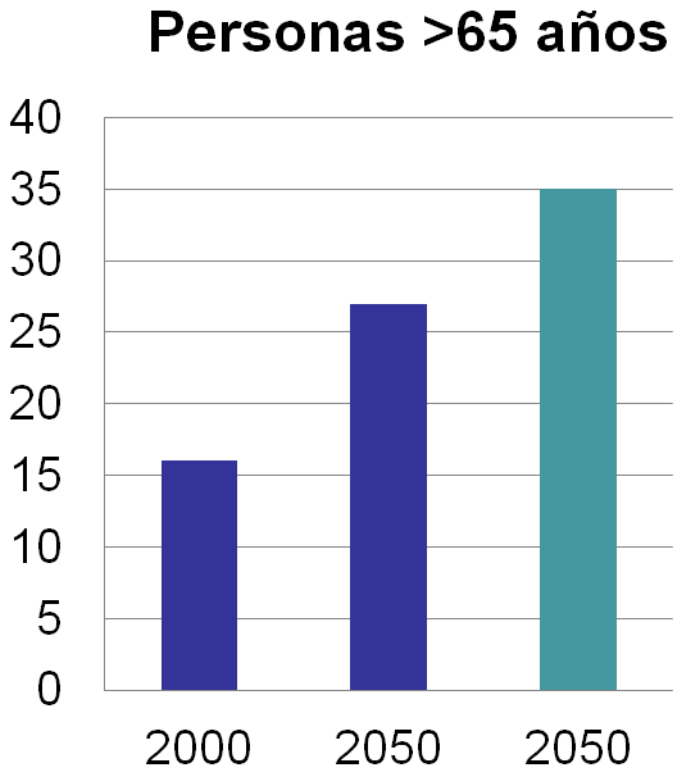
Paciente crónico agudizado y HaD

Dra. Magdalena Fernández Mtz. de Mandojana

Coordinadora de HaD de la OSI Debabarrena

Bilbo, 30 de mayo de 2014

Paciente crónico



- 65-74 años: **2,8** enfermedades crónicas
- > 75 años: **3,2** enfermedades crónicas

Los costes x 6 respecto a los que solo tienen 1 enfermedad.

EL PATRÓN DE ENFERMEDADES ESTA CAMBIANDO PERO EL SISTEMA NO EVOLUCIONA AL MISMO RITMO.

Modelo de atención a enfermedades crónicas (Chronic Care Model)

6 áreas claves:

1. Comunidad
2. Apoyo al autocuidado
3. Sistema sanitario
4. Diseño de la provisión de servicios
5. Apoyo en la toma de decisiones
6. Sistemas de información clínica

OMS: Modelo de atención innovadora a condiciones crónicas o ICCC

Incorpora:

1. Enfoque poblacional
2. Coordinación e integración de cuidados

Enfatiza:

1. Prevención
2. Calidad
3. Flexibilidad
4. Toma de decisiones basadas en la evidencia

Enfermo crónico

- Paciente con varias patologías crónicas
- < autonomía y gran fragilidad
- Importante comorbilidad
- AVD limitadas

Enfermedades crónicas

EPOC

ICC

DM

ACVA

- Se agregan unas a otras potenciando el deterioro orgánico y la afectación funcional de los pacientes.
- Etiología plurifactorial y compleja.
- Aparición gradual, silente y con pico de prevalencia en edades avanzadas.
- Son permanentes y deterioran progresivamente.
- Requieren tto. médico y cuidados continuos.
- Son susceptibles de prevención, retraso en su aparición o en su progresión.
- Se manifiestan mediante la triada: edad + comorbilidad + polimedicación.

Estrategia de atención al paciente crónico

- **Evaluación individualizada del nivel de complejidad/riesgo:** diagnóstico integral y actuación centrada en prevenir y Rh para evitar progresión.

- **Tratamiento farmacológico integral**: adecuado, "cumplido" y conciliado entre los diferentes niveles asistenciales.

- **Implicación activa** del paciente y su entorno familiar.

- **Coordinación eficaz entre niveles** asistenciales y red socio-sanitaria.

Estrategia de atención al paciente crónico

Gestión de la Enfermedad → **Gestión del caso**

Plan individualizado basado en:

- La mejor evidencia de práctica clínica
- Coordinación de los recursos asistenciales
- Refuerzo y seguimiento del plan terapéutico

Estrategia adecuada de Gestores y de Profesionales del Sistema

Estratificar a la población según su nivel de riesgo

Identificar al 3 – 5% de la población

con ENFERMEDADES CRÓNICAS COMPLEJAS

con intensiva utilización de servicios de alto coste

PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

“Atención al paciente pluripatológico”

Posibilidad de evaluar los resultados de los programas de intervención sobre estos pacientes para mejorar la calidad de la atención y reducir los costes.

Competencias y roles profesionales

Médico de Familia
referente de sus pacientes crónicos.

Médico Internista
generalista polivalente en el ámbito hospitalario

Enfermería
adecuada prestación y coordinación de cuidados

Farmacéuticos
adherencia, conciliación, asesoría…

Fisioterapeutas, Psicólogos, Trabajadores sociales:
Enfermedad crónica vinculada con la Dependencia

Osakidetza

ODB

Documento de trabajo presentado por la SEMI, semFYC y FAECAP octubre 2013

PROCESO ASISTENCIAL DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS COMPLEJAS Y PLURIPATOLÓGICOS

Conjunto de actividades encaminadas a garantizar a los pacientes con Enfermedades crónicas complejas y Pluripatológicos una asistencia sanitaria integral

- **Límite de entrada**:

1. Pacientes con Enfermedades crónicas no neoplásicas en estadíos avanzados
2. Pacientes pluripatológicos
3. Pacientes con enfermedad crónica o de alto riesgo

- **Límite final:** Fallecimiento del paciente

Enfermedades crónicas avanzadas

- **Insuficiencia cardiaca crónica:**

  Disnea basal ≥ NYHA III
- **Enfermedad respiratoria crónica:**

  Disnea basal ≥ a III MRC; sat O2 < 90%; O2 domiciliario
- **Enfermedad renal crónica:**

  Estadio 4-5 NKF (FG<30ml/m)
- **Enfermedad hepática crónica:**

  Child-Pugh >7
- **Enfermedad neurológica crónica:**

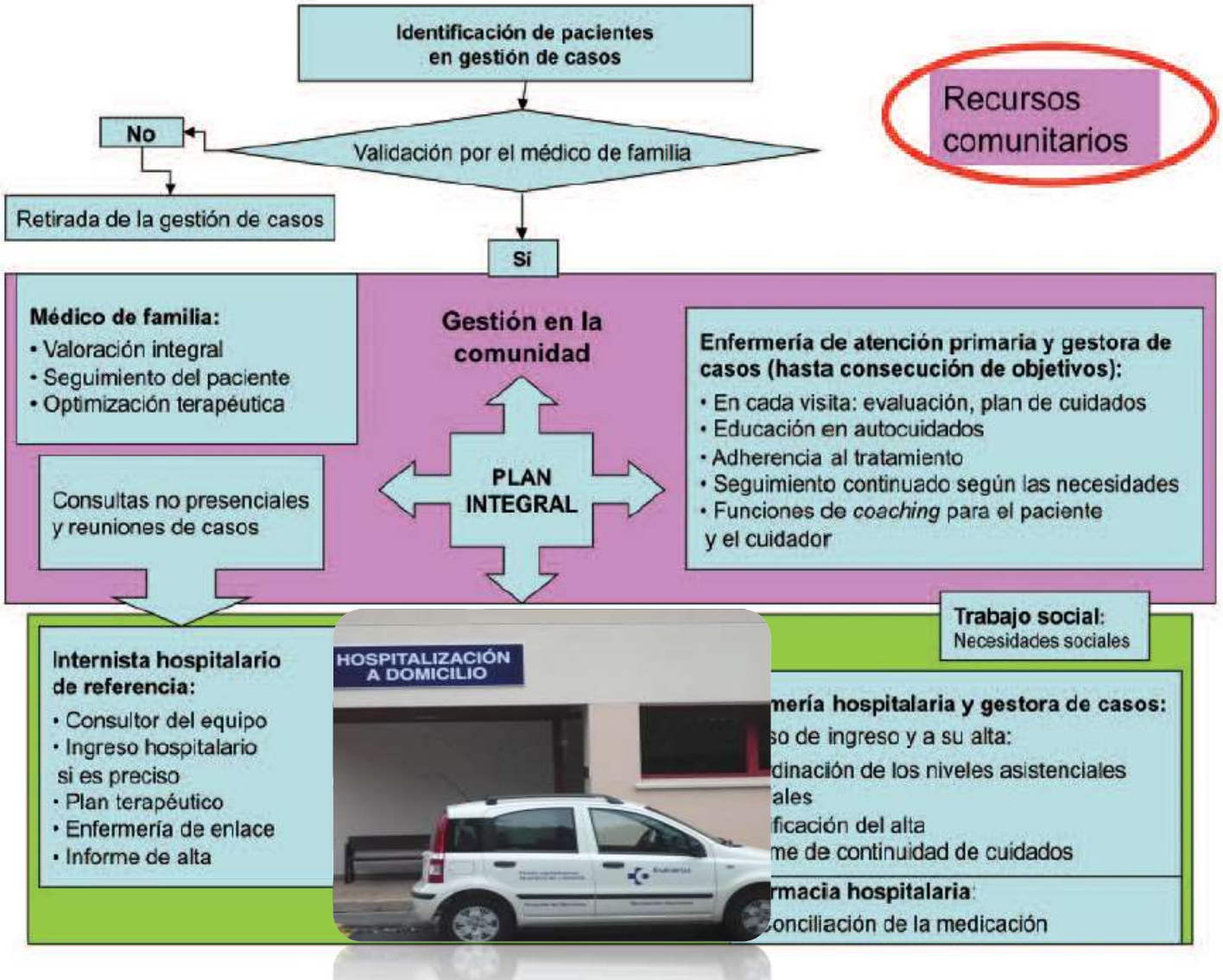
  Pfeiffer >7 errores; MEC <18; IB <60

Pacientes Pluripatológicos:

Presentan enfermedades crónicas definidas en 2 ó más de un conjunto de categorías clínicas determinado

CATEGORÍA A
❑ A.1. Insuficiencia cardiaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA[1] (síntomas con actividad física habitual)
❑ A.2. Cardiopatía isquémica
CATEGORÍA B
❑ B.1. Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas
❑ B.2. Enfermedad renal crónica definida por filtrado glomerular < 60 ml/m o proteinuria[2], mantenidos durante tres meses
CATEGORÍA C
❑ C.1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado II de la MRC[3] (disnea a paso habitual en llano), $FEV_1 < 65\,\%$, o Sat $O_2 \leq 90\,\%$
CATEGORÍA D
❑ D.1. Enfermedad inflamatoria crónica intestinal
❑ D.2. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular[4] o hipertensión portal[5]
CATEGORÍA E
❑ E.1. Ataque cerebrovascular
❑ E.2. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel < 60)
❑ E.3. Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer con cinco o más errores)
CATEGORÍA F
❑ F.1. Arteriopatía periférica sintomática
❑ F.2. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática
CATEGORÍA G
❑ G.1. Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente hemoglobina < 10 mg/dl en dos determinaciones separadas entre sí más de tres meses
❑ G.2. Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa
CATEGORÍA H
❑ H.1. Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel < 60)
NÚMERO DE CATEGORÍAS DE INCLUSIÓN: 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8

Diagrama de Gestión de Casos



Actualmente más de 100 unidades de HaD aunque con distribución irregular entre las distintas comunidades.

Hospitalización a domicilio (HaD)

Se define como un servicio más del **hospital** que proporciona un conjunto de tratamientos y de cuidados asistenciales en el **domicilio** del paciente cuya complejidad, intensidad y duración son comparables a los que recibiría ese mismo paciente en la hospitalización convencional pero que puede prescindir de la infraestructura hospitalaria.

PREMISA BÁSICA en HaD

- Morbi-mortalidad y complicaciones de “Antonio” en HaD deben ser = a las del Hospital
- Su control de síntomas debe ser idéntico
- Recursos adecuados y suficientes disponibles en todo momento
- Calidad garantizada

Ventajas generales de HaD

1 - En gestión: < coste por proceso, < presión asistencial en unidades hospitalarias convencionales, < lista de espera, > rotación de cama/enfermo, < afluencia a Urgencias, favorece comunicación entre Hospital y AP > satisfacción del usuario…

2 -Técnico-sanitarias: < incidencia de infección nosocomial y de desorientación en ancianos, evita fenómenos de “hospitalismo”…

Ventajas generales de HaD

3 - Socio-familiares:

- atención más personalizada
- > intimidad y confort
- mejor comunicación paciente-equipo sanitario,
- > implicación del paciente y de su familia en su enfermedad
- facilita la educación sanitaria
- evita desplazamientos de familiares al hospital,
- facilita la reinserción del paciente en su vida activa habitual

EQUIPO de HaD

- No existe especialidad médica de HaD
- **Coordinador**: **Internista** por conocimiento global de la enfermedad y del medio hospitalario
- **Médicos de familia**: complemento necesario para gestionar cronicidad y facilitar continuidad con AP
- **Enfermería**: con experiencia médico-quirúrgica
- Administrativo, Psicólogo, Fisioterapeuta…
- La unidad debe ser **autónoma**

Persona con capacidad de empatizar, de transmitir seguridad y con iniciativa.

Horario de trabajo en HaD

- Funcionar **365 días** al año de 8 a 20 h. con actividad programada y urgente + teléfono de contacto disponible
- De 20 a 8 h. cobertura con la Urgencia del Hospital o con Emergencias de la zona

Criterios de inclusión en HaD

1. Paciente y familia acepta esta modalidad asistencial
2. Residir en el área de cobertura de la Unidad
3. Vivienda con condiciones aceptables y teléfono
4. Cuidador principal

Esquema asistencial de HaD

- **Como complemento de la hospitalización convencional:**

  Se atienden pacientes con alta precoz durante un periodo de tiempo limitado con cuidados de intensidad y complejidad hospitalaria.

- **Como sustitución de la hospitalización convencional:**

  Se atienden pacientes que provienen de Urgencias, de C. Externas o de A. Primaria

- **De alta tecnología:**

  Aplicando procedimientos terapéuticos o diagnósticos complejos como NE, NP, AB parenterales, QT, VMNI...

- **Función de soporte:**

  Valoraciones clínicas o exploraciones complementarias de rango hospitalario para la gestión de casos complejos a petición de AP ó de otra especialidad.

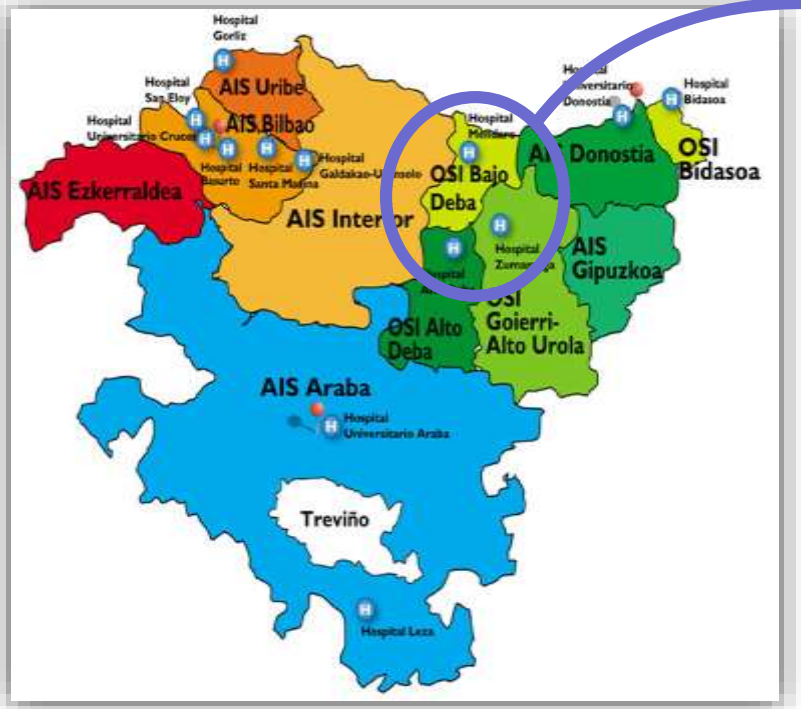
En HaD se atienden pacientes con:

- **Patología médica:**
  - . Crónicos reagudizados
  - . Agudos
  - . Paliativos no oncológicos
  - . Trasplantados
- **Patología quirúrgica:**
  - . Cuidados del postoperatorio de cirugía, traumatología, urología..
  - . Curas complejas
- **Patología oncológica:**
  - . Fase paliativa
  - . Enfermedades intercurrentes

En el siglo XXI, el futuro de la HaD está ligado:

- a la **humanización** de la enfermedad
- al aprovechamiento de **las nuevas tecnologías**
- al desarrollo de la atención domiciliaria en su **globalidad**
- al establecimiento de **alianzas** con todos los recursos de los diversos niveles asistenciales.

OSI DEBABARRENA



78.000 habitantes

OSI DEBABARRENA

Somos 800 personas

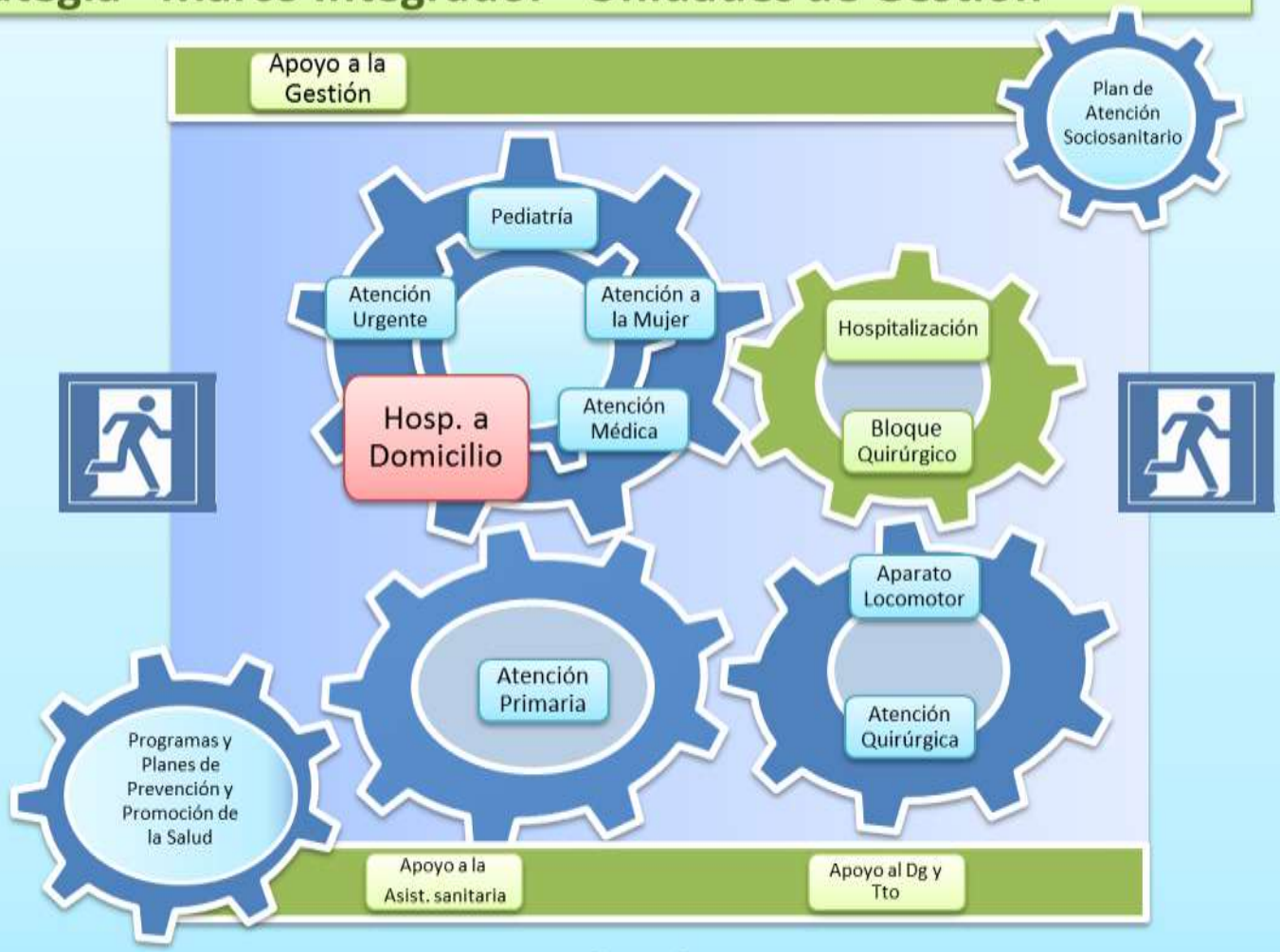
Una subcomarca de AP

- 5 UAP
- 10 Centros
- 3 PAC

Un Hospital Comarcal

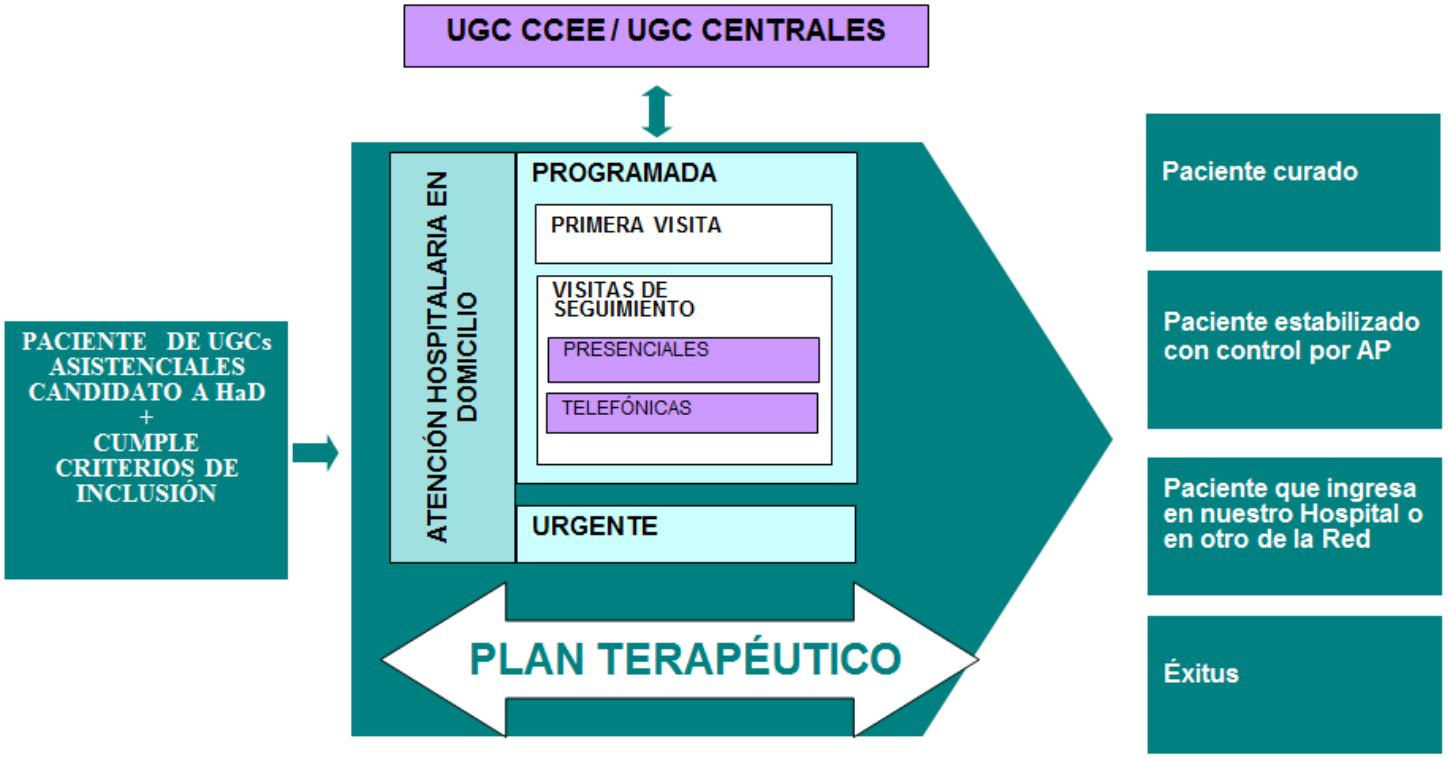
- Médico/Quirúrgico
- 120 camas
- Pediatría
- Partos
- HaD

Estrategia - Marco Integrador - Unidades de Gestión



Sociedad

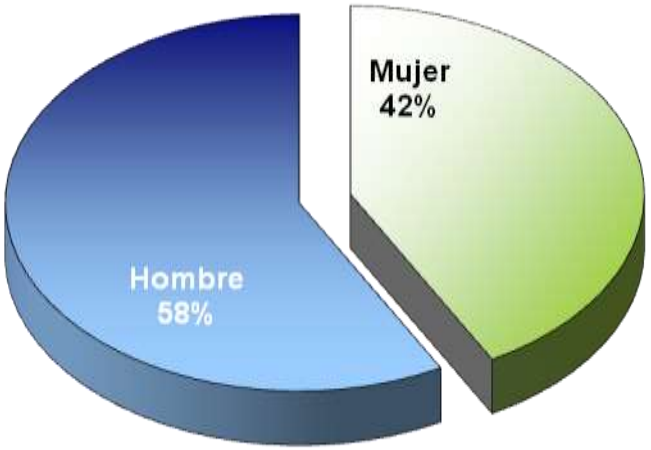
UGC DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO



HaD OSI DEBABARRENA

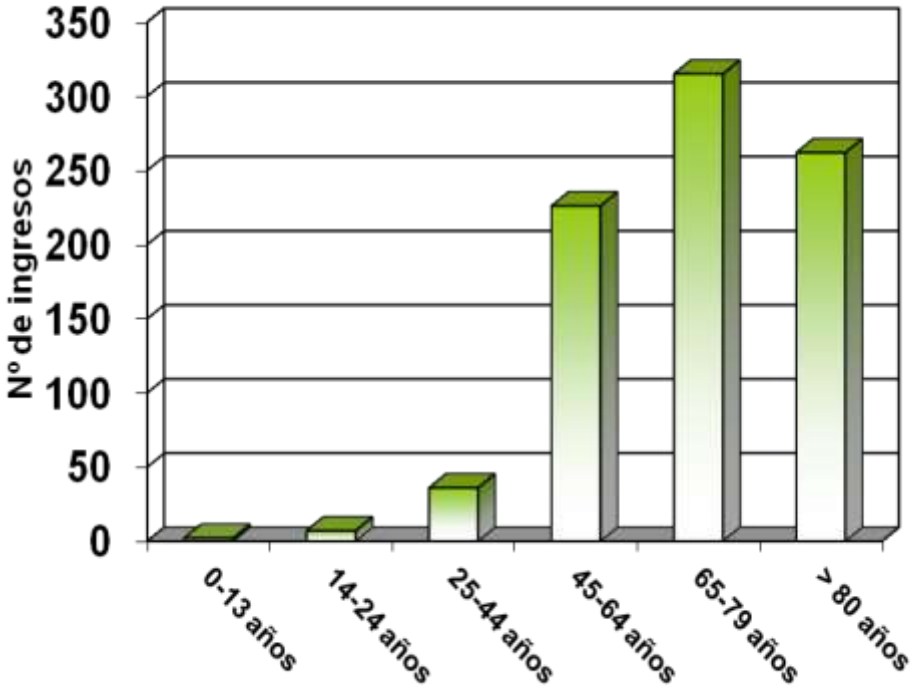
- Inauguramos la Unidad el 5 de mayo de **2008**
- Cobertura de un área asistencial con **78.000 habitantes**
- Horario de **8 a 20 h. todos** los días del año
- Cobertura de 20 a 8 h. con Emergencias
- 4 vehículos serigrafiados
- **Equipo:** Coordinadora, 5 Médicos, 8 Enfermeras, Administrativo, Celador compartido y Psicóloga a tiempo parcial
- Atendidos más de **4000 pacientes** hasta el momento…
- **Docencia** de Residentes de Medicina de Familia

HaD OSI DEBABARRENA

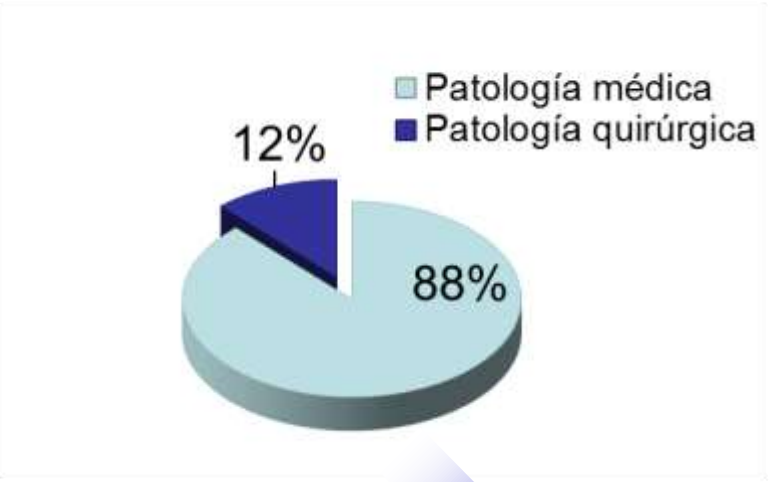


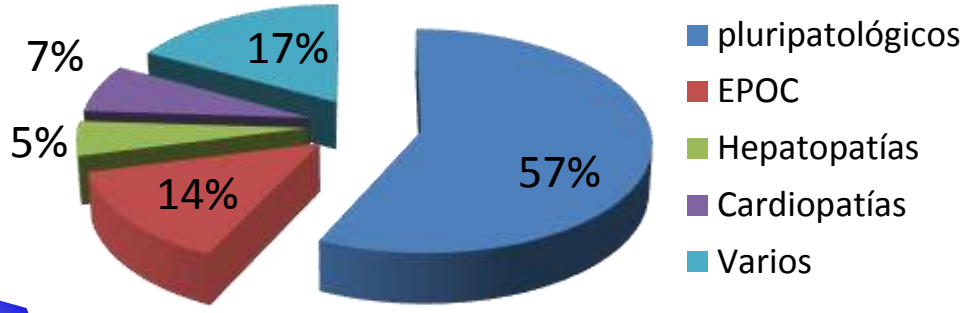
Distribución de ingresos

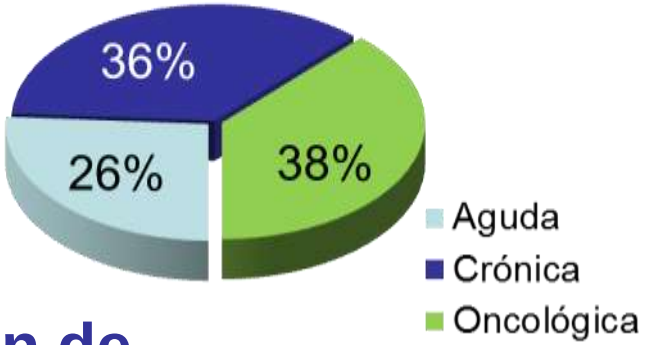
848 en 2013



HaD OSI DEBABARRENA

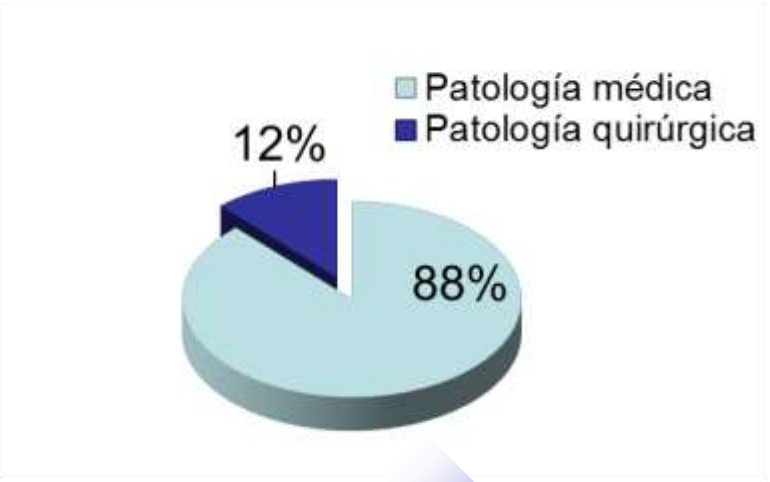


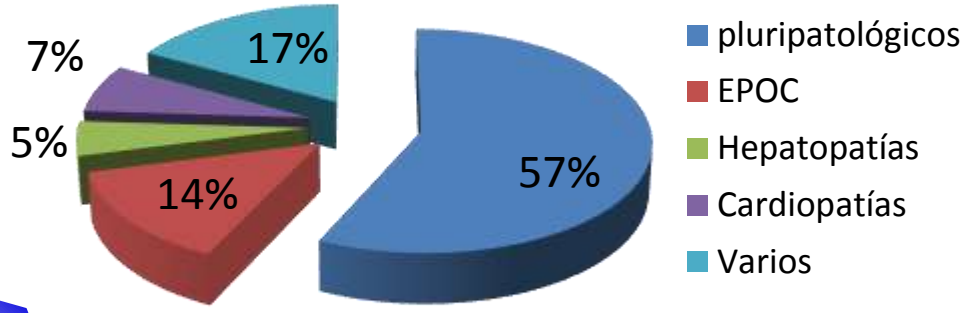


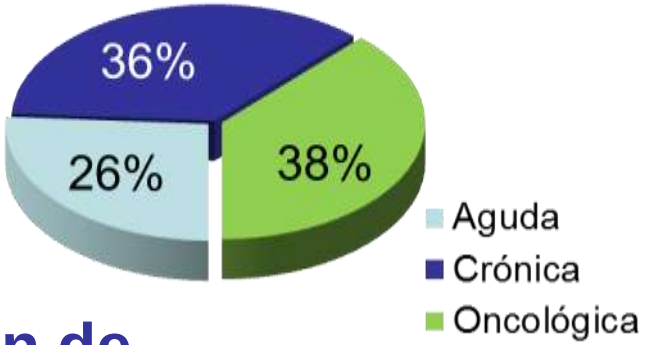


Distribución de grupos patológicos

HaD OSI DEBABARRENA



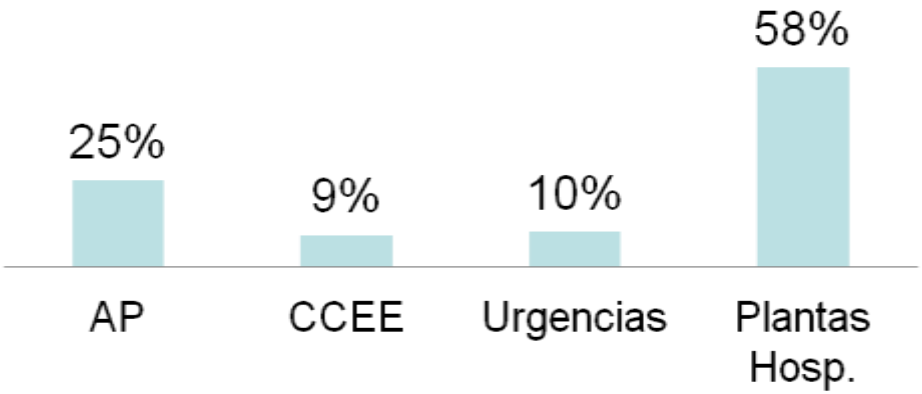




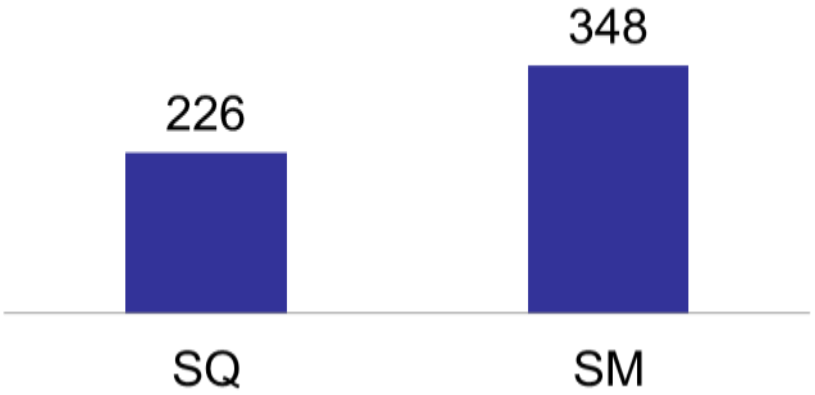
Distribución de grupos patológicos

HaD OSI DEBABARRENA

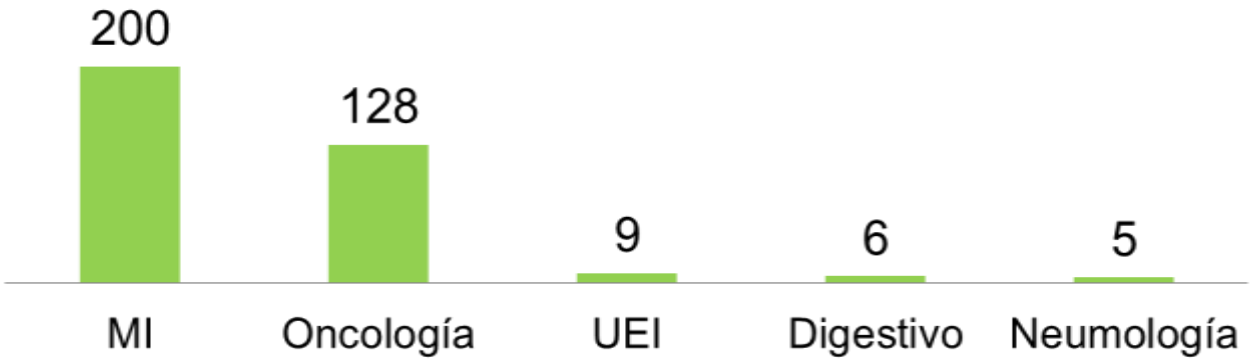
Procedencia de ingresos



Procedencia por servicios



Distribución por servicio médico



Infección y HaD

- En el 3º Congreso de HaD en 1996
- TTO **integral** de la enfermedad infecciosa en el domicilio:
  - Diagnóstico
  - Administración del antimicrobiano parenteral
  - Control clínico y analítico
- Personal **cualificado** y con **experiencia**

Osakidetza

ODB

SEMI

Sociedad Española de Medicina Interna

PROTOCOLOS

TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO DOMICILIARIO ENDOVENOSO (TADE)

Tabla 1. Principales indicaciones del TADE

Tipo/localización de infección	Cuadros clínicos
Piel y tejidos blandos	Celulitis, miositis, infección de herida quirúrgica y no quirúrgica
Osteoarticulares	Osteomielitis, artritis séptica, infección de prótesis articulares, espondilodiscitis, bursitis
Intraabdominales	Abscesos hepáticos, subfrénicos, colecistitis, plastrón apendicular, diverticulitis
Broncopulmonares	Neumonía bacteriana (comunitaria y nosocomial), bronquiectasias sobreinfectadas, exacerbación infecciosa de bronconeumopatías crónicas, absceso pulmonar
Nefrourológicas	Pielonefritis aguda, prostatitis, abscesos perirrenales, infecciones del tracto urinario complicadas
Neurológicas	Meningitis, absceso cerebral
Cardíaca-vascular	Endocarditis, infección de prótesis endovasculares
Bacteriemias e infecciones sistémicas	Neutropenia febril, bacteriemia de cualquier origen
Infecciones en sida	Infecciones por citomegalovirus, *Pneumocystis jiroveci*
Infecciones víricas y fúngicas	Aspergilosis pulmonar, neumonía varicelosa

TADE en HaD: Antibióticos

- Aminoglucósidos
- Carbapenemes
- Cefalosporinas
- Glucopéptidos
- Penicilinas
- Quinolonas

TADE en HaD

Antivíricos

Antifúngicos

TADE en HaD

La elección del sistema de administración depende de:

- Tiempo de infusión
- Nº de dosificaciones diarias
- Posibilidades de reconstitución/dilución del fármaco
- Posibilidades de infusión continua
- Perfil de seguridad farmacológica
- Recursos humanos disponibles
- Costes

Modalidades y dispositivos para la administración de antimicrobianos en HaD

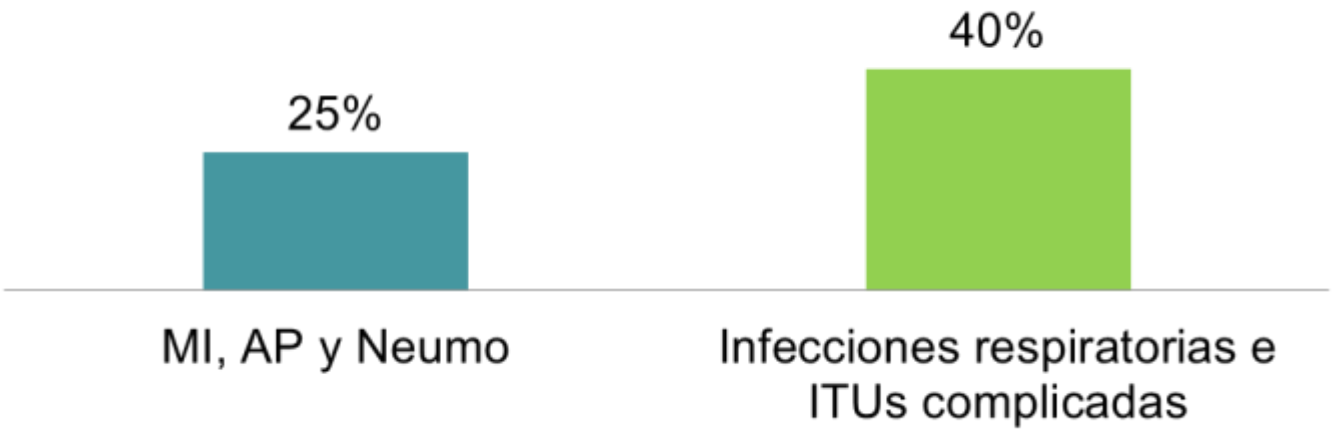
- Intravenosa directa
- A gravedad
- Bombas de infusión elastomérica
- Bombas de infusión electrónicas

NIPRO
SURE FUSER A
250
DISPOSABLE

STOP START
ENTER CLEAR
PRIME
LOCK
NEXT
ON OFF
CADD-Legacy™ 1
CADD-Legacy™ PCA
CADD-Legacy™ PLUS

TADEs 2012 en HaD

- Recogidos **3407** TADEs de Basurto, Cruces, Donostia, Galdakao, Alto y Bajo Deba y Zumarraga
- Rango de edad: 8 -101 años; media 69,70 años

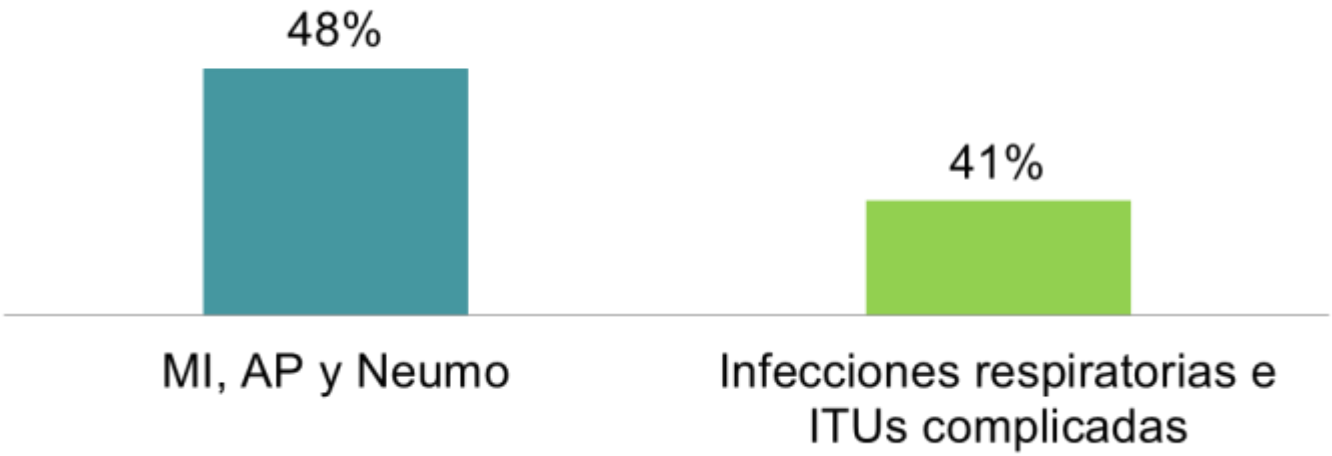


El **73,31%** del total del AB parenteral se administra en el domicilio

HaD OSI DEBABARRENA

TADES 2013 de nuestra unidad: **368**

- Rango: 11- 97 años; Media 66,44 años



El **72%** del total del AB parenteral se administra en el domicilio

Paciente crónico agudizado y HaD

O_2

Analíticas

Furosemida sc/iv

Sueroterapia

Corticoides parenterales

Sondajes

Paracentesis/ Toracocentesis

Antimicrobianos parenterales

Nebulizaciones de broncodilatadores/ antibióticos

Enemas

Muestras microbiológicas

Contribución de HaD a la atención del Paciente Crónico

- Soporte del binomio AP/M. Interna para el tto de agudizaciones sin ingreso y sin acudir a urgencias.
- Nuestra intervención se produce tras activar el plan de asistencia compartida desde el ingreso hospitalario, la consulta o AP.
- Cobertura 365 días al año de 8 a 20 h.
- Experiencia hospitalaria.
- Medios técnicos como en el hospital y con carácter urgente.
- Precisamos de “cuidador colaborador”

Osakidetza

ODB

ESKERRIK ASKO