



I CONGRESO NACIONAL
DE ATENCIÓN SANITARIA
AL PACIENTE CRÓNICO

Hotel Beatriz
Toledo

13 y 14 de Noviembre de 2008

Las nuevas organizaciones integradas ante el reto de la cronicidad



Integración desde Atención primaria

Domingo Orozco Beltrán
Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria

Características de la Población

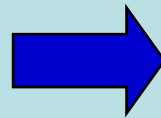
- Aumento de la población anciana
 - 11% (1981) a 17% (2001)
- Disminución de la letalidad de muchas enfermedades
- Incorporación al mundo laboral de la mujer
- Mayor exigencia de prestaciones

*La población cada vez esta mas sana pero...
se siente cada vez mas enferma*

Nuevas Patologías mas Prevalentes

- Diabetes, HTA, Dislipemia
- EPOC, Insuficiencia Cardiaca
- Salud mental
- Fases mas precoces de las enfermedades
 - Prehipertension, prediabetes.
 - *¿Quién queda sano?*

Mayor demanda sanitaria

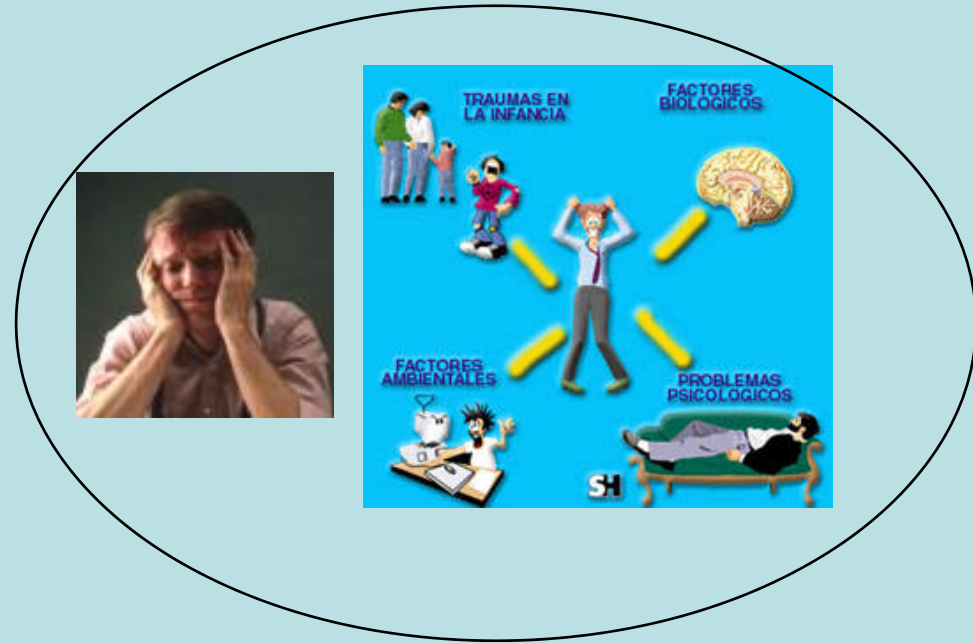


Diabetes,
HTA,
Dislipemia
EPOC,
Insuficiencia Cardíaca
Salud mental

Pacientes diferentes



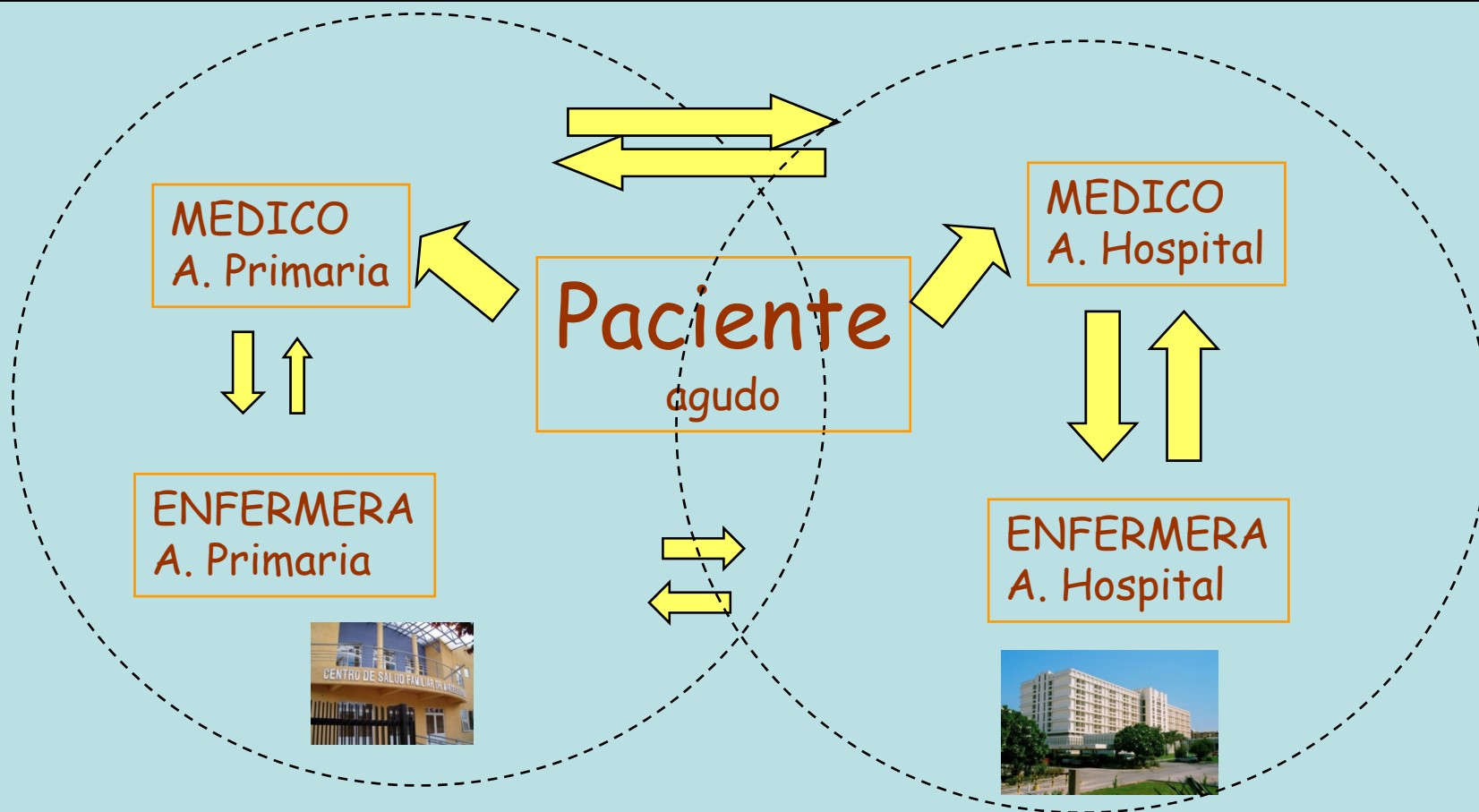
AGUDO



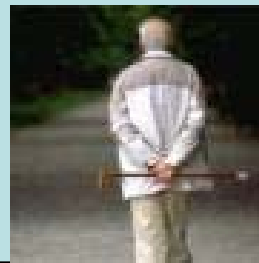
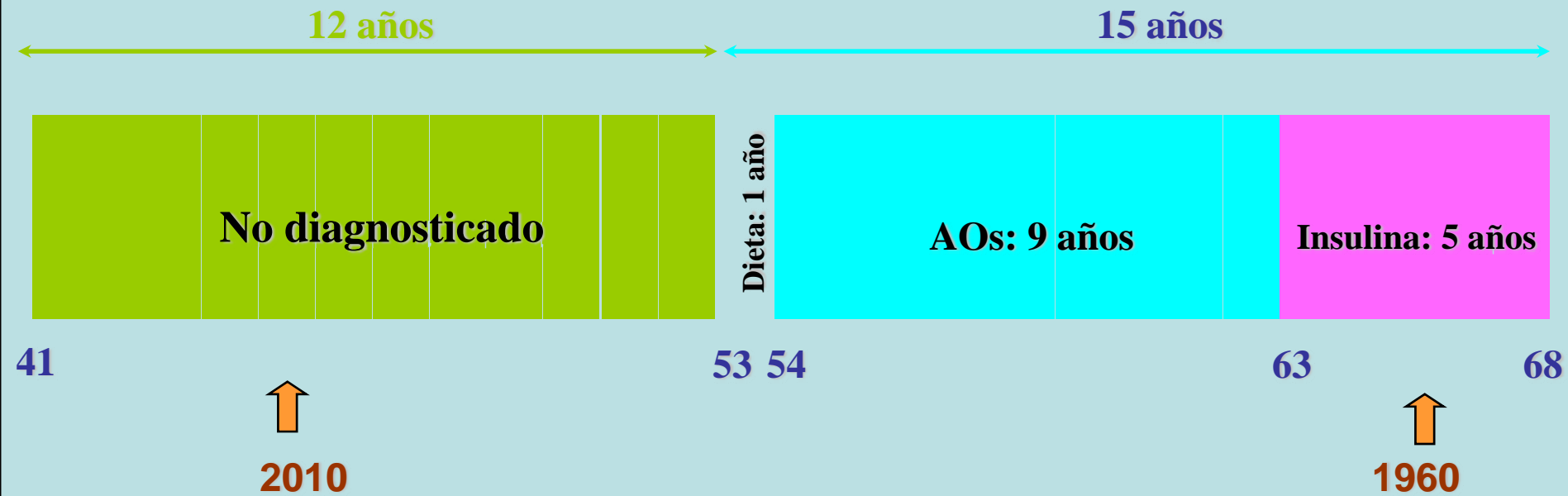
CRONICO



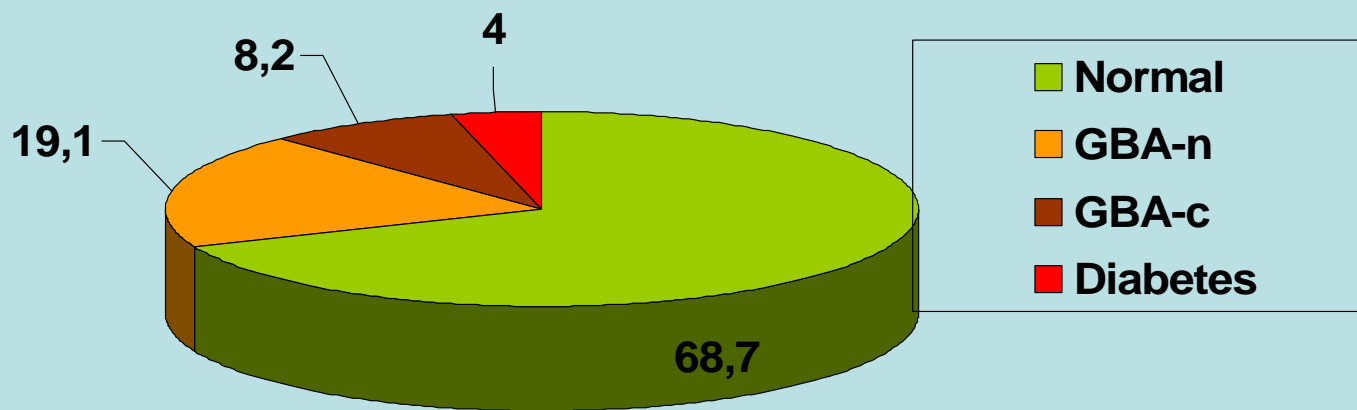
El Círculo de la atención sanitaria



Pacientes diferentes: Historia natural e historia terapéutica de la diabetes tipo 2



Nuevos Criterios Diagnósticos

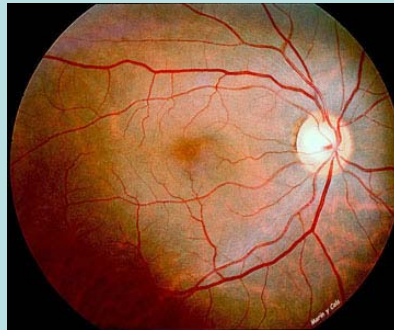


6 de cada 10 adultos presentan una enfermedad crónica

Nuevas Tecnologías

- Técnicas mas sencillas y mas baratas
 - Cirugía menor, Retinógrafo
- Validez de nuevos signos y síntomas:
 - Perímetro abdominal
- Telemedicina
 - Remisión de imágenes a distancia, consultas

Nuevas Tecnologías, nuevas medidas



RETINOGRAFO. FONDO DE OJO



RIESGO CARDIOVASCULAR

ANTICOAGUALCION ORAL

Telemedicina

- Radiología
- Dermatología
- Cribado de retinopatía diabética

Aprendiendo de los pacientes

- La mayoría quieren un medico en quien confían su salud de forma global.(1985-2000).
- Quieren una atención integral.
- Quieren equipos de salud integrados donde quede claro el rol de cada cual.
- Quieren mayor poder en A.Primaria
- Mas escucha a sus problemas de entorno.

12 años

15 años

No diagnosticado

Dieta: 1 año

AOs: 9 años

Insulina: 5 años

41



2010

53 54

63



1960

68

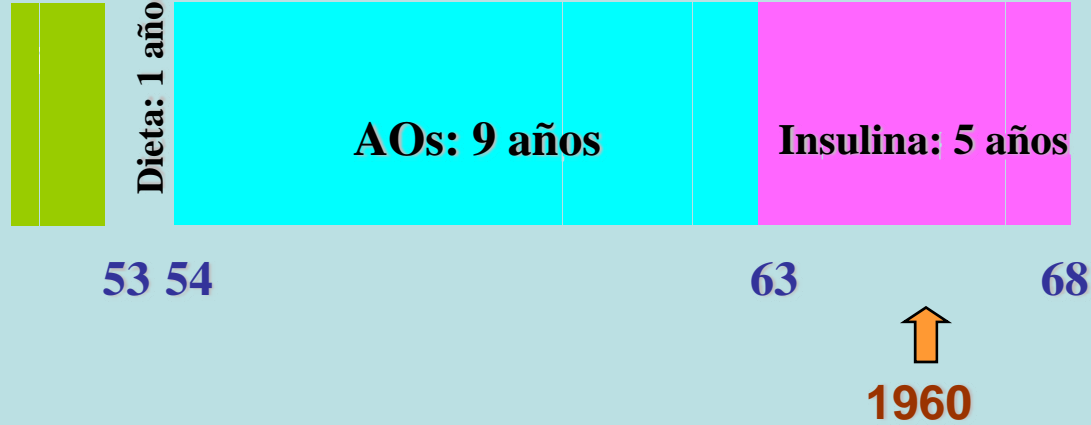
Presintomático
Cribados

Sintomático
Leve

Hipoglucemias
Hiperglucemias
Algún Ingreso
Hospitalario

Enf CVS
Nefropatía
Retinopatía
Amputaciones
Coma
Ingresos Hospitalarios

15 años



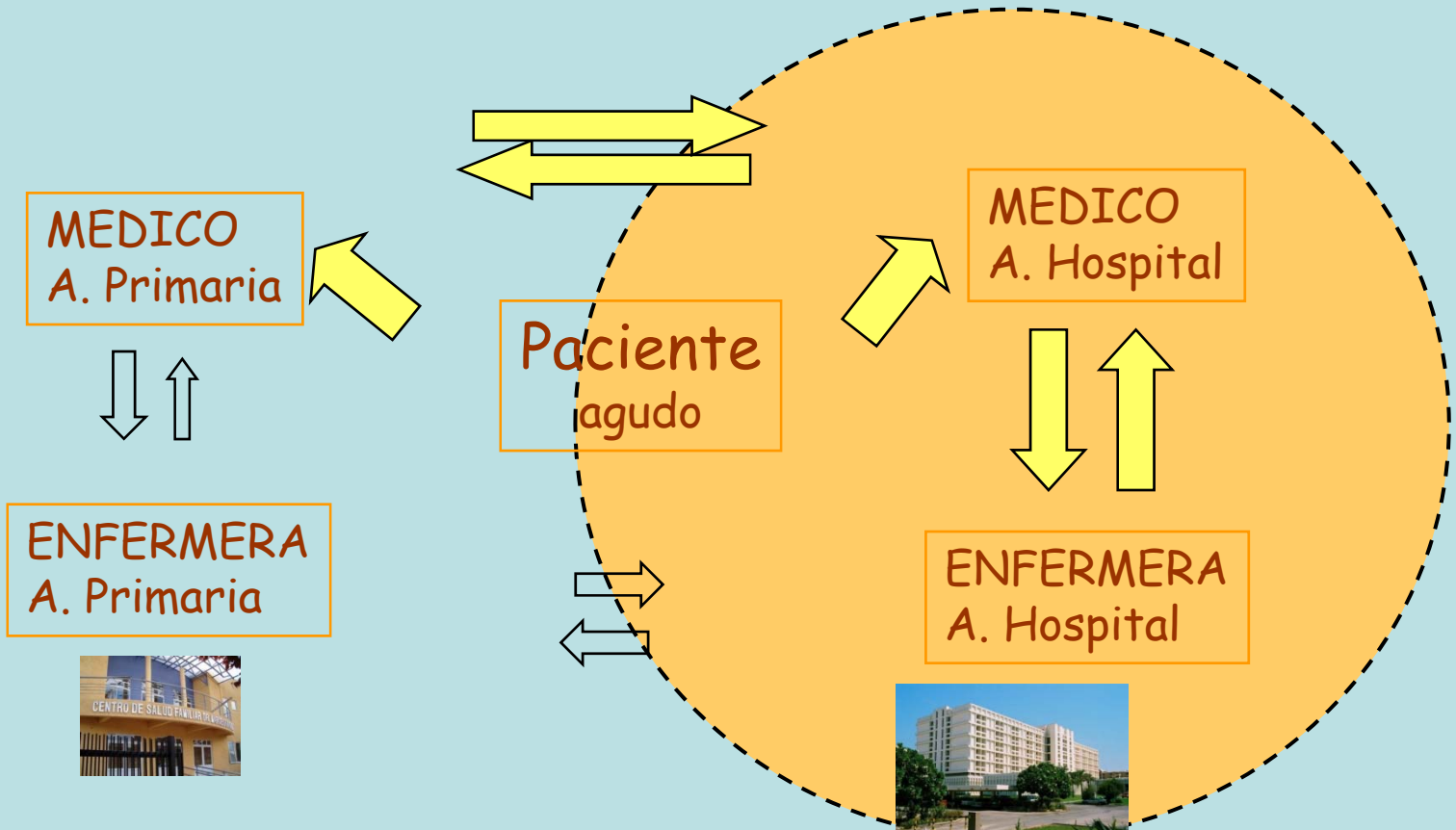
LO AGUDO

Enf CVS

Nefropatia

Retinopatia, Amputaciones

Coma, Ingresos Hospitalarios

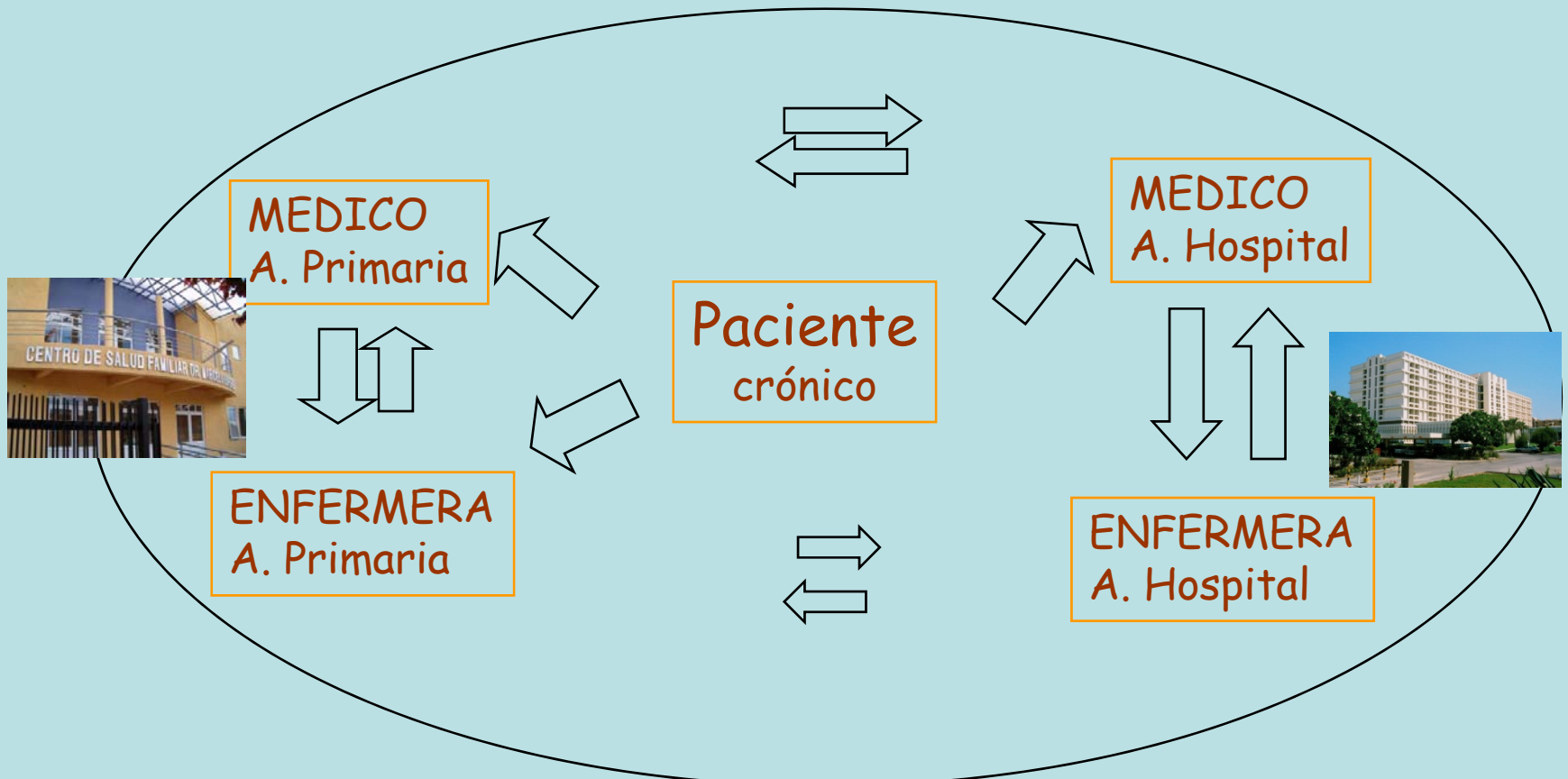


Algunas propuestas de integración

- ¿Qué estrategias pueden facilitar reorientar el sistema hacia una mejor atención a la enfermedad crónica?
 - Los factores dependientes del sistema de salud.

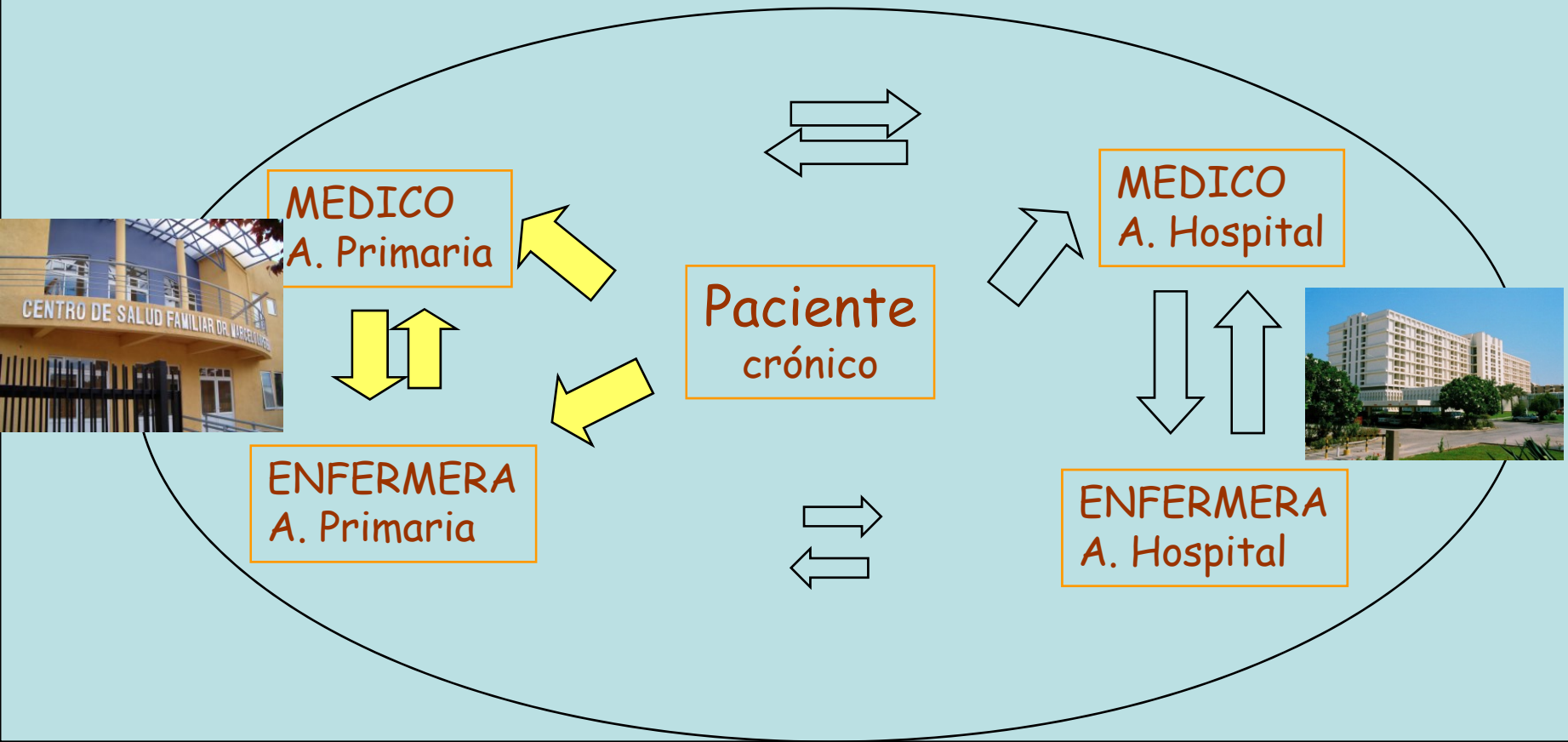
ENFERMO CRONICO

INTEGRACION PRIMARIA HOSPITAL: GERENCIA UNICA



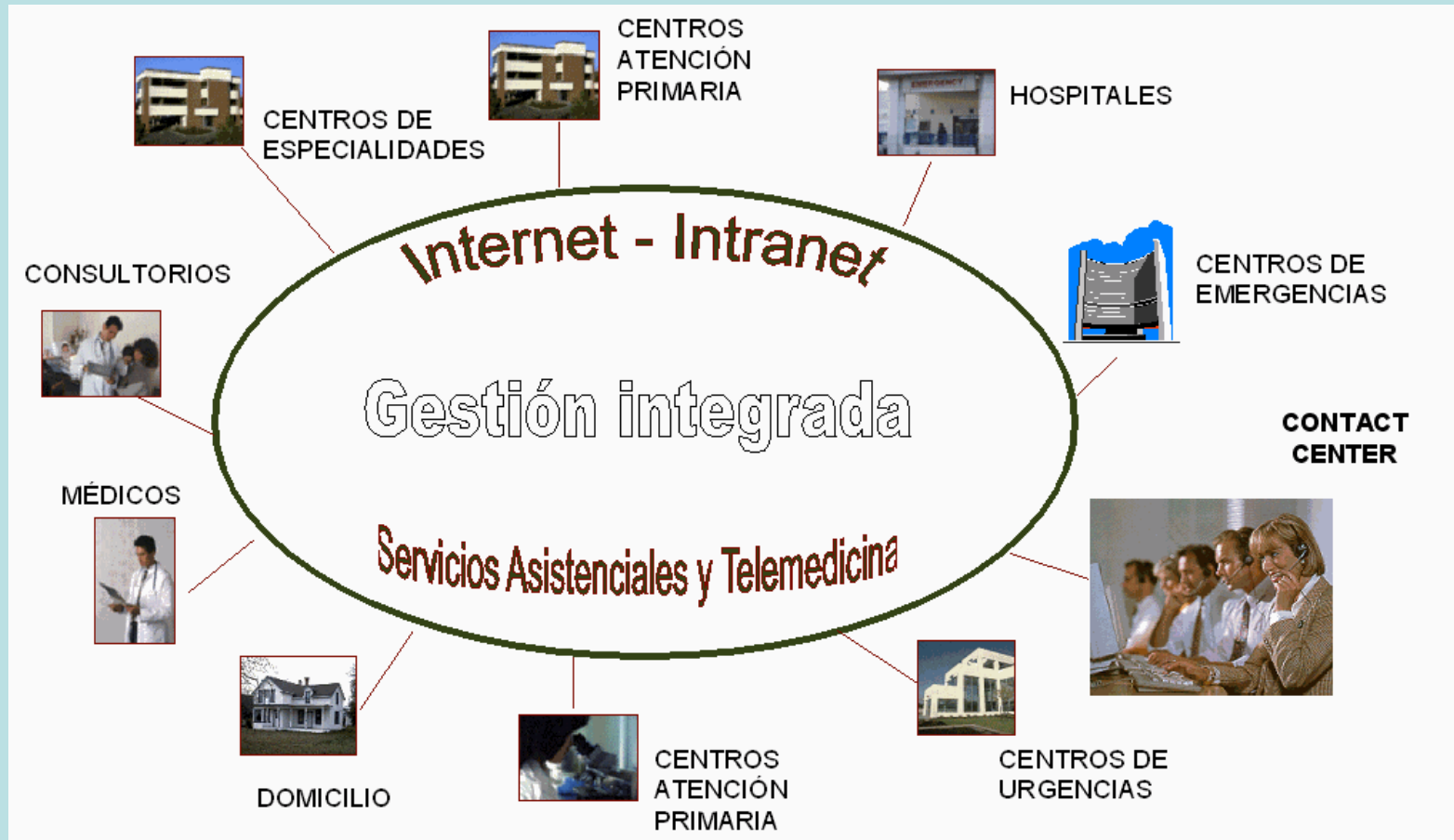
ENFERMO CRONICO

POTENCIAR ATENCION PRIMARIA



ENFERMO CRONICO

INTEGRACION : HISTORIA UNICA ELECTRONICA

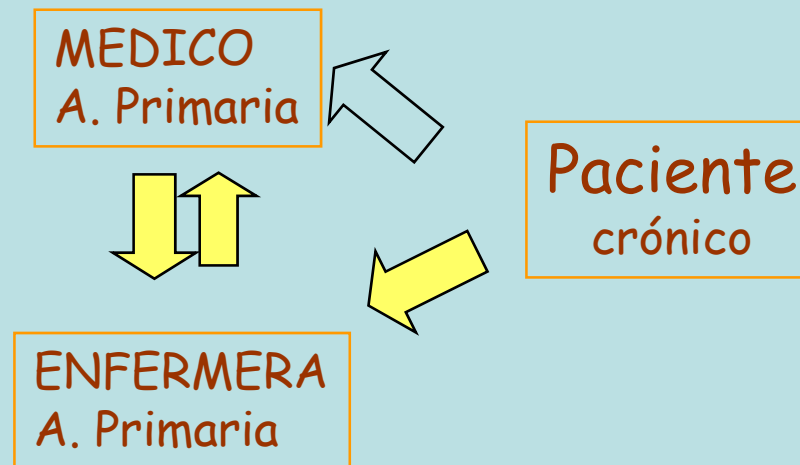


Algunas propuestas de integración

- ¿Qué estrategias pueden facilitar reorientar el sistema hacia una mejor atención a la enfermedad crónica?
 - Los factores dependientes del equipo de atención primaria.

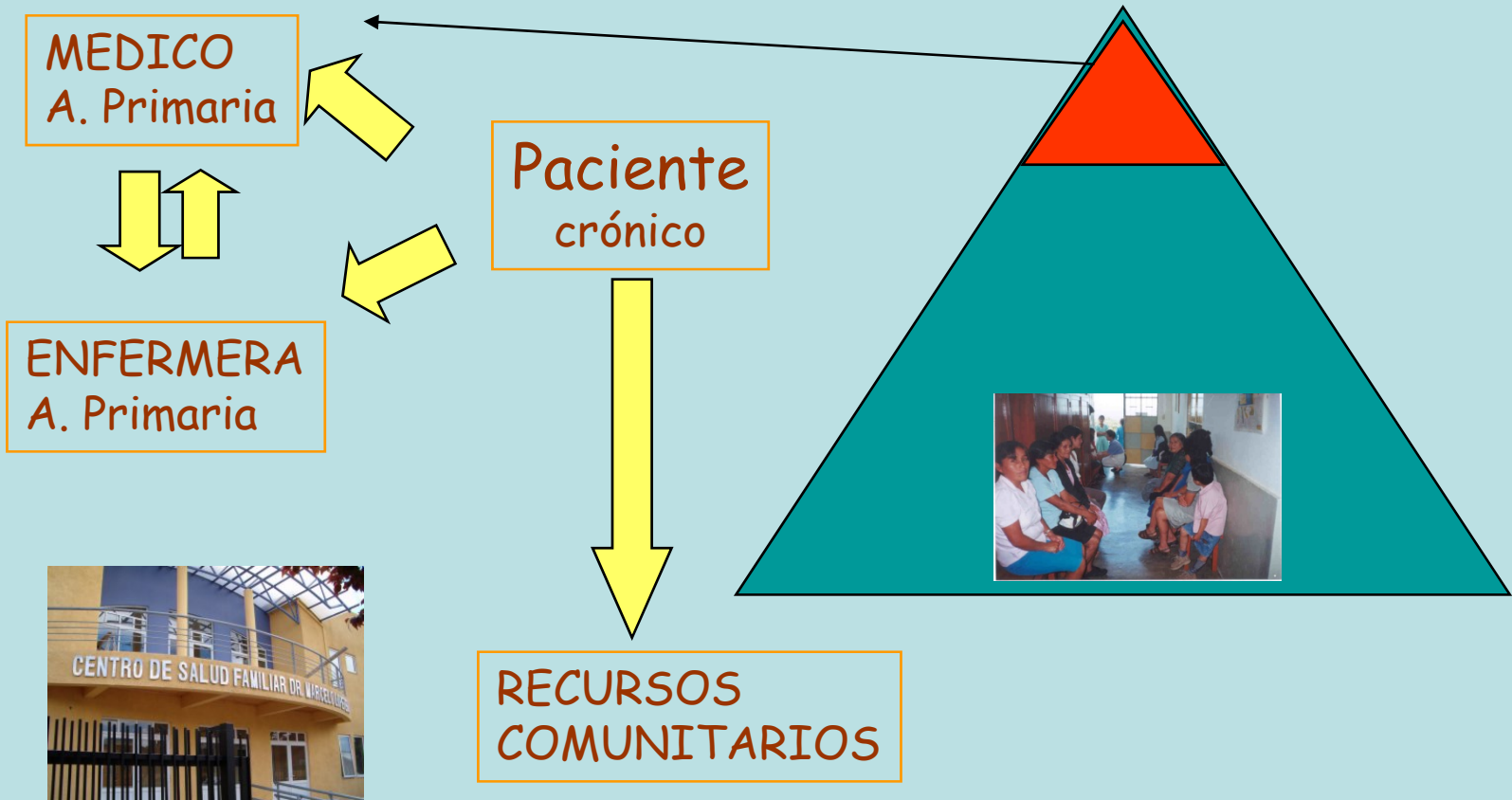
ENFERMEDADES CRONICAS

NUEVAS FORMAS DE PARTICIPACION DE ENFERMERIA: CONSULTA A DEMANDA DE ENFERMERIA



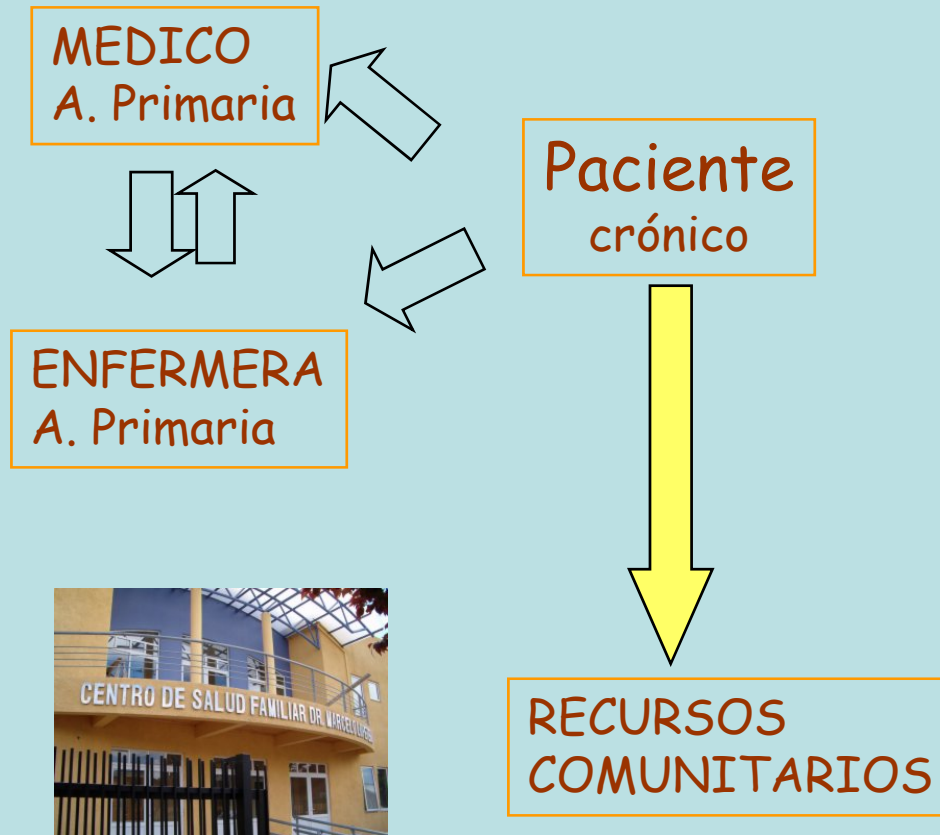
ENFERMEDADES CRONICAS

ESTRATIFICACION DEL RIESGO DE LOS PACIENTES



ENFERMEDADES CRONICAS

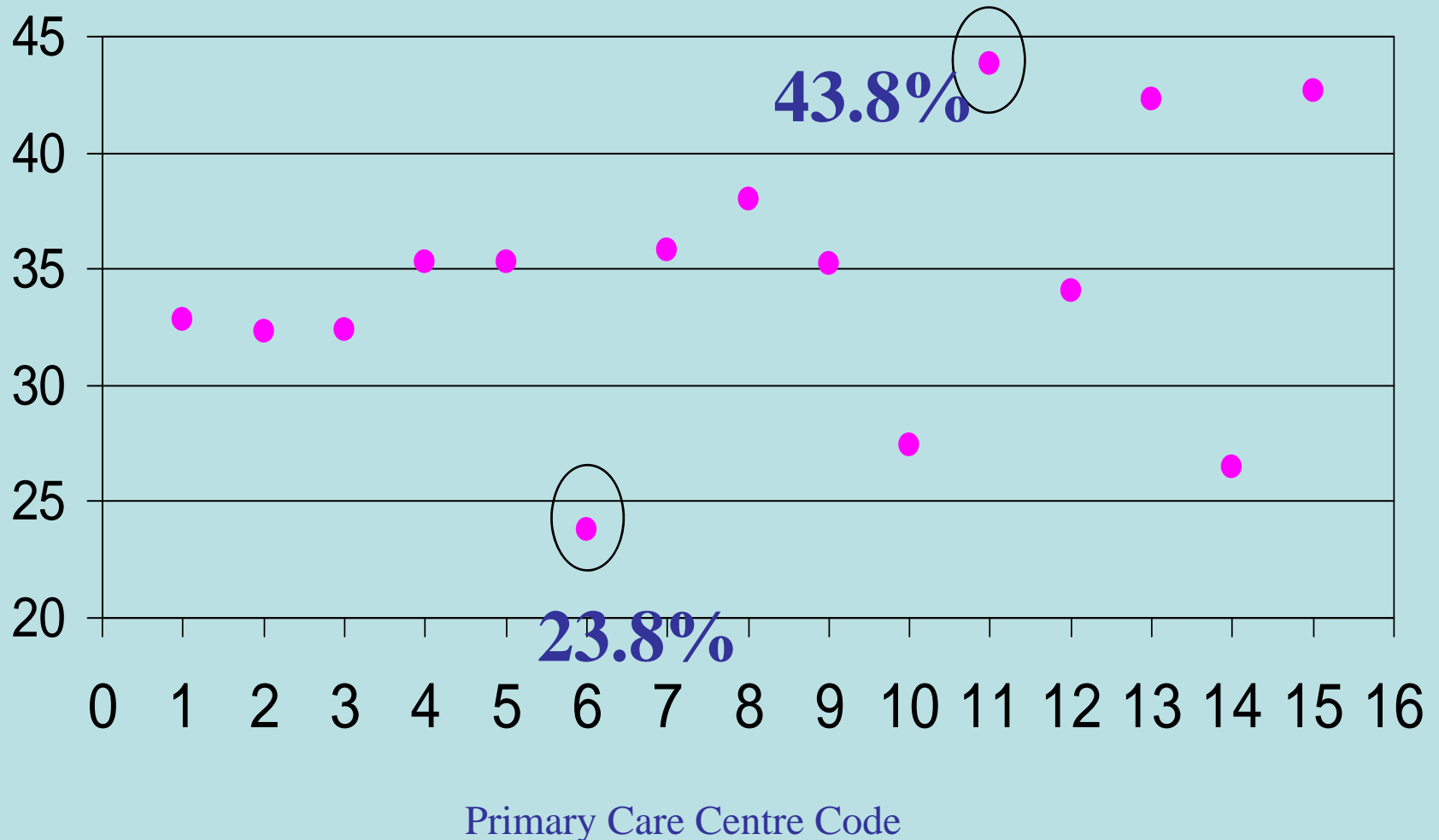
MEJORAR RECURSOS INFORMATIVOS PARA PACIENTES
EDUCACION SANITARIA



ENFERMEDADES CRONICAS

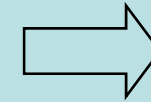
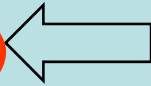
ACTUACION A PARTIR DE RESULTADOS

Proporción de pacientes con $A1c \geq 8\%$ por Centro de AP



Causas de mal control

CUMPLIMIENTO



INERCIA
CLINICA

- Fenómeno de comportamiento/conducta médica.
- Parte de la necesidad de aprender a manejar mejor problemas crónicos.

Decálogo de la mejora de la atención a las enfermedades crónicas

I – PREVENCIÓN
II – PREVENCIÓN
III – PREVENCIÓN
IV – PREVENCIÓN
V – PREVENCIÓN

VI – PREVENCIÓN
VII – PREVENCIÓN
VIII – PREVENCIÓN
IX – PREVENCIÓN
X – PREVENCIÓN

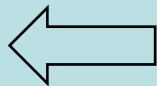


Efecto “Memoria” de un buen control al inicio de la diabetes
A los 8.5 años después del estudio

		1997	2007
Cualquier complicación	<i>RRR:</i>	12%	9%
	<i>P:</i>	0.029	0.040
Microvascular	<i>RRR:</i>	25%	24%
	<i>P:</i>	0.0099	0.001
Infarto de miocardio	<i>RRR:</i>	16%	15%
	<i>P:</i>	0.052	0.014
Mortalidad Todas las causas	<i>RRR:</i>	6%	13%
	<i>P:</i>	0.44	0.007

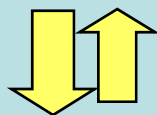
Causas de mal control

CUMPLIMIENTO



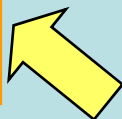
INERCIA
CLINICA

MEDICO
A. Primaria



ENFERMERA
A. Primaria

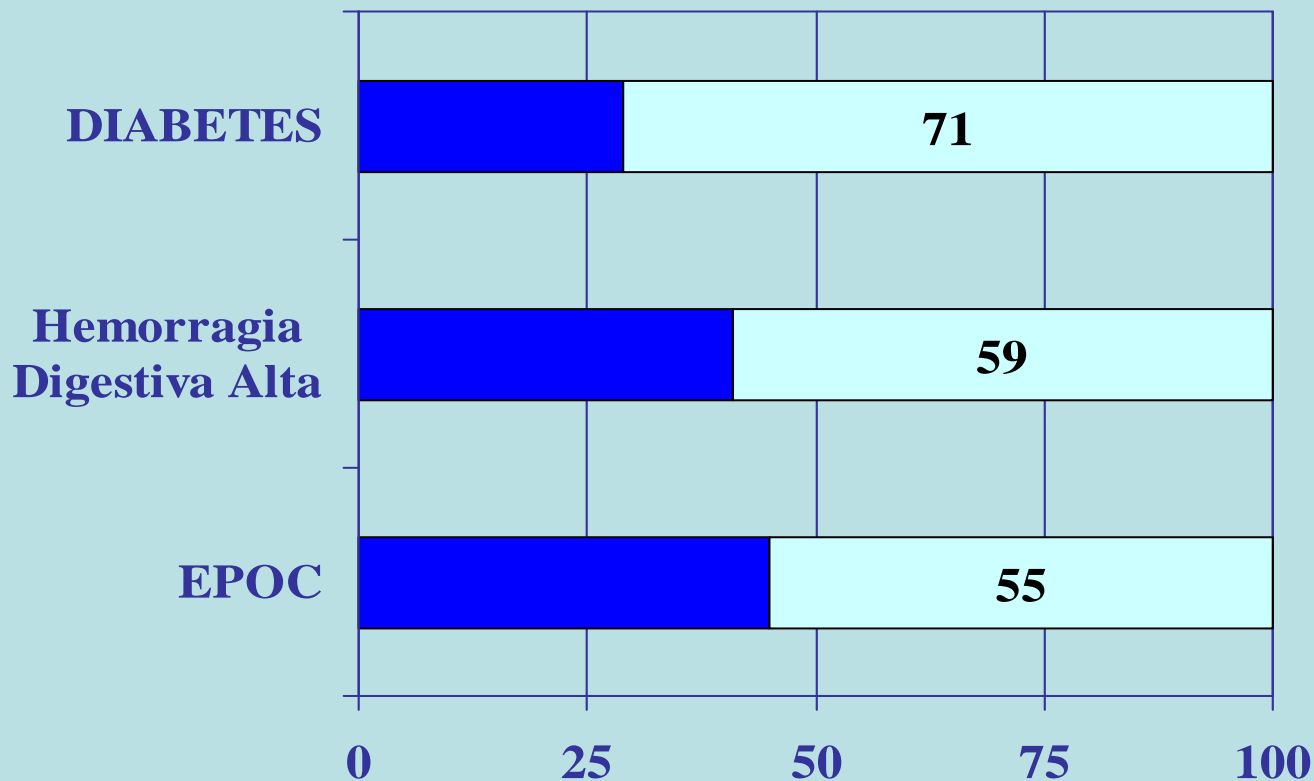
Paciente
crónico



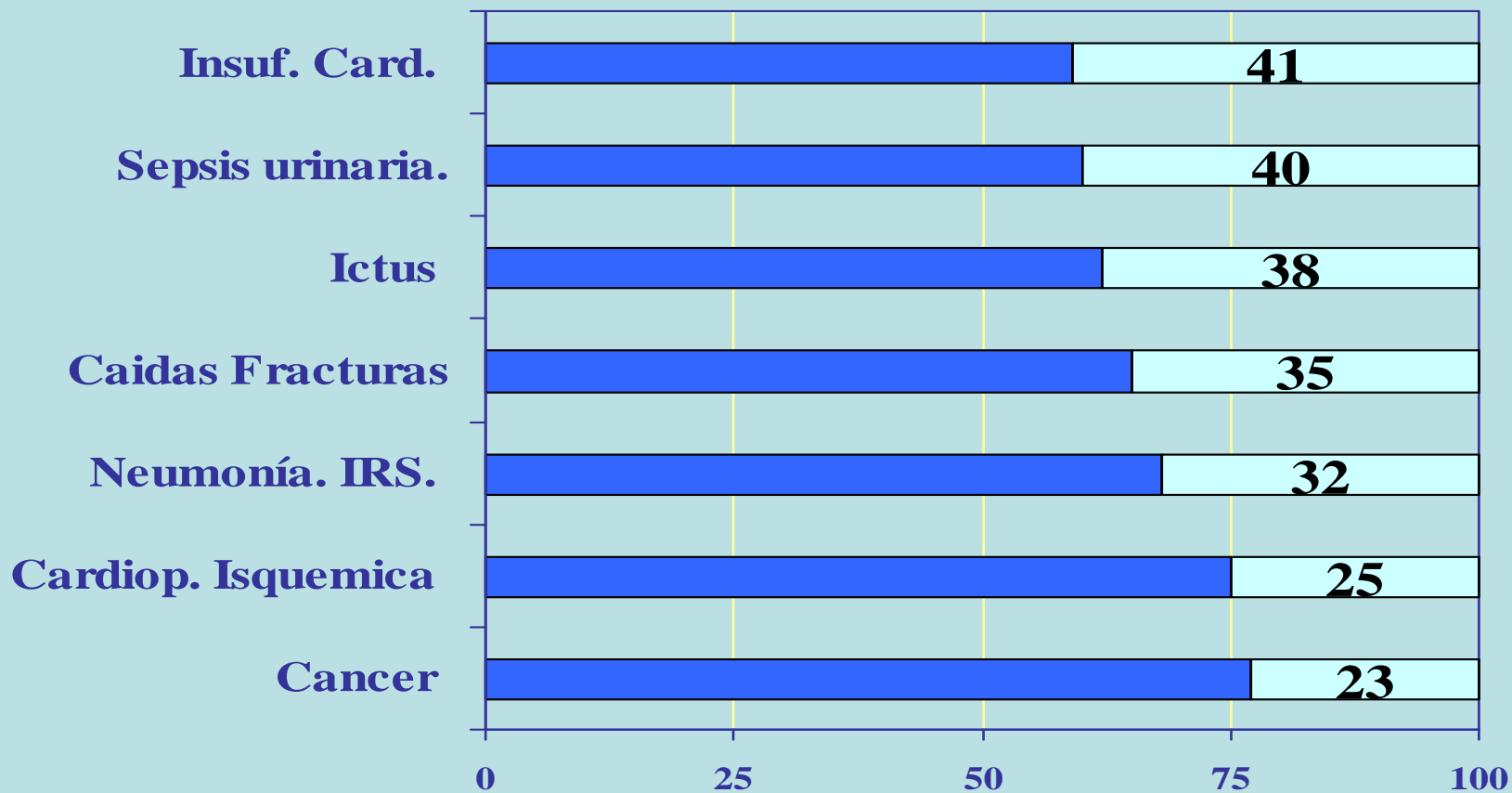
Causas de Ingreso Hospitalario > 65 años, susceptibles de ser evitadas desde Atención Primaria

Causa de Ingreso Hospitalario	Porcentaje de Ingresos Evitables
Diabetes, descompensación	71% (67%-75%)
Hemorragia Digestiva	59% (54%-64%)
EPOC reagudización	55% (51%-59%)
Insuf. Card. descompensación	41% (37%-45%)
Sepsis urinaria. ITU.	40% (35%-46%)
Ictus	38% (33%-43%)
Caidas: Fracturas y constusiones	35% (30%-40%)
Neumonía. IRS.	32% (30%-35%)
Cardiop. Isquemica	25% (22%-27%)
Cáncer	23% (18%-28%)

Causas de Ingreso Hospitalario en > 65 años evitables desde Atención Primaria EN MAS DEL 50%



Causas de Ingreso Hospitalario > 65 años evitables desde Atención Primaria en 25 - 50%



INTERVENCIONES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA QUE REDUCEN INGRESOS HOSPITALARIOS

- Vacunación antigripal
- Tratamiento antitabáquico
- Control de la HTA
- Antiagregación
- Uso adecuado de Hipnóticos
- Cumplimiento terapéutico
- Control diabetes. Insulinoterapia
- Consejo dietético
- Gastroprotección; uso adecuado de AINEs
- Espirometría

INTERVENCIONES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA QUE REDUCEN LOS INGRESOS HOSPITALARIOS

- **Vacunación antigripal**
- Tratamiento antitabáquico
- Control de la HTA
- Antiagregación
- **Uso adecuado de Hipnóticos**
- Cumplimiento terapéutico
- Control diabetes. Insulinoterapia
- Consejo dietético
- **Gastroprotección; uso adecuado de AINEs**
- Espirometría

INTERVENCIONES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA QUE REDUCEN LOS INGRESOS HOSPITALARIOS

A las actuaciones prioritarias desde AP para reducir las hospitalizaciones evitables se les atribuye una efectividad y una factibilidad superiores al 50%.

INTERVENCIONES PARA LA ENFERMEDAD CRONICA AVALADAS POR LA EVIDENCIA

- Modelos integrales de manejo de la cronicidad
- Potenciar AP e Integración de AP / AH
- Estratificación de pacientes en riesgo (complicaciones / hospitalización)
- Empowerment
- Educación sanitaria / Sistema información
- Autocuidados
- Autocontrol y teleasistencia
- Potenciar Enfermería

CONCLUSION

- Es preciso potenciar la Atención Primaria para realizar un correcto abordaje de lo crónico.
- Enfermería de AP debe tomar un papel mas protagonista.
- El modelo de AP, debe cambiar a un modelo centrado en el paciente (empowerment).
- Es preciso ensayar nuevas fórmulas de organización basadas en las recomendaciones de las evidencias.

CONCLUSIONES

- Mayor desarrollo de la M Familia
- Procesos de adaptación a los cambios poblacionales y sociales.
- Mejora en la formación para adaptarse a esos cambios.
- Seguir investigando. Sin investigación no hay futuro.