LA ATENCION INTEGRADA CENTRADA EN LA PERSONA

Introducción a conceptos de cronicidad y atención integrada. Parte 2

Profesora Ana Miquel Gómez

Universidad Rey Juan Carlos

CÁTEDRA INSTITUCIONAL de Investigación e Innovación en Salud Pública e Internacional
CIISPI

¿Cuál es la eficacia de las intervenciones en promoción y prevención y para el desarrollo de la capacidad de autocuidado ?

Experiencias en Empoderamiento, autocuidado, paciente activo, paciente experto

Evidencia

Educación estructurada

- Consejo breve
- Consejo breve+ entrega de folleto
- Consejo breve + entrega de folleto+ seguimiento
- Acción por distintos profesionales / por grupos de iguales
- Abordaje exclusivamente conductuales
- **Tratamientos combinados**: medidas higiénicas + consejo + técnicas cognitivo- conductuales + seguimiento

Algunas Revisiones de la Biblioteca COCHRANE http://www.bibliotecacochrane.com/

Conceptos: Empoderamiento, autocuidado, paciente activo, paciente experto

Empoderamiento: Define a los **pacientes que tienen el conocimiento y las habilidades** necesarias para hacerse responsables de su salud, establecer un modelo deliberativo de relación con los profesionales que les atienden y definir objetivos terapéuticos y adoptarlos de forma compartida.

Paciente activo: es un paciente que se preocupa por su salud y se hace responsable de obtener la mejor asistencia sanitaria posible y de controlar la evolución de su enfermedad. A veces, este rol lo asume un familiar directo del paciente. El concepto de paciente activo está vinculado al de empoderamiento o empowerment de los pacientes

Paciente experto: Paciente empoderado y activo que además es capaz y ejerce de **formador de otros pacientes**.

Conceptos: Empoderamiento, autocuidado, paciente activo, paciente experto……

Autocuidado Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, **para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento, en beneficio de su vida, salud o bienestar** (D. Oren).

Alfabetización en salud: Capacidad de las personas para comprender la información sanitaria

Decisión informada: el profesional sanitario informa sobre todas las opciones posibles, pero no aconseja, correspondiendo al paciente la responsabilidad de decidir. El sanitario es un mero transmisor de información

Toma de decisiones compartida: las decisiones se adoptan de manera conjunta entre el profesional sanitario y el paciente

EJEMPLOS

12-14 Experiencias en empoderamiento de personas y sociedad.

Modera D. Francisco Mercado Romero. Vicedecano de Innovación y Relaciones Internacionales

- **Vallecas activa (experiencia elegida como referencia de éxito en Promoción y prevención por la Joint Action en Europa).** Diego José Villalvilla. Responsable del Programa Vallecas Activa
- **Experiencias Nacionales de referencia en Empoderamiento de pacientes.** Assumpció Gonzalez. Responsable del Programa Paciente Experto de Cataluña y de la Red de Escuelas para la Ciudadanía del SNS
- **El papel de los pacientes y las asociaciones de pacientes en el empoderamiento de pacientes familias y sociedad.** Begoña Barragán. Grupo Español de Pacientes con Cancer

¿Cuál es la eficacia de las intervenciones en pacientes complejos en la reducción de la utilización de recursos de salud y mejora de los resultados del paciente en comparación con la atención habitual?

Adaptación modelo asistencial, proceso, ruta
stencial, roles en torno a los pacientes complejos

PROCESOS

Definición

- Secuencias de actuaciones orientadas a generar un valor añadido sobre una entrada.
- Sucesión de actividades en el tiempo con un fin definido
- Organización de personas, materiales, energía, equipos y procedimientos en actividades de trabajo diseñadas para generar un resultados específico
- Concatenación de las decisiones,

Conceptos

Proceso asistencial:

QUÉ **actividades deben realizarse,** ***QUIÉN*** **es el responsable de las mismas,** ***DÓNDE*** **y** ***CUÁNDO*** **serán realizadas, de acuerdo a la evidencia científica y de forma que aporten valor**

La historia natural de Lorenza…

75 años

82 años

- Dos ingresos por insuficiencia cardiaca congestiva grado II/III.
- Disnea de medianos esfuerzos.
- Ortopnea.
- Edemas maleolares.

- Su situación se ha deteriorado:
- IC avanzada FE 30%
- Disnea III-IV NYHA a pesar del tratamiento óptimo
- Cifoescoliosis severa

EJEMPLOS DE DESPLIEGUE: Para la adaptación del modelo asistencial. El Proceso Asistencial Paciente Pluripatológico (SEMI, SAS)

Paciente pluripatológico

2 o más Categorías

CATEGORÍA A:

1. Insuficiencia cardiaca que haya estado en clase funcional II de
2. Cardiopatía isquémica.

CATEGORÍA B:

1. Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas.
2. Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina (>1,4 mg/dl en hombres o >1,3 mg/dl en mujeres) o proteinuria, mantenidas durante 3 meses.

CATEGORÍA C:

1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de , o FEV1<65%, o SaO2 ≤90%.

CATEGORÍA D:

1. Enfermedad inflamatoria intestinal.
2. Hepatopatía crónica sintomática (signos de hipertensión portal o insuficiencia hepática) o en actividad.

CATEGORÍA E:

1. Ataque cerebrovascular
2. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria[1].
3. Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado[2].

CATEGORÍA F:

1. Arteriopatía periférica sintomática.
2. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática[3].

CATEGORÍA G:

1. Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb <10 g/dl en dos determinaciones separadas más de tres meses.
2. Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa.

CATEGORÍA H:

1. Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria[1].

Límites marginales: pacientes incluidos en un programa de trasplantes, diálisis o SIDA.

[1] Índice de Barthel < 60 puntos

[2] Índice de Barthel < 60 puntos y/o deterioro cognitivo al menos moderado (Pfeiffer 5 ó más errores)

[3] Presencia de retinopatía proliferativa, albuminuria, accidente vascular cerebral o neuropatía sintomática.

Proceso Asistencial del Paciente Crónico Complejo

PdeS.CAT: dos perfiles de complejidad

PCC:

Paciente con multimorbilidad o enfermedad o condición única que comporta gestión clínica difícil

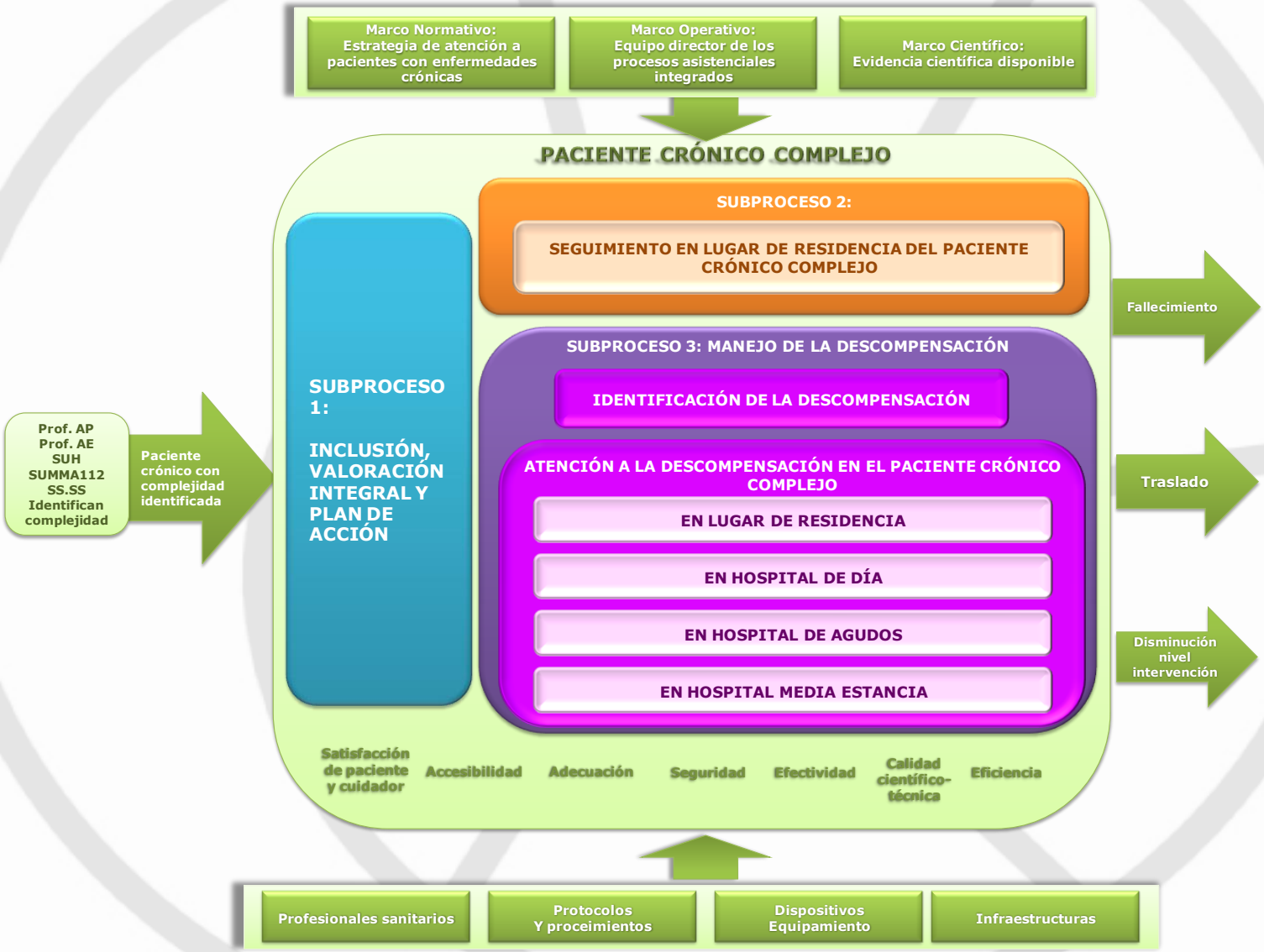
MACA:

Pronóstico de vida limitado, altas necesidades, orientación pallativa, planificación de decisions avanzadas

The COMMONWEALTH FUND

http://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2016/aug/high-need-high-cost-patients-meps1

Proceso asistencial integrado: la ruta asistencial en Madrid



15:30-18: A propósito de un caso complejo: la adaptación del modelo asistencial potenciando la Atención Primaria

Coordina y Modera Olga Monedo. Médico Técnico de apoyo de la Unidad de Cronicidad del Servicio Madrileño de Salud

Participan:

Alberto López García Franco. Médico de Familia y Presidente de SOMAMFyC. José Virgilio Castilla Castellano. Internista, Director Médico y Jefe de Servicio de Medicina Interna de la FHA.

Juan José Jurado. Enfermero de Atención Primaria y Vicepresidente de SEMAP.

Cristina de Miguel Sanchez. Médico de familia. Equipo de soporte domiciliario paliativo.

Eva María Toledano Sacristán. Trabajadora social

Conceptos: nuevos roles

http://www.kingsfund.org.uk/press/press-releases/creating-new-roles-to-deliver-integrated-care?utm_source=twitter&utm_medium=social&utm_term=socialshare

Evidence says don't get distracted by creating new roles to deliver integrated care

30 June 2016

"There is limited evidence to support the creation of new roles to deliver integrated care. Indeed the available evidence suggests that working with the existing workforce to create more flexible and multi-skilled teams that can work across boundaries is as, if not more, effective, says a report published today by The King's Fund."

Integración sociosanitaria

¿Cuál es la eficacia de las intervenciones en pacientes complejos con necesidades sanitarias y sociales? ¿De qué hablamos cuando hablamos de Integración Sociosanitaria?

PROYECTO PRISMA (*Programme de Recherche sur l'Integration des Services pour le Maintien de l'Automie"* de Québec, Canadá),

Consta de seis elementos clave:

1. **Coordinación entre responsables políticos y gerentes en los niveles regionales y locales;**
2. **Puerta de entrada única;**
3. **Gestión del caso;**
4. **Plan individual de atención;**
5. **Instrumento de valoración funcional de la autonomía;**
6. **Historia clínica informatizada compartida.**

La implantación del PRISMA se traduce en una **incidencia menor del deterioro funcional,** una **reducción de la carga sobre los cuidadores** y una **menor proporción** de **usuarios con deseos de ser internados en instituciones.**

La Integración Sociosanitaria
Modera Profesora Ana Miquel Gómez. URJC
la Integración Sociosanitaria en el Mundo: Conceptos y experiencias. Juan Carlos Contel. PIAISS de Cataluña.
La integración Sociosanitaria en España: Experiencias
Arturo Álvarez Rosete. Director of Research New Health Foundation.
La experiencia en Integración Sociosanitaria entre el servicio de geriatría del Hospital Rey Juan Carlos y los Centros Sociosanitarios de su zona. Javier Martínez Peromingo. Geriatra del Hospital Rey Juan Carlos .
La integración sociosanitaria y la experiencia de pacientes y cuidadores. Laura Carrasco. Asociación Parkinson Madrid

Papel de las TIC

¿Cuál es el impacto de las TICs para el intercambio de información de salud en los resultados del paciente y en la utilización de los servicios de salud de los pacientes con enfermedades crónicas?

Tics para la atención a crónicos.

Historia Clínica compartida

Sistemas de comunicación no presencial

Sistemas de Ayuda a la toma de decisiones: seguimiento de protocolos, prescripción

Acceso a HC del paciente: Carpeta virtual

Plataformas de Integración

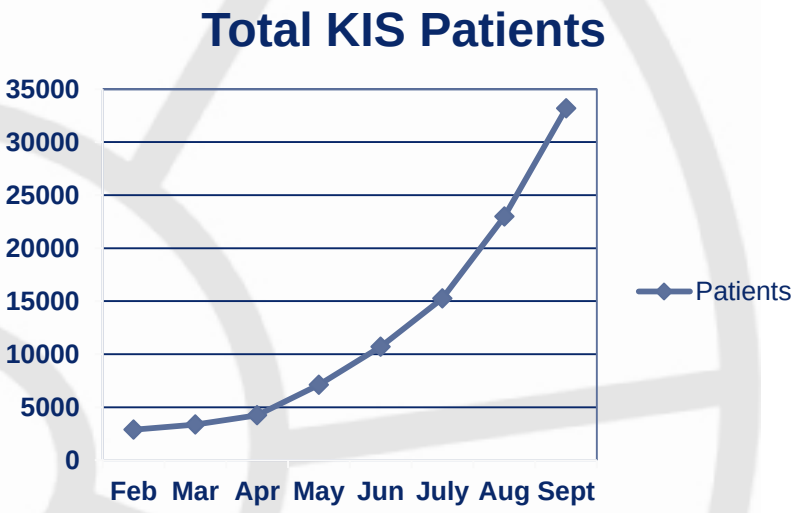
Receta Eléctronica

Telemonitorización

Key Information Summary and Anticipatory Care Plan (Escocia)

Resumen de Historia electrónica Disponible en entorno 24/7 en todo el país y en diversos entornos asistenciales

- *Información demográfica*
- *Medicación*
- *Alergias y reacciones adversas*
- Detalles del cuidador
- Agencias implicadas
- Aspectos clínicos más relevantes
- Soporte domiciliario
- Plan decisiones anticipadas



Ejemplo TIC: Galicia

El papel de las nuevas tecnologías en la Atención Integrada: el acceso a la información clínica, las webs y las apps de pacientes, la integración de la información. Modera Profesora Isabel del Cura. URJC

La evidencia científica en torno al papel de las TIC en atención Integrada y cronicidad. Carlos Hernandez Salvador. Ex Director de la Unidad de Investigación en Telemedicina y esalud del Instituto de Salud Carlos III.

Iniciativas TIC en Atención Integrada y cronicidad: experiencias de éxito. Julio Jesús Sánchez. Responsable de operaciones de Proyectos y Servicios de Salud de Telefónica.

La utilidad de las TIC en el abordaje de pacientes complejos: la experiencia de la Fe de Valencia. Bernardo Valdivieso. Director de planificación del departamento de la Fe de Valencia.

Evaluación

¿Cómo aproximarse a la evaluación de Resultados? ¿Qué experiencias nos pueden servir?

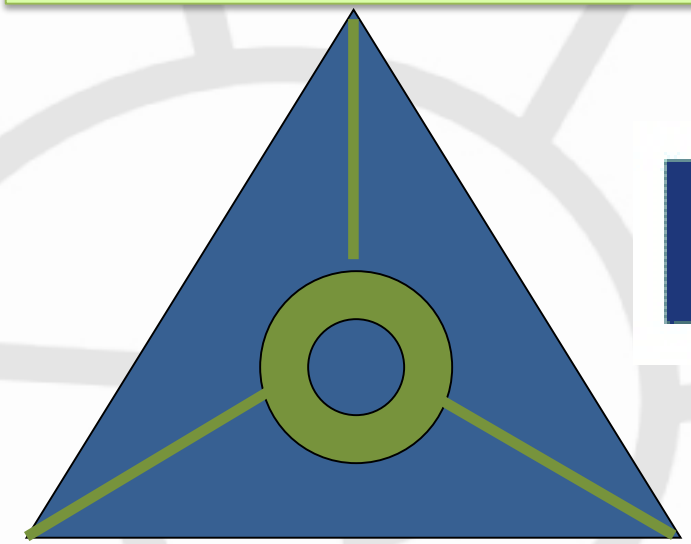
Clase:
La evaluación de resultados en la cronicidad y la atención integrada

Modelos : **“Triple Aim”** (Triple Meta /Dimensión)

“Marco estratégico para el desarrollo de una provisión de servicios integrada”

Population

Health (Resultados en salud)



INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT

Experience

of Care (Experiencia del paciente)

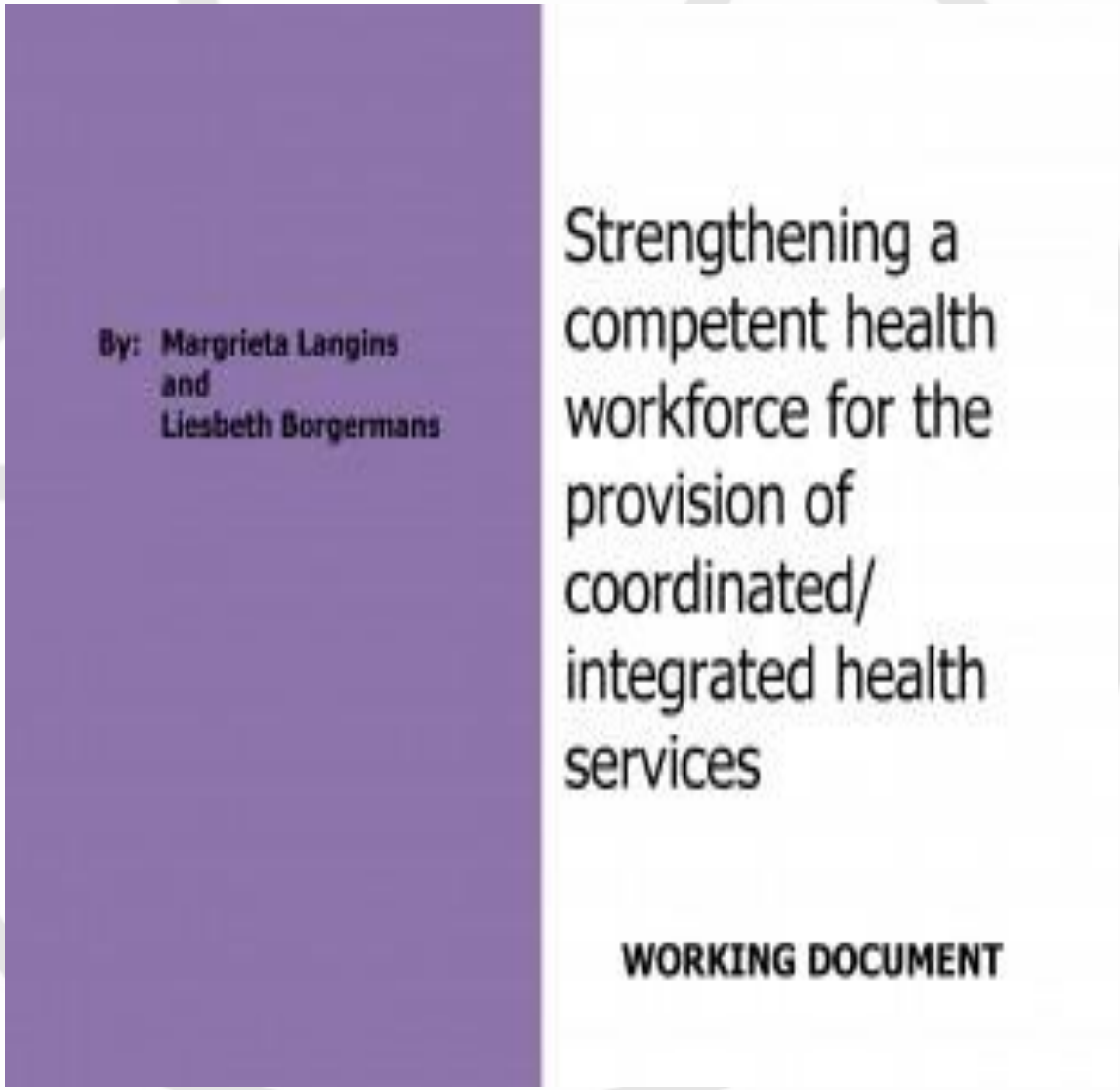
Per Capita

Cost (Costes)

Papel de la Universidad

¿Cuál es el papel de las Universidades y su contribución a la transformación de los sistemas sanitarios para alcanzar una atención integrada y centrada?

Referencias



Competencias a desarrollar

Competency clusters for Coordinated/Integrated Health Services

1. Patient advocacy
2. Effective Comunication
3. Team Work
4. People-Centred Care
5. Continuous learning

El papel de las Universidades en el desarrollo de una Atención Integrada y Centrada en las personas.
Modera el Profesor Ángel Gil de Miguel
El desarrollo de programas formativos orientados hacia la atención centrada en la persona. Fernando Caballero. Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Francisco de Vitoria.
La experiencia de aprendizaje interprofesional en la Universidad Europea de Madrid. Elena Gazapo. Decana de la Facultad de Ciencias Biomédicas y de la salud
La orientación de las Universidades hacia la cronicidad y la Atención Integrada. Ponente de la UAM
Experiencias para promover una atención Integrada y centrada en las personas. La orientación a la Cronicidad .
Carmen Gallardo. Decana Ciencias de la salud. URJC

Muchas gracias

ana.miquel@urjc.es

Universidad
Rey Juan Carlos

CIIISPI
CÁTEDRA INSTITUCIONAL
de Investigación e Innovación
en Salud Pública e Internacional