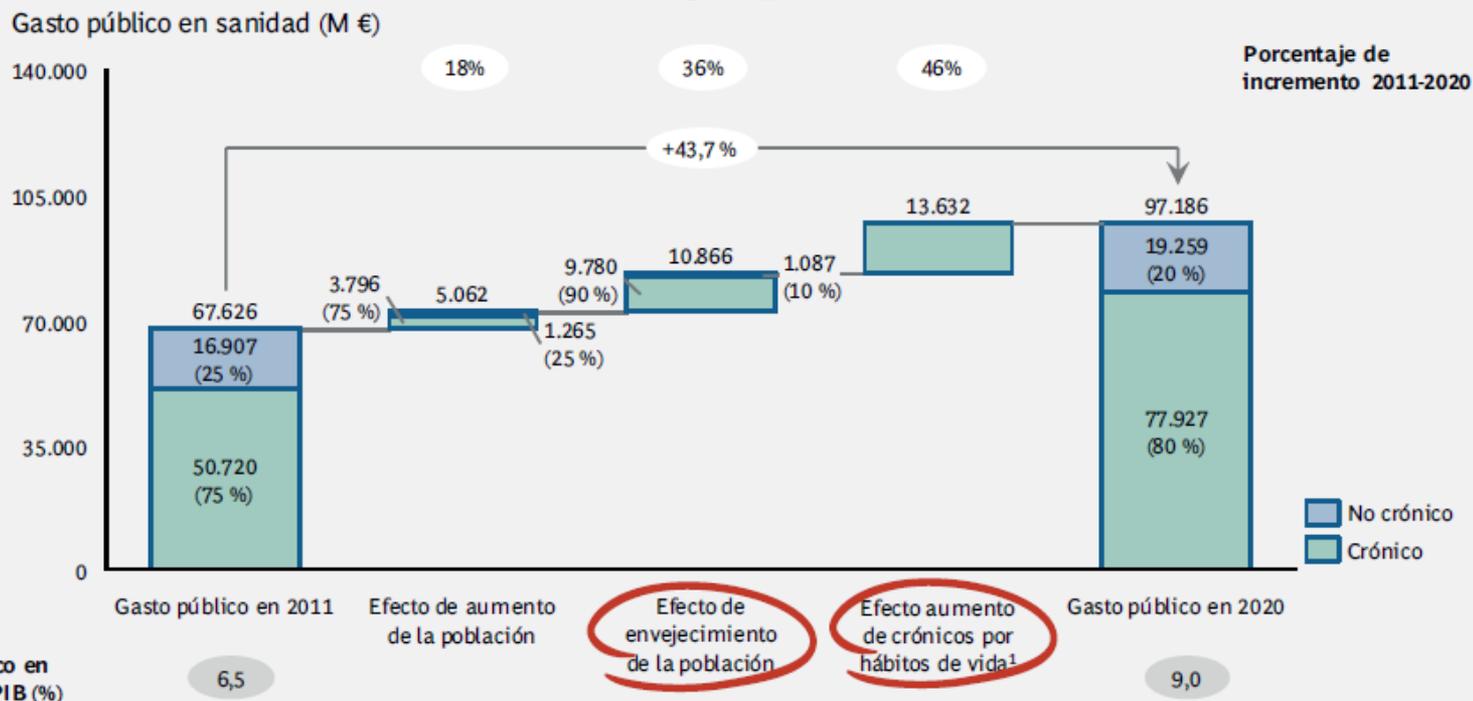
OMS: “Cronicidad el principal reto de salud para el siglo XXI”



- Las enfermedades crónicas llegan a motivar:
 - ✓ el 80 % de las consultas a atención primaria
 - ✓ el 60% de los ingresos hospitalarios
 - ✓ el 70% del gasto sanitario
- La Organización Mundial de la Salud ha previsto que estas enfermedades crónicas serán la **principal causa de discapacidad en 2020.**
- Se estima que hacia 2030 se doblará la incidencia de enfermedades crónicas en mayores de 65 años.
- Si este problema no se aborda adecuadamente, consumirán la mayor parte de recursos de los sistemas sanitarios.

Figura 5

**Evolución estimada de la necesidad de recursos públicos en sanidad en España
(escenario en el que no se realiza ninguna gestión de crónicos) (2011-2020)**



1. Se ha supuesto un aumento de la población crónica anual (en porcentaje) equivalente al experimentado por la diabetes en 1995-2006 derivado de un empeoramiento en los hábitos de vida
 Nota 1: mantenimiento del gasto público por paciente de 2011 Nota 2: se ha asumido que el porcentaje de gasto público en 2011 debido a crónicos es equivalente al porcentaje de gasto en crónicos en público y privado
 Fuente: OECD Health Data 2012; INE; Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP); Ministerio de Sanidad; Naciones Unidas; análisis BCG

Queremos ir a la luna

La mirada lateral

JOAN ESCARRABILL



Esta pregunta: *¿Por qué ahora?* la tuve que responder hace un año a un médico que hacía mucho tiempo que se dedicaba a atender pacientes con enfermedades crónicas. *¿Por qué ahora tenemos que volver a pensar en los pacientes con enfermedades crónicas, si ya hace tantos años que nos dedicamos a ello?* Las preguntas obvias a veces te hacen tambalear. Después de darle un par de vueltas se me ocurrieron siete razones para insistir en la atención a los pacientes con enfermedades crónicas:

- **Impacto social:** la Asamblea General de las Naciones Unidas se ocupó de las enfermedades crónicas en 2011 (antes sólo lo había hecho para hablar del SIDA).
- **Impacto asistencial,** tanto en el hospital como en la atención primaria.
- **Financiación** que incentiva las alternativas al ingreso o penaliza los llamados *ingresos evitables*.
- **Transparencia.** Nuestros resultados los verán todos.
- **Atención a las personas más vulnerables:** en el gran grupo de pacientes con *enfermedades crónicas* hay un porcentaje muy elevado de personas mayores, o pobres, o que viven solas o una combinación de envejecimiento, pobreza y soledad que es devastador (si sólo hubiera que elegir un *porque*, sin duda elegiría este)

Posteriormente añadí un par más de *porques*, más estratégicos seguramente: la atención a los pacientes con enfermedades crónicas como palanca de cambio y como posicionamiento de cara al futuro.

Queremos ir a la luna

La mirada lateral

JOAN ESCARRABILL



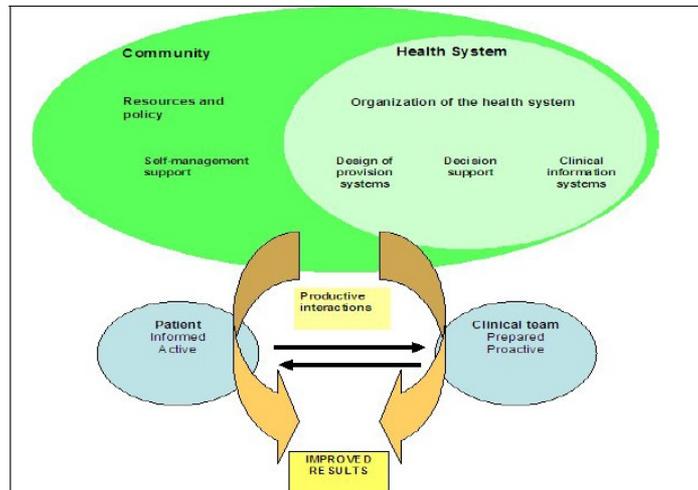
John Kennedy, el 12 de septiembre de 1962, en la Rice University compartió el propósito de ir a la luna en el curso de los próximos 10 años. Y explicó claramente los *porques*: porque no es fácil, todo lo contrario el proyecto vale la pena precisamente porque es muy difícil, y porque nos pondrá a prueba. Dos buenos motivos para sacar adelante un proyecto: es difícil y nos ponemos a prueba. Si fuera fácil quizás ya lo habríamos hecho antes y ponernos a prueba es dejar de lado los méritos pasados y apostar de una manera clara por la innovación, la exposición pública y los beneficios de la crítica.



Modelo atención de crónicos

Uno de los principales modelos de crónicos de referencia internacional es el **"Modelo de Atención a Crónicos"** (The Chronic Care Model (CCM)) desarrollado por Ed Wagner y por colaboradores del MacColl Institute for Healthcare Innovation de Seattle, en EE.UU..

Figura 8. El Modelo de Atención a Crónicos



Fuente: Ed Wagner y colaboradores del MacColl Institute for Healthcare Innovation

Este marco identifica seis elementos esenciales que interactúan entre sí y son clave para el logro de una óptima atención a pacientes crónicos. Se trata de:

- Organización del sistema de atención sanitaria
- Relaciones con la comunidad
- Apoyo y soporte al autocuidado
- Diseño del sistema asistencial
- Apoyo en la toma de decisiones
- Sistemas de información clínica

El fin último del modelo es que el encuentro clínico lo protagonicen pacientes activos e informados y un equipo de profesionales proactivo con las capacidades y habilidades necesarias, en pos de una atención de alta calidad, elevada satisfacción y mejora de resultados.

Wagner EH. Managed care and chronic illness: health services research needs. Health Serv Res. 1997;32:702-14.

Modelos

- Existen varios modelos en la actualidad
- No está generalizado
- Identificar pacientes. Estratificación.
- Centrado en el paciente
- Coordinación con Médico de Familia, internista de referencia
- Enfermería hospitalaria y de familia (gestora y de enlace)
- Equipos multidisciplinares
- Asistencia domiciliaria. Consulta no presencial
- Paciente “experto”
- Hospital de día
- Atención al cuidador

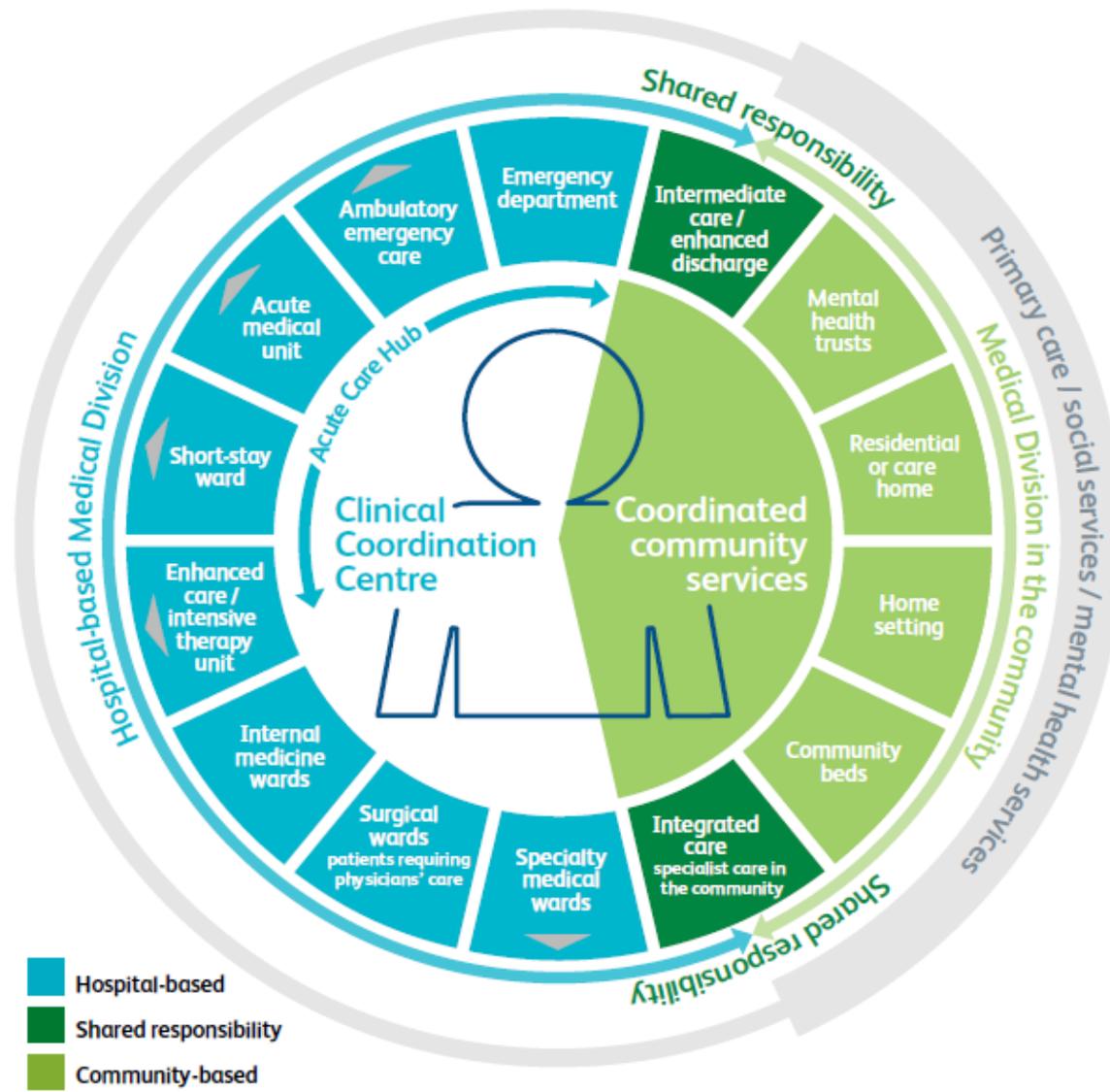
El Programa de Atención al Paciente Crónico Complejo *modelo compartido de atención eficiente entre dos niveles asistenciales, tradicionalmente separados.*



- **Objetivo:** Garantizar una atención compartida y coordinada al Paciente Crónico Complejo (PCC) entre AP y los especialistas hospitalarios, a través de la coordinación de Medicina Interna.
 - Evitar derivaciones a urgencias, hospitalización convencional y reducir estancias.
 - Desarrollar alternativas a la hospitalización convencional
 - Evitar atención fragmentada por diferentes especialidades y repeticiones de intervenciones
 - Garantizar una continuidad asistencial
 - Prevenir y reducir las interacciones farmacológicas por la polimedicación.
 - Mejorar calidad de vida de los pacientes y cuidadores
 - Compartir el cuidado del paciente con AP y el resto de las especialidades.

Future hospital: Caring for medical patients

A report from the Future Hospital Commission
to the Royal College of Physicians
September 2013



The Medical Division remit: circle of patient-centred care. Directional arrows (in the hospital-based Medical Division) denote areas of the future hospital where patients may be referred on to tertiary specialist care.

BECOMING A PHYSICIAN

Experiments in Continuity — Rethinking Residency Training in Ambulatory Care

James A. Colbert, M.D.

In 2005, the Accreditation Council for Graduate Medical Education implemented the Educational Innovations Project (EIP), and participating residency programs were allowed the freedom to deviate from traditional program requirements in the interest of curricular reform. To date, 21 internal medicine residency programs have been selected, and many of these programs have focused on improving residents' experience of outpatient primary care clinics.³

Going forward, I believe we need to encourage more residency programs to think creatively about the ambulatory care training experience. High-functioning residency clinics could equip both future internists and subspecialists with the necessary tools to treat chronic disease and might even convince more trainees to choose careers in primary care. More important, increased curricular attention to ambulatory care training will ultimately benefit the millions of U.S. patients with chronic disease.

Dificultades

- Cambiar la forma de trabajar
- Multidisciplinar. Coordinación
- Diseño de procesos
- Continuidad de cuidados
- Gestión del alta
- Papel de la enfermería (Hospital y AP)
- Circuito centrado en paciente
- Formación en cronicidad
- Historia clínica compartida
- Herramientas: Telemedicina. Actividad no presencial.
- Paciente activo y formado: Responsable de su enfermedad
- Desarrollo de indicadores

[Coordinación Centrada en el Paciente \(CCP\): a propósito de un caso](#)

Posted: 06 Jul 2014 11:00 PM PDT

EDITORIAL

JORDI VARELA



En un hospital muere un paciente geriátrico frágil con cronicidades múltiples

Antonio muere a los 88 años en uno de sus múltiples ingresos hospitalarios y el equipo de atención primaria hace un cierre de historia con el siguiente balance diagnóstico: a) Parkinson de 7 años de evolución, b) insuficiencia cardíaca por miocardiopatía dilatada valvular, c) hipertensión arterial, d) arritmia cardíaca por fibrilación auricular que había requerido marcapasos, e) síndrome depresivo-ansioso, f) infecciones urinarias frecuentes, y e) desnutrición proteico-calórica evolutiva hasta el fallecimiento.



La hija necesitaba el escaso dinero del padre y por eso no había querido ingresarlo en una residencia

En los dos años anteriores a la muerte, Antonio mostró una dependencia absoluta para las actividades de la vida diaria con un Barthel de cero. Vivía con una hija separada, y sin ingresos económicos, y también con los dos nietos, hijos de ella. La ayuda de la dependencia (la que se destina a cuidador no profesional) y la escasa pensión de Antonio eran la financiación familiar más sólida, por lo que este dinero fue siempre un freno para las propuestas de ingreso a una residencia geriátrica; aunque era evidente que la hija sola, ni siquiera con el pequeño soporte del servicio municipal de ayuda a domicilio, no podía responder a las grandes necesidades de atención del largo período de final de vida de Antonio.

En los 3 últimos años de vida ese paciente había consumido más de 100.000 euros en servicios, con un grado impresionante de descoordinación

En la historia clínica de Antonio, para los tres años anteriores al ingreso en que murió, el equipo de atención primaria ha contabilizado 24 asistencias al servicio de urgencias del hospital, por causas muy diversas, muchas de ellas vinculadas a la cardiopatía, pero también por caídas, fiebre, depresión, molestias en el pene, etc. De estas visitas, 15 no originaron ingreso hospitalario, pero, en cambio, casi todas requirieron atención en la unidad de corta estancia, o bien seguimiento

posterior en hospital de día o en consultas externas. Las 9 hospitalizaciones (tres por año) se efectuaron en Cardiología, Medicina Interna y Geriátrica, con un total de 77 estancias. También se observan 9 intervenciones de trabajo social del hospital. La actividad que Antonio ha generado en la atención primaria de salud y en los servicios sociales municipales no se ha contado, pero no duden que también ha sido muy intensa.

El gasto sanitario y social de los últimos 3 años de vida de Antonio no debe haber sido inferior a los 100.000 euros (cifra estimativa), pero en cambio la vivencia del proceso, por parte de la hija, ha estado de desorden y de desamparo y, por parte de Antonio, no lo sabemos, pero pueden estar seguros de que sintió incomprendido en cada una de las múltiples asistencias que recibió de una cantidad ingente de profesionales, a los que tuvo que explicar su historia, y sus necesidades y miserias, que nadie escuchaba de verdad, ni, lógicamente, nadie solucionaba.

Hasta aquí una historia basada en hechos reales. Ahora imaginemos, sólo con finalidades docentes, que tres años antes de su muerte, un equipo multidisciplinar hubiera afrontado la elaboración de un *Plan Individualizado Conjunto (PI-con)* para Antonio.

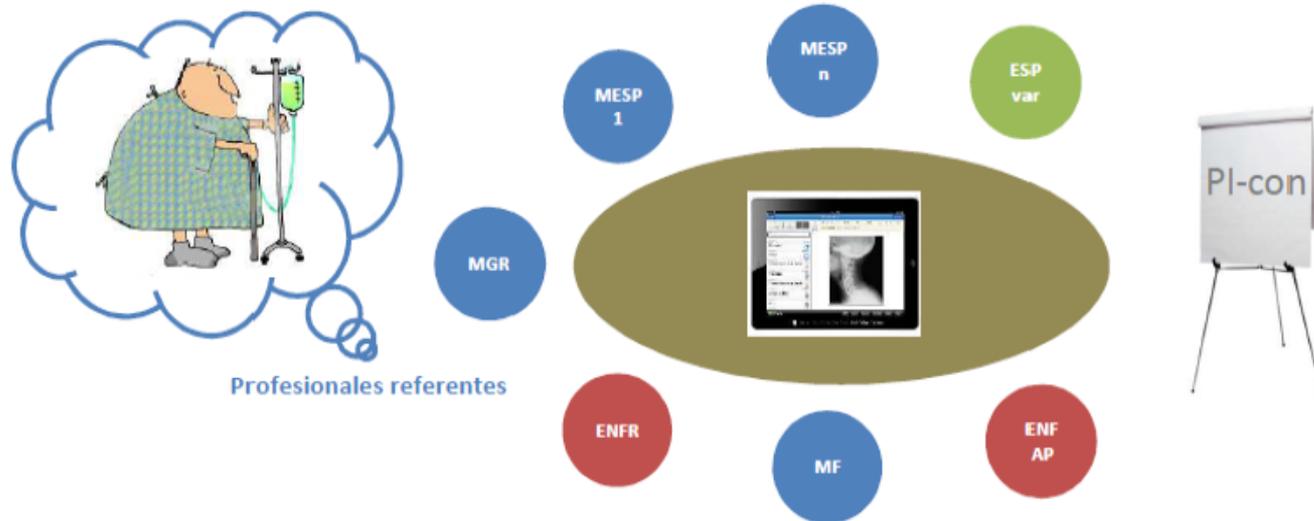
Una enfermera de atención primaria debería haber sido referente, junto con la trabajadora social del ayuntamiento. Los dos profesionales deberían haber presentado el caso en la sesión socio-clínica, a la que habrían asistido, además de los dos profesionales referentes, el médico de familia, el cardiólogo y el geriatra.

Para combatir descoordinaciones tan desafortunadas como las de Antonio sólo hay un camino (al menos a mí me lo parece): el equipo del trabajo social comunitario y el equipo de atención primaria, con el apoyo de los especialistas del hospital, deben prever el plan terapéutico que más se adapte a las circunstancias de cada paciente, y el comprador de servicios debe colaborar haciendo factible la financiación de cada uno de estos planes individualizados. Los recursos están, pero desgraciadamente lejos de donde se necesitan.

El modelo de *hospital generalista*

(podría abarcar 2/3 de la actividad hospitalaria)

Elaboración conjunta del plan individualizado (PI-con) Un paciente con complejidad clínica



MGR: médico especialista referente / ENFR: enfermera de planta referente / MF: médico de familia / ENF AP: enfermera de atención primaria / MESP 1...n: médicos especialistas necesarios para el proceso clínico / ESP var: especialistas varios (según el caso) como trabajador social, fisioterapeuta, logopeda, etc.

Cada paciente ingresado en el *hospital generalista* debe contar con un médico generalista y una enfermera referentes, que son los que presentan el caso en la sesión clínica para la elaboración del plan individualizado conjunto (PI-con). A la reunión asistirán los especialistas necesarios y algunos de los profesionales de la atención primaria (médico o enfermera, o ambos) que conocen bien aquella persona, y que por ello deben opinar sobre el PI-con del paciente ingresado. Estos profesionales de atención primaria son los que después facilitarán la transferencia del paciente a su casa.

Elementos fundamentales para el *hospital generalista* obtenga los resultados deseados:

1. Las sesiones clínicas para elaborar el PI-con deben ser fructíferas, y por ello se debe garantizar que los profesionales implicados en el caso asistan. Todo el tiempo que se emplea en estas sesiones es tiempo ganado en eficiencia y efectividad clínica.
2. El PI-con es el instrumento de trabajo clínico que marca todas las actuaciones del ingreso hospitalario.
3. Los médicos y enfermeras referentes deben garantizar la aplicación del PI-con mientras el paciente esté ingresado y deben velar por la continuidad asistencial durante las noches y los fines de semana.
4. Con este modelo de hospital generalista desaparecen las camas hospitalarias asignadas a las especialidades médicas, las interconsultas, el modelo de guardias médicas, tal como se entiende ahora, y los cambios de cama provocados por cuestiones logísticas.

lunes, 7 de abril de 2014

**Modelo de crónicos: las claves
wagnerianas**

EDITORIAL

JORDI VARELA



Chris Ham, Director de King's Fund, entrevista Edward Wagner, Director emérito d MacColl Center for Healthcare Innovation Group Health Research Institute promotor del modelo de atención a pacientes crónicos (Chronic Care Model o CCM)

Claves de “Chronic Care Model” según Edward Wagner

1. Elaborar PTI de acuerdo con los valores y la manera de ver las cosas de cada paciente
2. Construir un equipo de profesionales a medida para cada paciente
3. El líder del equipo debería tener una visión generalista del PTI (aspectos médicos, sociales, logísticos, etc)
4. Quizás el médico de familia no es el mejor perfil para ser líder del equipo
5. El equipo debe tener capacidad para coordinar especialistas y servicios necesarios
6. Hay que introducir el conocimiento geriátrico en la rutina de trabajo de equipo

Instant Replay — A Quarterback's View of Care Coordination

Matthew J. Press, M.D.

Perspective
AUGUST 7, 2014

As a general internist, I often serve as the quarterback for my patients' care — helping them navigate the system, advocating on their behalf, and coordinating their evaluation and treatment.

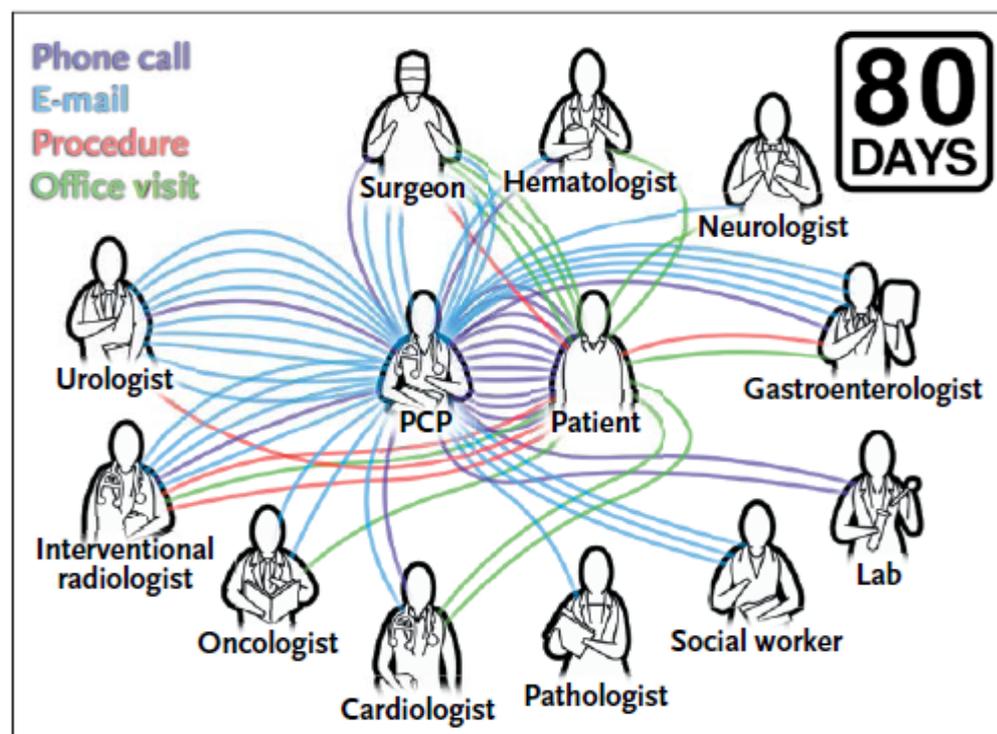
But for one of my patients, the game was played on a whole different level.

Mr. K. was a stoic 70-year-old with a few minor medical problems. His care was fairly straightforward — I was the only doctor he saw regularly — until the day he came into my office with flank pain and fever. A CT scan of his abdomen revealed a kidney stone — and a 5-cm mass in his liver, which a subsequent MRI indicated was probably a cholangiocarcinoma.

Over the 80 days between when I informed Mr. K. about the MRI result and when his tumor was resected, 11 other clinicians became involved in his care, and he

had 5 procedures and 11 office visits (none of them with me). As the complexity of his care increased, the tasks involved in coordinating it multiplied. I kept a running list and, at the end, created an “instant replay” of Mr. K.'s care (see diagram; also see animation, available with the full text of this article at NEJM.org). In total, I communicated with the other clinicians 40 times (32 e-mails and 8 phone calls) and with Mr. K. or his wife 12 times. At least 1 communication occurred on 26 of the 80 days, and on the busiest day (day 32), 6 communications occurred.

This instant replay offers a chronicle of the coordination that



Ambulatory Care Coordination for One Patient.

Over an 80-day period, 12 clinicians were involved in the care of the patient. The patient's primary care physician (PCP) communicated with the other clinicians 40 times (32 e-mails and 8 phone calls) and with the patient (or his wife) 12 times. The patient underwent 5 procedures and had 11 office visits (none of them with his PCP). (An animated “instant replay” is available with the full text of this article at NEJM.org.)

Coordinación de cuidados

Quarterback

De Wikipedia, la enciclopedia libre

Quarterback (QB) (en varios medios latinoamericanos es referido como *mariscal de campo*) es un anglicismo utilizado para una posición en fútbol americano y en el fútbol canadiense. Los quarterbacks son miembros del equipo ofensivo y se sitúan justo detrás del center, en el medio de la línea ofensiva. Los quarterbacks son los líderes del equipo ofensivo, responsables de decidir la jugada a realizar. Inician prácticamente todas las jugadas recibiendo el balón del center mediante un snap (aunque a veces este puede ir dirigido hacia otro jugador). Una vez que el quarterback recibe el balón, puede correr con él, dejárselo en mano a otro jugador o intentar un pase.

Dan Marino y Joe Montana, son considerados por muchos como los mejores QBs en la historia de la NFL.¹

my job as quarterback is to make sure the other players know where the ball is and what routes each player is running. But every-

- Aumenta calidad y reduce costes
- Concepto abstracto que no todo el mundo conoce o quiere ejercer
- Refuerza seguridad del paciente
- Equipos de trabajo “individualistas” Visión del pasado.
- Equipos de trabajo deben ser “acompañados” en múltiples niveles, aunque no se conozcan.
- Diseñar sistemas que faciliten la colaboración
- Sistemas de información de salud como parte de la solución
- Estructurar el trabajo para permitir tiempo para la comunicación y reconocerlo!!!
- Fomentar relaciones personales

When is enough, enough?

Stopping medicines in older people

We need minimally disruptive medicine

The burden of treatment for many people with complex, chronic, comorbidities reduces their capacity to collaborate in their care. **Carl May, Victor Montori, and Frances Mair** argue that to be effective, care must be less disruptive

British Medical Journal 2009, Carl May, Víctor Montori y Frances Mair

En Nueva Zelanda se ha estimado que el 30% de las personas de más de 74 años toman 5 o más medicinas, y que alrededor de un 10% toman 10 o más. Los medicamentos, dicen en la publicación consultada, a menudo son prescritos por diferentes especialistas, de los cuales cada uno ha seguido una guía de práctica clínica específica para una condición o enfermedad. Pongamos por caso una mujer de 70 años que arrastra tres enfermedades crónicas y un par de factores de riesgo. Esta mujer podría, fácilmente, tener que tomar 19 dosis diarias de 12 medicinas diferentes en 5 momentos diferentes del día, con unas posibilidades de generación de 10 o más interacciones.

Hay un estudio de cohorte, referente del "deprescribing", elaborado con 70 personas que vivían en residencias (Garfinkel 2010), a las que se les aplicó el "Good Palliative-Geriatric Practice Algorithm". En este grupo de intervención se redujo la polifarmacia y esto mejoró su morbilidad y mortalidad. Otra referencia de "deprescribing", bien conocida en el mundo de la geriatría, proviene de un ensayo clínico australiano liderado por el Dr. Christopher Beer (Beer 2011) con una intervención de retirada gradual de medicación en personas de 80 años (+11) que tomaban 9 medicamentos (+2) y que concluyó que la actuación reduccionista era factible y conveniente.

Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults. Addressing polypharmacy. Arch Intern Med. Oct 11 2010;170(18):1648-54.

Beer Ch, Loh P, Peng YG, Potter K, Millar A. A pilot randomized controlled trial of deprescribing. Ther Adv Drug Saf 2011; 2(2):37-43.

KEY PRINCIPLES

1. *What is the process by which patients are discharged from the hospital?*

Step 1: Assessment of Discharge Readiness

Step 2: Formal Discharge Planning

Step 3: Patient Education

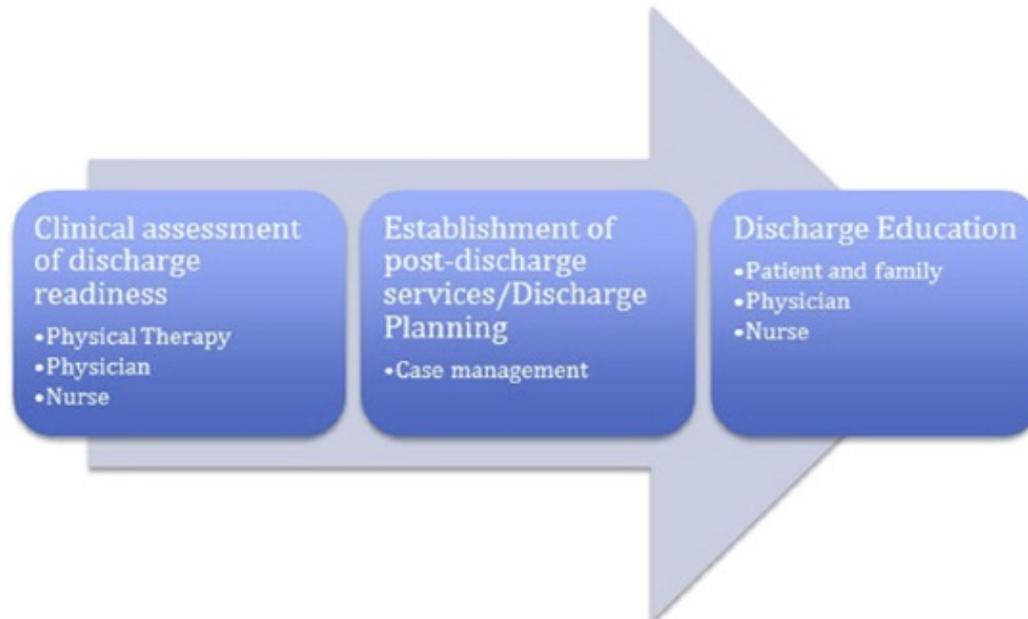
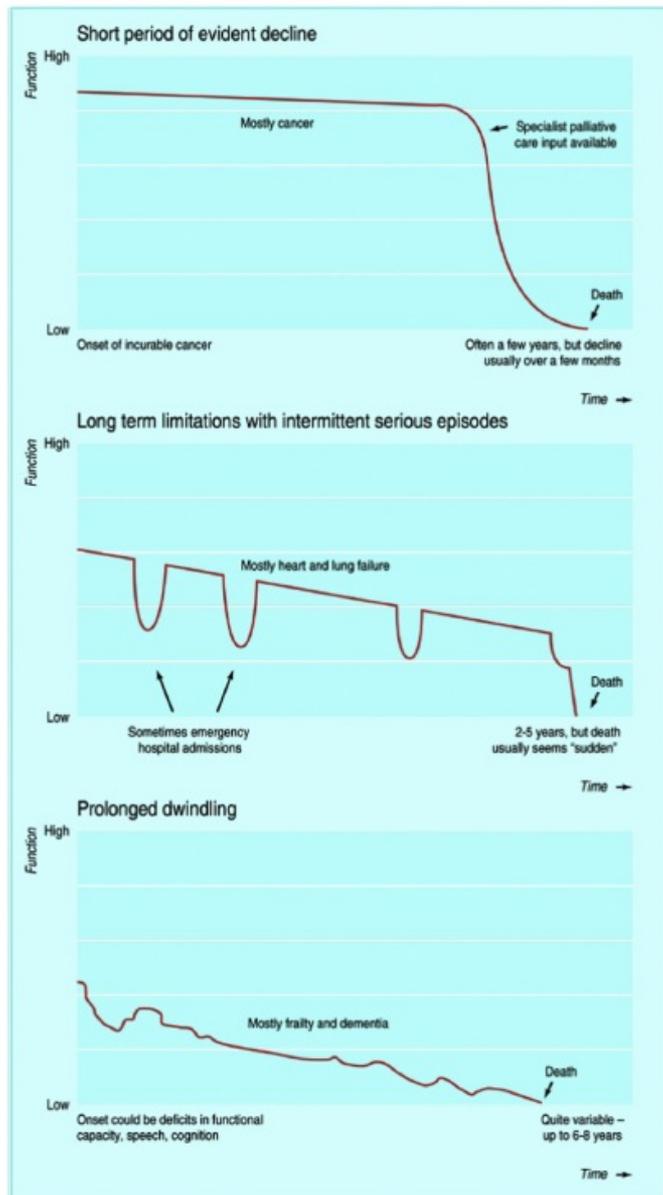


Fig. 1. Discharge process.

Handoffs in Hospital Medicine

Prognostication in Chronic Disease

Nathan M. Sanderse, MD^{a,*}, C. Douglas Cochran, MD^{b,c}



HOSPITAL MEDICINE CLINICS CHECKLIST

1. Prognostication is a complex task and often avoided.
2. Most chronic diseases follow well-known trajectories.
3. The natural course of common chronic diseases yields straightforward clinical indicators regarding prognosis.
4. Landmark clinical milestones in chronic disease give clinicians specific prognostication cues to share with patients.
5. Published evidence supports that many chronic conditions (eg, dementia, chronic obstructive pulmonary disease, congestive heart failure) have well-defined, readily obtainable bedside landmarks predictive of 50% 1-year or 5-year mortality.
6. Approximating prognosis using bedside landmarks avoids time-intensive application of prognostic scoring systems.
7. Well-informed discussions about prognosis allow patients and their families time to process and plan for end-of-life care choices.
8. Appropriate end-of-life planning improves the quality of patient care.

Hosp Med Clin 3 (2014) e15–e31

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ehmc.2013.10.001>

1. Classic illness trajectories. (From Lynn J, Adamson DM. Living well at the end of life. Adapting to health care to serious chronic illness in old age. Washington: RAND Health; 2003; with permission; and Data from Murray SA, Kendall M, Boyd K, Illness trajectories and palliative care. *BMJ* 2005;330:7–11.)

Pacientes con enfermedades crónicas avanzadas

Pertencen a este grupo los pacientes que presenten al menos una de las siguientes enfermedades, excluyendo las enfermedades neoplásicas:

- Insuficiencia cardíaca crónica: disnea basal mayor o igual a clase III de la NYHA.
- Enfermedad respiratoria crónica: disnea basal mayor o igual a III MRC; $\text{Sat O}_2 < 90\%$; O_2 domiciliario.
- Enfermedad renal crónica: estadio 4-5 NKF ($\text{FG} < 30 \text{ ml/m}$).
- Enfermedad hepática crónica: Child-Pugh > 7 .
- Enfermedades neurológicas crónicas: Pfeiffer ≥ 7 errores; MEC ≤ 18 ; IB < 60 .

Índice PALIAR

Estratificación del riesgo de muerte de pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en avanzados en los siguientes seis meses (tab

Mortalidad a los seis meses:

- 0-2 puntos: 21-21,5 %
- 3-6 puntos: 30,5-32 %
- 7-10 puntos: 43-46 %
- 11 o más puntos: 61-62 %

Tabla 1. Cálculo del índice PALIAR.

Características	ODDS RATIO (IC 95%) / p	Índice PALIAR
Demográficas ≥85 años	1,68 (1,18-2,39) / 0,004	3
Clínicas Anorexia	1,84 (1,19-2,86) / <0,006	3,5
Clase funcional III-IV de la NYHA o MRC	1,90 (1,16-3,11) / 0,01	3,5
Úlcera(s) por presión	1,75 (1,06-2,88) / 0,029	3
Analíticas Albúmina <2,5 g/dl	2,04 (1,33-3,12) / 0,001	4
Funcionales ECOG-PS ≥ III	2,07 (1,47-2,90) / < 0,0001	4
Puntuación total		0-21 puntos

Índice PROFUND

Estratificación del riesgo de muerte de pacientes pluripatológicos en los siguientes 12 meses (tabla)

Mortalidad a los 12 meses:

- 0-2 puntos: 12,1-14,6 %
- 3-6 puntos: 21,5-31,5 %
- 7-10 puntos: 45-50 %
- 11 o más puntos: 61,3-68 %

Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Moreno-Gaviño L, Barón-Franco B, Fuertes A, Murcia-Zaragoza J, et al. Development of a new predictive model for polypathological patients. The PROFUND index. Eur J Intern Med. 2011 Jun;22(3):311-317.

Tabla 3. Cálculo del Índice PROFUND

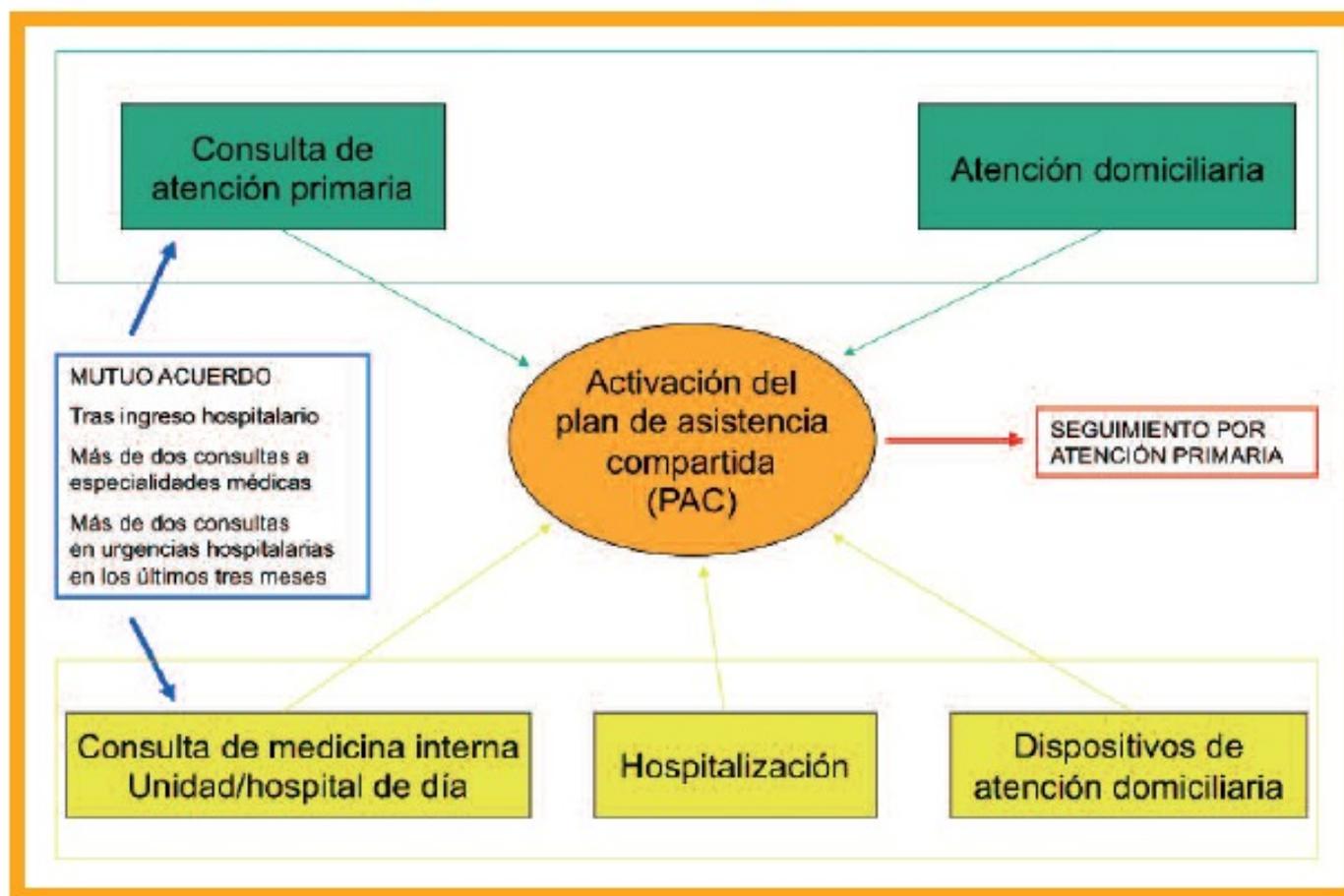
Características	ODDS RATIO (IC 95 %) / p	Índice PROFUND
Demográficas ≥85 años	1,71 (1,15-2,5)/0,008	3
Clínicas Neoplasia activa	3,36 (1,9-5,8)/<0,0001	6
Demencia	1,89 (1,1-3,1)/0,019	3
Clase funcional III-IV de la NYHA o MRC	2,04 (1,4-2,9)/<0,0001	3
Delirio en el último ingreso hospitalario	2,1 (1,5-4,9)/0,001	3
Analíticas Hemoglobina < 10 g/dl	1,8 (1,2-2,7)/0,005	3
Psicométricas-funcionales-sociofamiliares Índice de Barthel < 60	2,6 (1,38-3,4)/<0,0001	4
Persona cuidadora distinta del cónyuge o sin persona cuidadora	1,51 (1,02-2,2)/0,038	2
Asistenciales ≥4 ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses	1,9 (1,07-3,29)/0,028	3
Puntuación total		0-30 puntos

Figura 4. Identificación de pacientes.



**PROCESO ASISTENCIAL
DE PACIENTES CON
ENFERMEDADES
CRÓNICAS COMPLEJAS
Y PLURIPATOLÓGICOS**

Figura 5. Activación del plan de asistencia compartida.



PROCESO ASISTENCIAL DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS COMPLEJAS Y PLURIPATOLÓGICAS

7. RECOMENDACIONES CLÍNICAS MÁS RELEVANTES

- 1) Instaurar progresivamente herramientas de estratificación poblacional en las organizaciones sanitarias para identificar a los pacientes con enfermedades crónicas complejas y pluripatológicos.
- 2) Aplicar los índices pronósticos de los modelos de estratificación poblacional a los pacientes que cumplan los criterios: PALIAR y PROFUND, tanto en atención primaria como en atención hospitalaria.
- 3) Realizar la valoración integral y el plan de cuidados personalizado con un enfoque biopsicosocial a todos los pacientes identificados, dando prioridad a los pacientes con necesidades más urgentes (ingresos, visitas a urgencias, descompensación sin ingreso, etc.).
- 4) Reuniones periódicas de los miembros de equipos de atención primaria y trabajadores sociales con el internista de referencia y posibilidad de comunicación entre ambas partes, por vía telefónica o electrónica.
- 5) Enfermería comunitaria de enlace como centro de la gestión de casos.
- 6) Generar pacientes informados, activos y expertos. Cuidar de las personas cuidadoras.
- 7) Mantener la continuidad asistencial y aplicar el plan de asistencia compartida.

**PROCESO ASISTENCIAL
DE PACIENTES CON
ENFERMEDADES
CRÓNICAS COMPLEJAS
Y PLURIPATOLÓGICOS**

Cambios para los profesionales

- Análisis de las trayectorias asistenciales de cada paciente.
- Coordinación de todos los profesionales y estructuras involucradas.
- Realizar cada proceso del modo más eficiente.
- Evaluar desde la obtención de VALOR para los pacientes.
- Resultados VISIBLES de su actividad.

Dificultades

Galicia: los profesionales mantienen sus dudas en gestión clínica

PROFESIÓN

La implantación de la gestión clínica en Galicia, cuyo decreto fue aprobado en marzo, está siendo más lenta de lo previsto por la Consejería de Sanidad. Ayer, sindicatos, colegios y sociedades de primaria presentaron un manifiesto en contra del plan en AP, porque, según dicen, estas unidades se superpondrán a la estructura actual, causarán duplicidades, conflictos y un aumento de los gastos administrativos, además de perjudicar la coordinación entre niveles y la gestión por procesos.

Félix Rubial, director de Asistencia Sanitaria del Sergas, defiende que el modelo de gestión clínica de Galicia está basado en la adscripción voluntaria del médico y que seguirá avanzando en su implantación. **P. 5**

Galicia: la gestión clínica sigue sin convencer al médico

Sociedades, sindicatos y colegios rechazan el plan en AP; el Sergas recuerda que la participación es voluntaria

MIÉRCOLES 21 MAYO 2014

Dificultades

Los pacientes crónicos suspenden al SNS con un 4,9 de nota media

Gallegos, valencianos, baleares y castellanos son los que peor valoran el sistema

Veinte asociaciones de pacientes presentaron ayer el primer barómetro español de crónicos

Los pacientes crónicos reclaman la mejora en la rapidez en la atención, el acceso gratuito a los tratamientos médicos y la aproximación a los especialistas.

JUEVES 22 MAYO 2014