

Modelos de cuidado al paciente crónico

Adelaida Zabalegui

03.05.12

Contenido

1. ¿Qué tenemos?
2. ¿Qué necesitan los pacientes/familias crónicos?
3. ¿Cómo mejorar los resultados asistenciales?
4. ¿Qué profesionales necesitamos?

Aumento de la Cronicidad

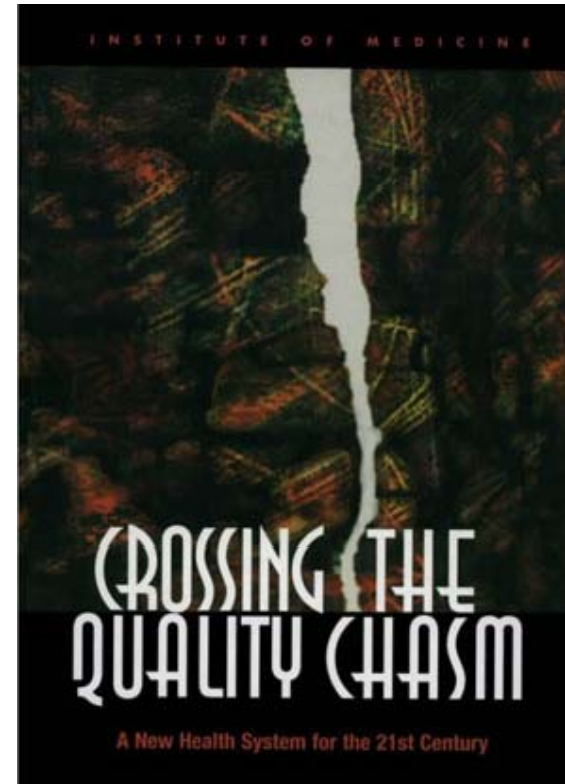
- Gran número de casos (IC, EPOC, diabetes, depresión, cáncer y artritis)
 - 60-80% de todos los fallecimientos registrados a nivel mundial
- Creciente contribución a la mortalidad general
- Causa más frecuente de discapacidad
- Elevado coste del tratamiento
- Cuidado fragmentado
- Relacionada con el envejecimiento poblacional, los estilos de vida y la tecnología
- Determinantes psicológicos, sociales, económicos, educacionales y familiares
- Lagunas en calidad de cuidado, diferenciación entre el cuidado habitual y el mejor cuidado, dan lugar a muertes que se podrían evitar.
- Buenas experiencias

Un nuevo Sistema Asistencial para el siglo 21

“El sistema sanitario actual
no puede hacer el trabajo.”

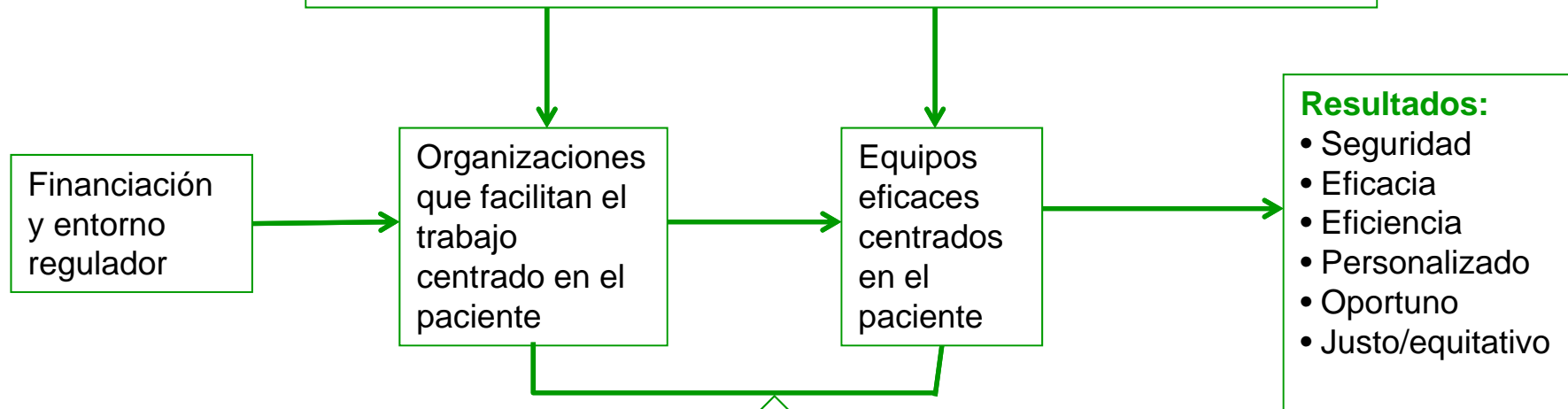
“Intentarlo más intensamente
no funcionará.”

“Cambiar el sistema sanitario
sí funcionará.”



EL informe de calidad del IOM: modelando el futuro de la salud
<http://www4.nas.edu/onpi/webextra.nsf/web/chasm>

Sistema de Cuidado Asistencial



Elementos clave del rediseño: 6 retos

1. Rediseño de los procesos de cuidado
2. Utilización eficaz de las TIC
3. Conocimiento y habilidades de gestión
4. Desarrollo de equipos eficaces
5. Coordinación del cuidado en todas las condiciones del paciente y servicios a largo plazo
6. Análisis de resultados y actuación para la mejora continuada y el fomento de la responsabilidad

¿Intervenciones complejas ‘CI’ ?

Dimensiones de la complejidad

- Un número significativo de componentes que interaccionan entre ellos
- Requiere tener un número significativo de habilidades y actitudes difíciles por parte de las personas que proporcionan la intervención y/o de quien la recibe
- Participan un número significativo de grupos u organizaciones a distintos niveles
- Se permite cierta flexibilidad entre agentes participantes (Lewin et al, 2010)

[www. European Academy of Nursing Science \(EANS\)](http://www.EuropeanAcademyofNursingScience.org)



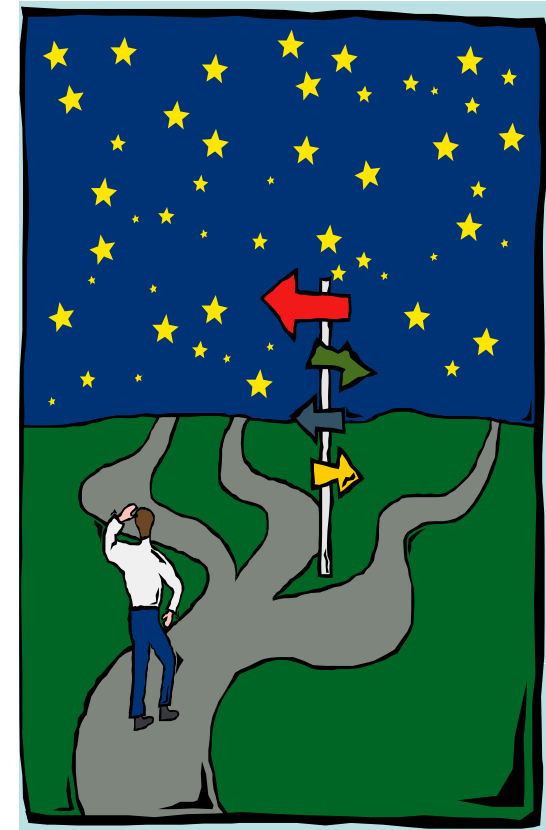
Contenido

1. ¿Qué tenemos?
2. ¿Qué necesitan los pacientes/familias crónicos?
3. ¿Cómo mejorar los resultados asistenciales?
4. ¿Qué profesionales necesitamos?

¿Qué necesitan los pacientes con problemas de salud crónicos?

Una relación continua y terapéutica con el equipo de salud y la sanidad de manera que responda a sus necesidades respecto:

- ☞ Tratamiento eficaz (clínico y educativo),
- ☞ Información y apoyo en el autocuidado,
- ☞ Seguimiento sistemático y valoraciones periódicas para detectar empeoramiento,
- ☞ Gestión más intesiva (Case Management) para pacientes de alto riesgo que no alcanzan los objetivos previstos y
- ☞ Coordinación del cuidado entre profesionales y niveles asistenciales

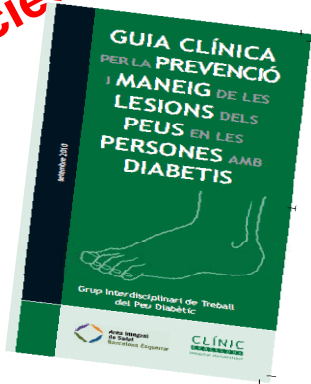


Contenido

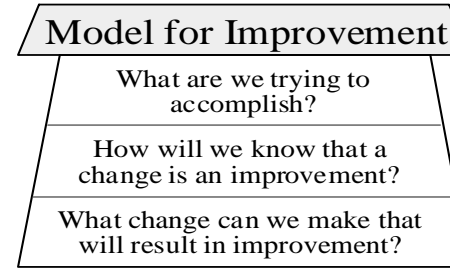
1. ¿Qué tenemos?
2. ¿Qué necesitan los pacientes/familias crónicos?
3. ¿Cómo mejorar los resultados asistenciales?
4. ¿Qué profesionales necesitamos?

¿Cómo mejorar los resultados?

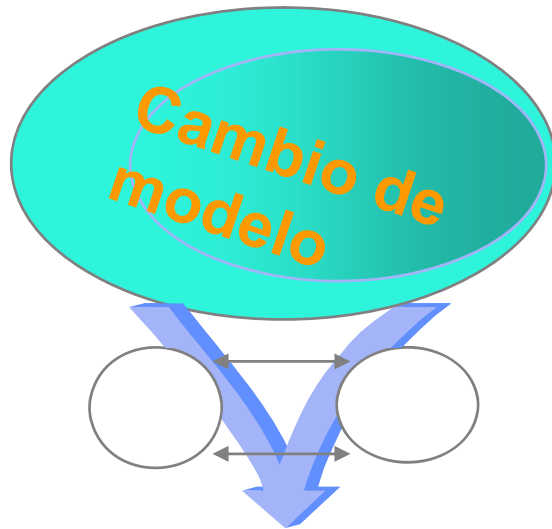
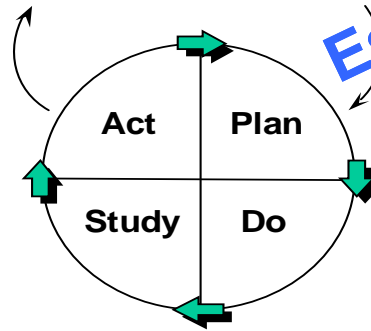
Evidencia científica



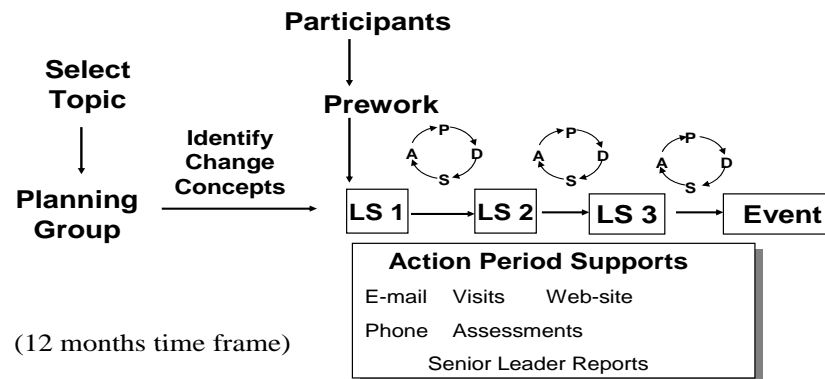
Medir resultados



Estrategia



Modelo de aprendizaje



Pirámide de Kaiser ampliada



Fuente: Kaiser Permanente. Adaptado

Chronic Disease Management: Population Management

Deciding the right approach

It is important to have the information and knowledge to be able to carry out a risk-stratification on local populations to identify those who are most at risk.

Level 3

As people develop more than one chronic condition (co-morbidities), their care becomes disproportionately more complex and difficult for them, or the health and social care system, to manage. This calls for case management - with a key worker (often a nurse) actively managing and joining up care for these people.

Level 2

Disease/care management, in which multidisciplinary teams provide high quality evidence-based care to patients, is appropriate for the majority of people at this level. This means proactive management of care, following agreed protocols and pathways for managing specific diseases. It is underpinned by good information systems - patient registries, care planning, shared electronic health records.

Level 1

With the right support many people can learn to be active participants in their own care, living with and managing their conditions. This can help them to prevent complications, slow down deterioration and avoid getting further conditions. The majority of people with chronic conditions fall into this category - so even small improvements can have a huge impact.

More than care and case management



Edward Wagner: Chronic Care Model (CCM)

Objetivo: Introducir un programa de calidad que mejore la atención ambulatoria en 6 áreas:

- **Fomento de la autoayuda / autogestión** (participación del paciente y su familia en el cuidado y en el seguimiento)
- **Apoyo a la toma de decisión profesional** (integrar guías clínicas basadas en la evidencia en la práctica clínica diaria y otros métodos)
- **Mejoras a la atención clínica** (centrada en trabajo de equipo y en una amplia práctica profesional)
- **Sistemas de información electrónica** para el seguimiento, atención y evaluación del paciente y para proporcionar datos relevantes.
- **Cambios en la organización** (Planificar incluyendo objetivos medibles para mejorar la calidad del cuidado)
- **Participación comunitaria** para movilizar recursos no sanitarios

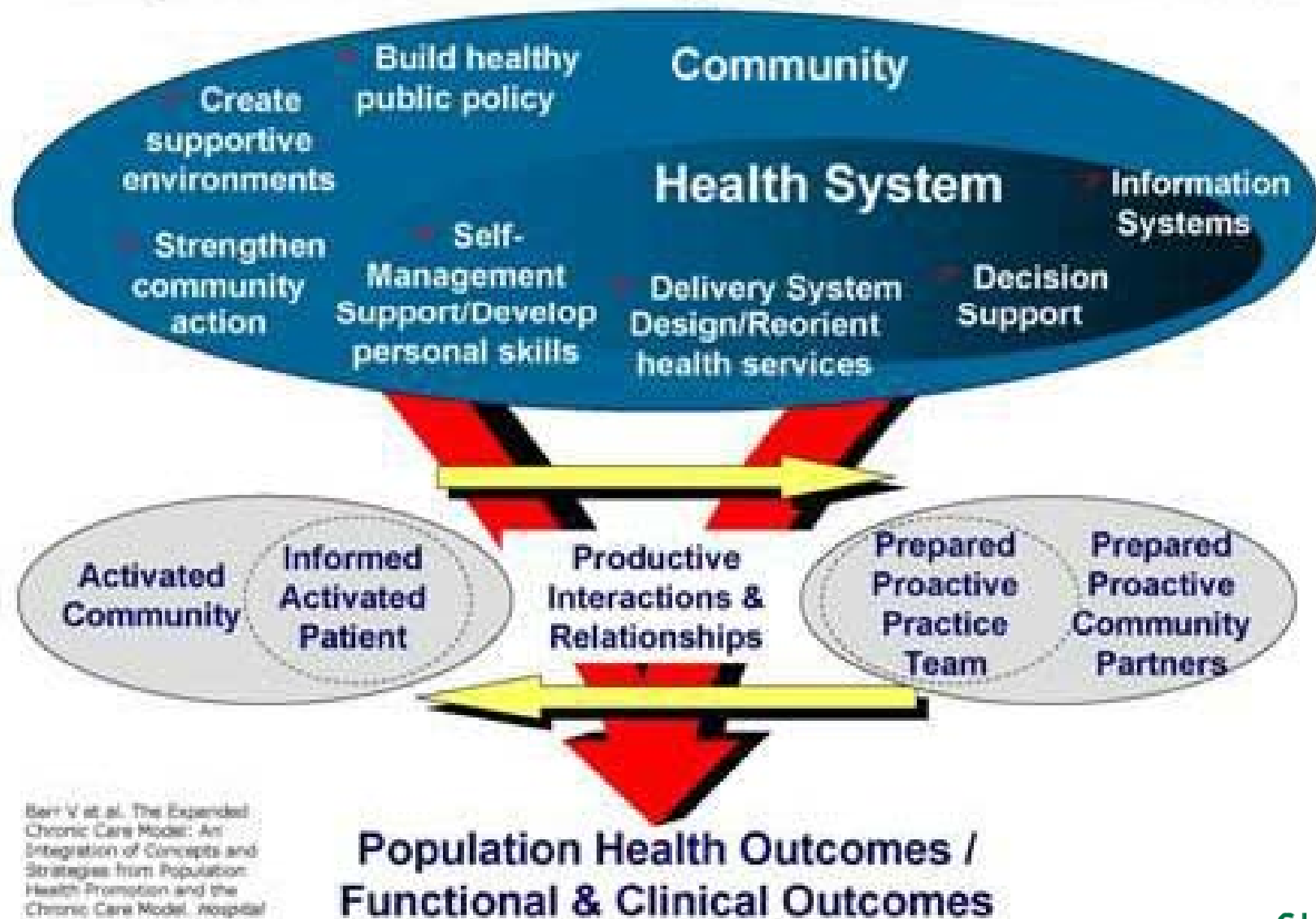
Bodenheimer T, Wagner EH & Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA 2002; 288 (14): 1775-9.

The Chronic Care Model



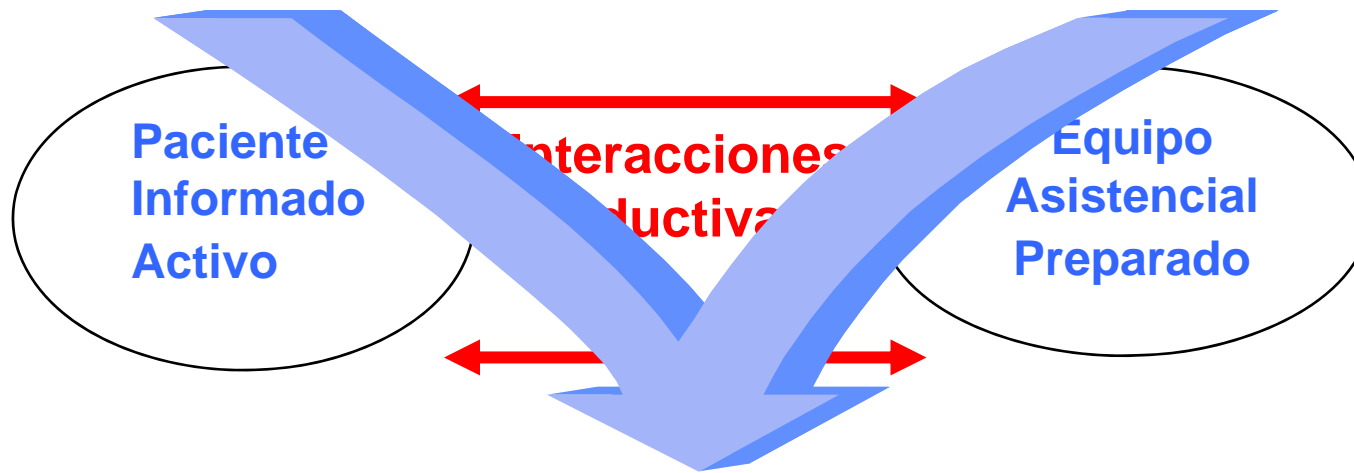
Wagner EH, Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness. Eff Clin Prac, 1998; 1(1):2-4.

Expanded Chronic Care Model (Vancouver)



Barr V et al. The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly* 2003;7(1):73-82

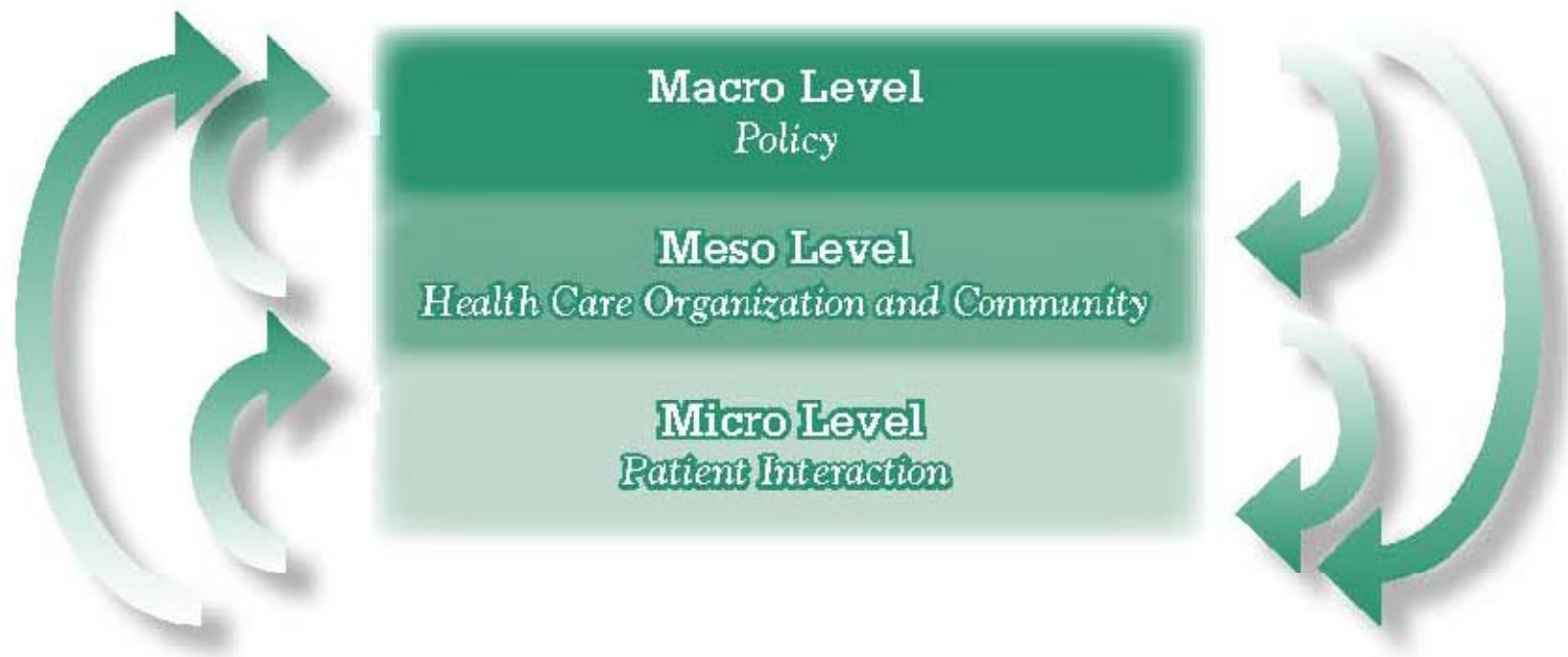
¿Cómo se reconocen las interacciones productivas?



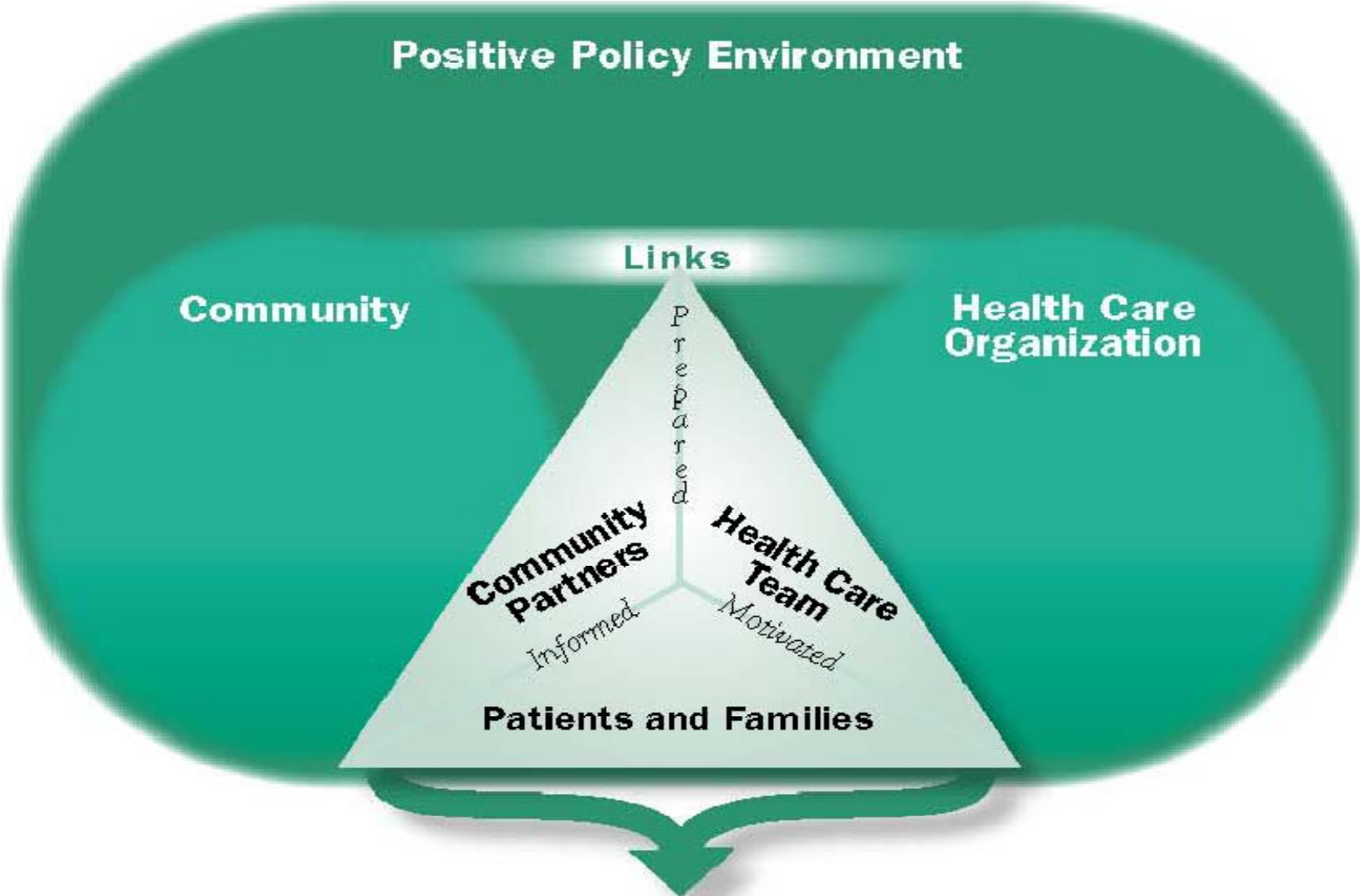
- Valoración de los objetivos alcanzados mediante habilidades de auto-gestión, confianza-asertividad y del estado clínico
- Seguimiento de guías clínicas
- Seguimiento de la gestión clínica mediante verificación de los pasos del protocolo
- Colaborar en la identificación de los objetivos y en la solución de problemas con un plan de cuidados compartido
- Planificar seguimientos activos y continuados

WHO' s Innovative Care for chronic conditions (ICCC)

- Objetivo: Políticas globales de salud



Innovative Care for Chronic Conditions Framework



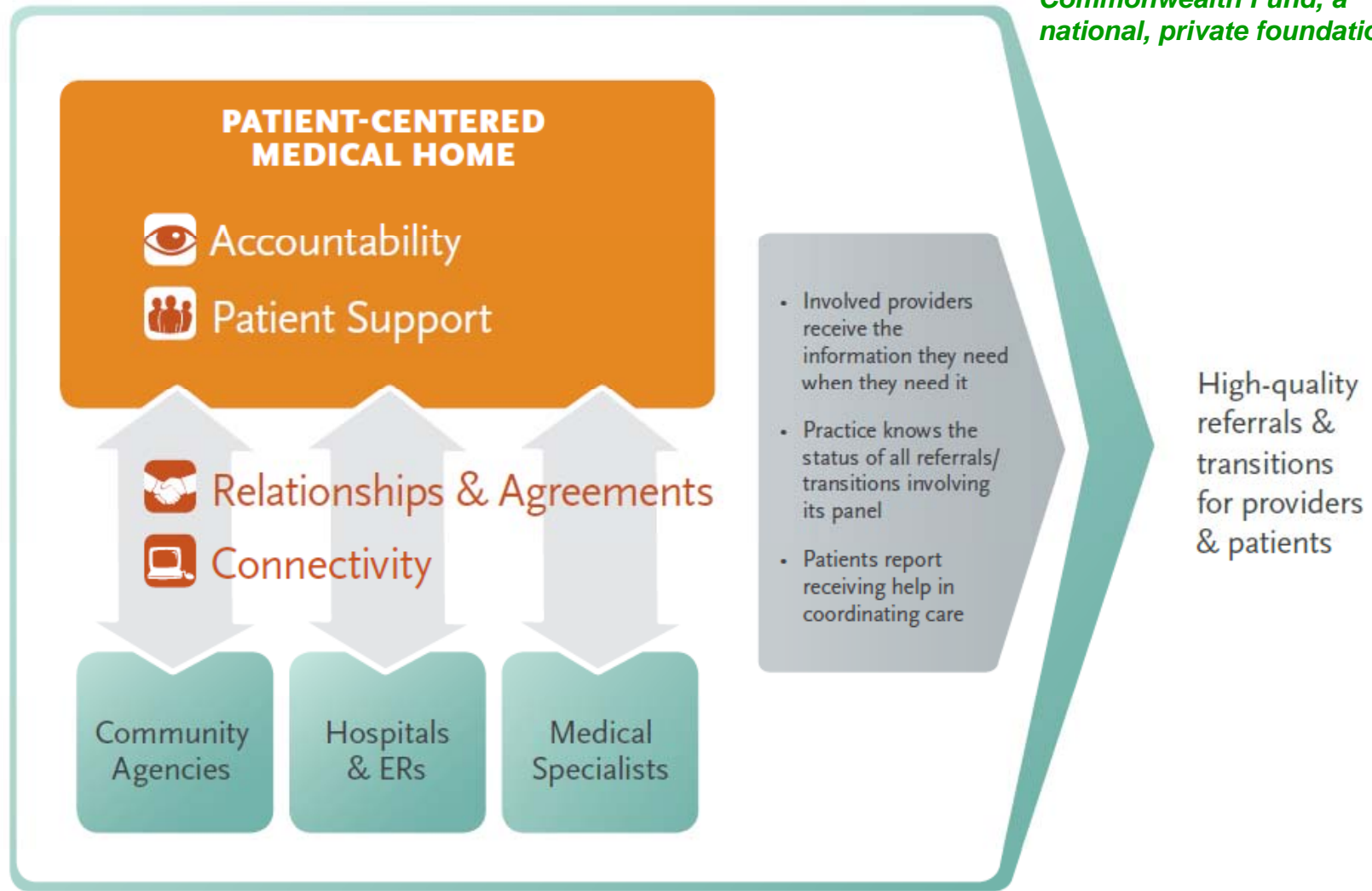
Perfil de las Atención Innovadora para las Condiciones Crónicas



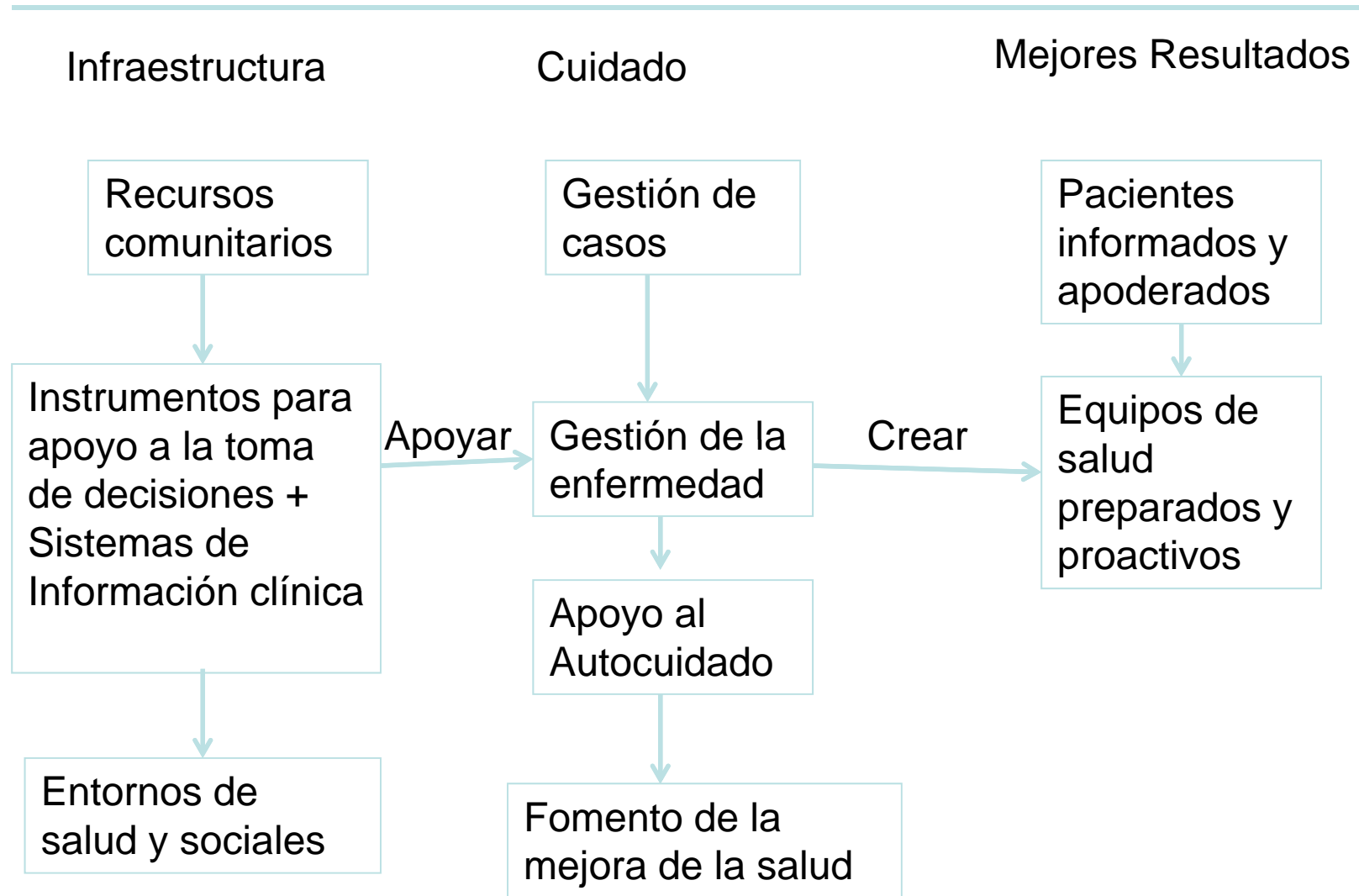
Modelo de Atención Innovadora a Enfermedades Crónicas de la Organización Mundial de la Salud

CARE COORDINATION MODEL⁷ (FIGURE 1)

Reducing Care Fragmentation: A Toolkit for Coordinating Care, is supported by The Commonwealth Fund, a national, private foundation



UK: Social Care Long Term Conditions Model (NHS)



Contenido

1. ¿Qué tenemos?
2. ¿Qué necesitan los pacientes/familias crónicos?
3. ¿Cómo mejorar los resultados asistenciales?
4. ¿Qué profesionales necesitamos?

Profesionales

- Es el recurso más importante del sistema de salud
- Cambio en la relación paciente/familia-profesionales
- Formación, especializaciones y desarrollo
- Jerarquías profesionales, leyes y regulaciones
- Cultura e historia



Advanced practice nurses (APN)

- Gran oportunidad para la enfermería
- Consolidadas, reguladas y reconocidas
- Demostrado su coste-eficiencia
- Especialistas (CNSs, 112,000)
- Practitioners (NPs, 153.348)
- Anestesiistas y matronas



Jamison, M (1998). *Chronic illness management in the year 2005*. Nursing economics, 16(5), 246-253.

IOM (Institute of Medicine). *The future of nursing. Leading change, advancing health*. (2011). Washintong, D.C. National Academies.

Nurse Practitioners

- Capacidad para realizar la historia de salud; examen físico completo; diagnosticar; tratar enfermedades agudas y crónicas; prescribir y gestionar medicamentos y otros tratamientos; solicitar e interpretar análisis de laboratorio y de imágenes; proporcionar educación, apoyo y asesoramiento a los pacientes y sus familias. Admisión de pacientes en el hospital.
- Bajo protocolos, dirección médica o autónoma.
- Gran nivel de satisfacción profesional.
- Barreras legales que limitan la práctica profesional.
- Existentes en USA, Canada, Europa,

Cuidado eficaz de la cronicidad es un

proceso de colaboración entre pacientes/familia y proveedores de cuidado que requiere

- Identificación y definición de problemas
- Plan de cuidados conjunto basado en la EBS
 - Objetivos claros,
 - Estrategias eficaces de implementación,
 - Educación y recursos de apoyo para el autocuidado/autogestión y
 - Seguimiento activo sostenido (TIC) de apoyo a la toma de decisiones.
- Evaluación de los resultados

***“Conocer no es suficiente;
tenemos que aplicarlo”***

***“Querer no es suficiente;
tenemos que hacerlo”***

Goethe