

Perspectiva de la coordinación de los recursos. Cómo coordinar los recursos para ofrecer una mejor atención.

El itinerario asistencial del paciente con demencia

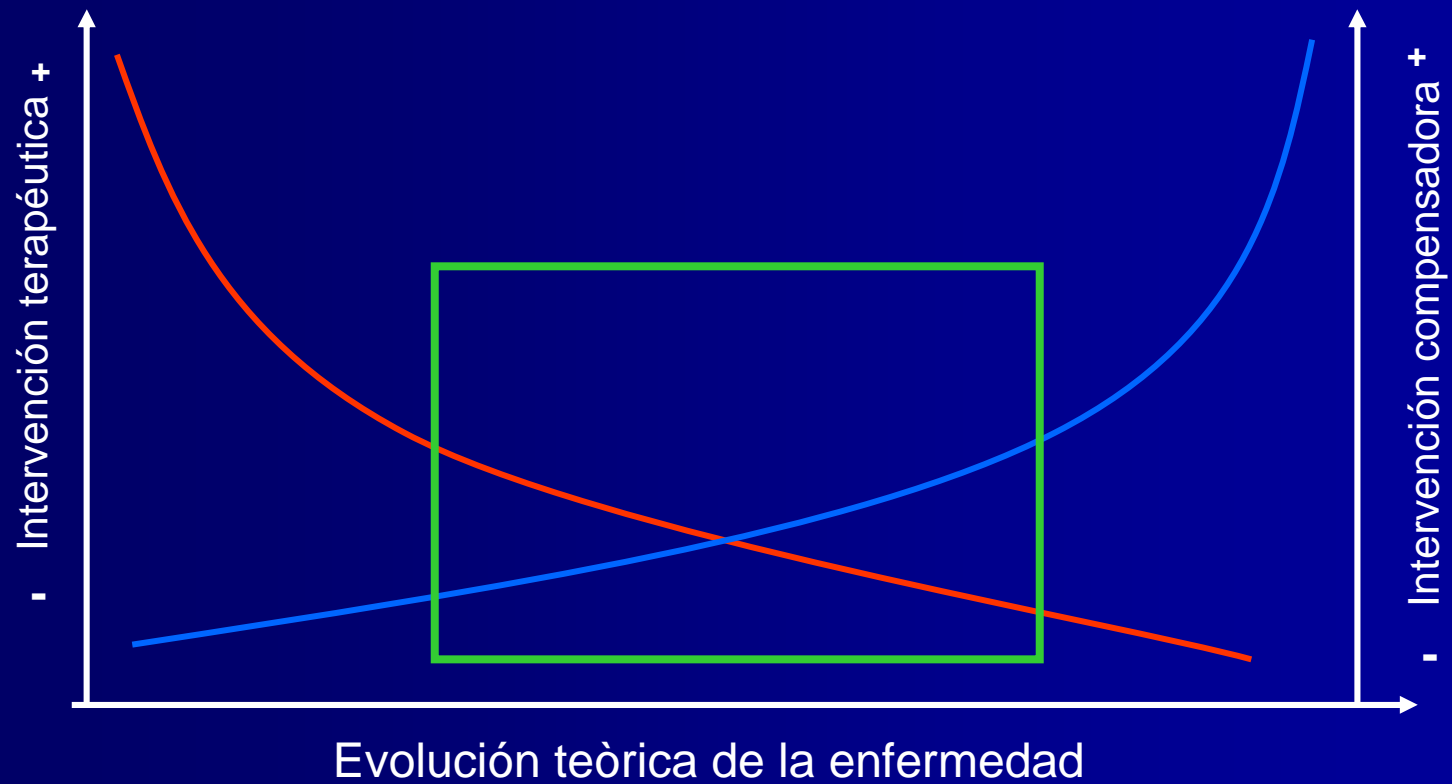
José Augusto García Navarro.
<http://www.grupsagessa.com>
Hospital Universitario de Sant Joan de Reus.



La atención al paciente con demencia:

- **Se debe realizar valoración geriátrica completa (médica, funcional, cognitiva, conductual, afectiva y social).**
- **La valoración debe incluir al paciente y al cuidador.**
- **Debe ser realizada por un equipo interdisciplinar.**
- **La atención debe contemplar:**
 - **Formación adecuada del equipo.**
 - **Existencia de recursos.**
 - **Proceso de diagnóstico y tratamiento de acuerdo al conocimiento científico.**
 - **Valoración de resultados.**

Las necesidades del paciente evolucionan



EL PARADIGMA

LAS CONSECUENCIAS

LA INTEGRACIÓN

EL PARADIGMA

Variables de planificación en la demencia

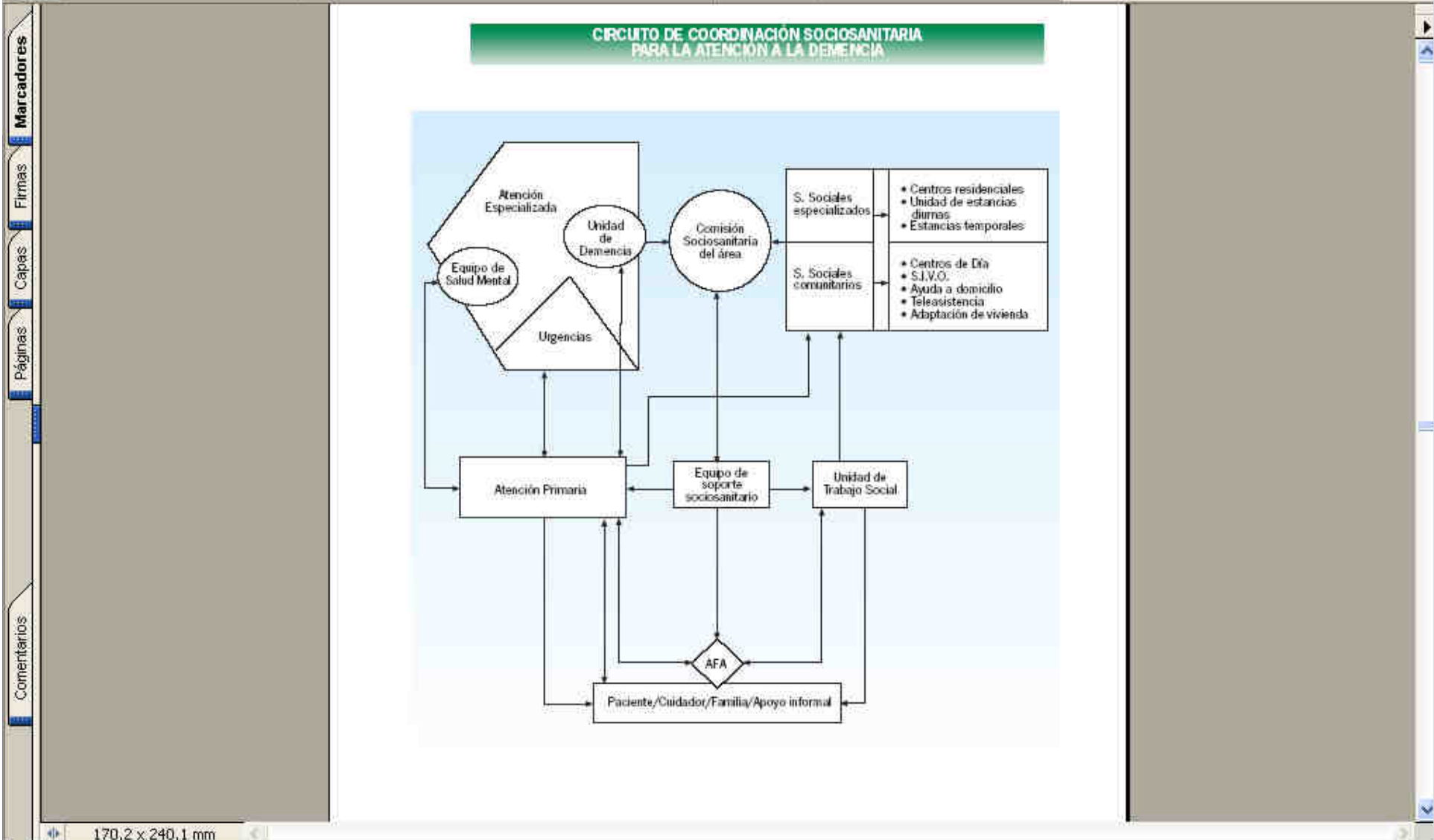
- **VOLUMEN:** número creciente de pacientes en el sistema
- **TIEMPO:** años desde el diagnóstico hasta la muerte.
- **PROGRESIVIDAD:** empeoramiento de la esfera cognitiva y funcional.
- **CAMBIOS:** mayor número de problemas intercurrentes que en la población anciana general.
- **ALTO IMPACTO SOCIAL:** cuidador principal
- **CONSUMO ELEVADO DE RECURSOS SOCIALES Y SANITARIOS.**

Respuestas esperadas

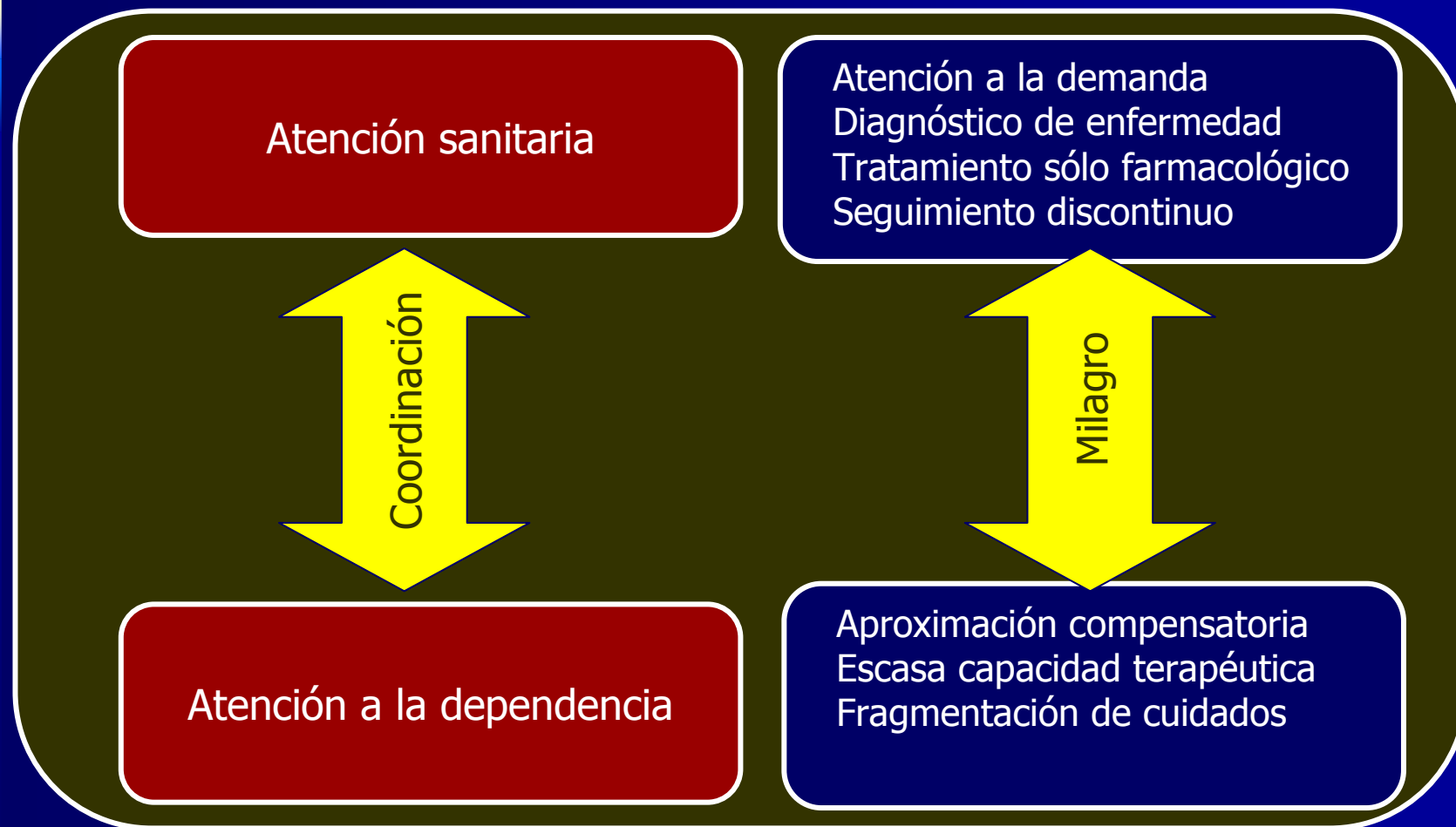
- **VOLUMEN:** dotación adecuada de recursos en número.
- **TIEMPO:** intervenciones adecuadas al grado de deterioro.
- **PROGRESIVIDAD:** recursos ambulatorios, diurnos y de internamiento.
- **CAMBIOS:** equipos interdisciplinarios y con tecnología geriátrica.
- **ALTO IMPACTO SOCIAL:** tratamiento paciente-cuidador principal
- **CONSUMO ELEVADO DE RECURSOS SOCIALES Y SANITARIOS:** coordinación de servicios.

¡ Se mueven las personas con problemas!





La independencia de la atención a la dependencia



LAS CONSECUENCIAS

Problemas en la coordinación de cuidados

Ámbito	Algunos estudios	
Entre proveedores	Entre médico de AP y especialista	25% de casos sin información del especialista (1)
	Entre médico de AP y urgencias	30% de visitas a urgencias no dan información al médico de AP (2)
	Entre médicos y servicios diagnósticos	17% de consultas a especialistas no han llegado las pruebas diagnósticas (3)
Entre proveedores y el paciente/familia	Entre médicos y pacientes/familias	50% de pacientes no han entendido lo que les han dicho (4)
	Entre hospitales y pacientes/familias	48% de nuevos tratamientos prescritos no han sido informados al paciente/familia (5)

1. Gandhi TK. J Gen Intern Med, 2000

2. Shoen C. Health Aff, 2004

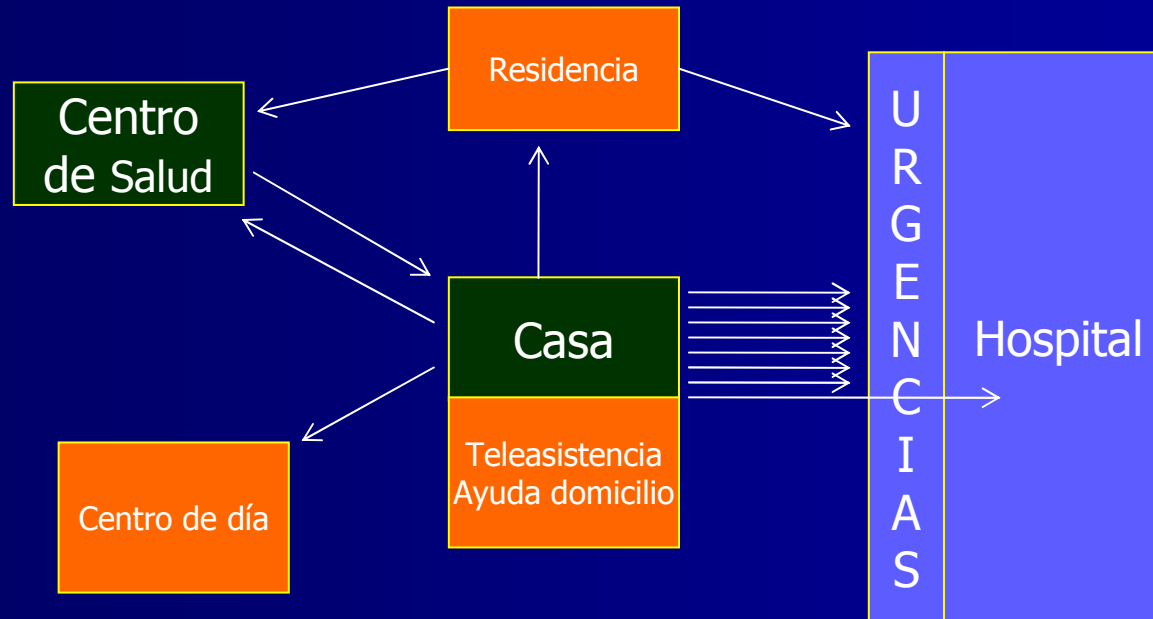
3. Shoen C. Health Aff 2005

4. Rotter DL. Ann Rev Pub Health, 1989.

5. Moore C. J Gen Intern Med, 2003

Bodenheimer T. Coordinating care: a perilous journey through the health care system. N Eng J Med, 2008

1 Los rebotes del paciente.....



920 personas en domicilio que ingresaron en hospital i después es centro de rehabilitación:

49,8% tuvieron 4 o más transiciones institucionales (hospital, residencia o media estancia) en los siguientes 12 meses

Riesgos de las transiciones

- Errores en la medicación.
- Discontinuidad del plan de cuidados:
 - No transmisión de los objetivos del plan.
 - Expectativas erróneas.
 - No transmisión de la información necesaria.
- Discrecionalidad en el uso de servicios sanitarios y sociales.

Los pacientes con demencia tienen más riesgo

562 pacientes con fractura de cadera.
Seguimiento durante 12 meses desde la fractura

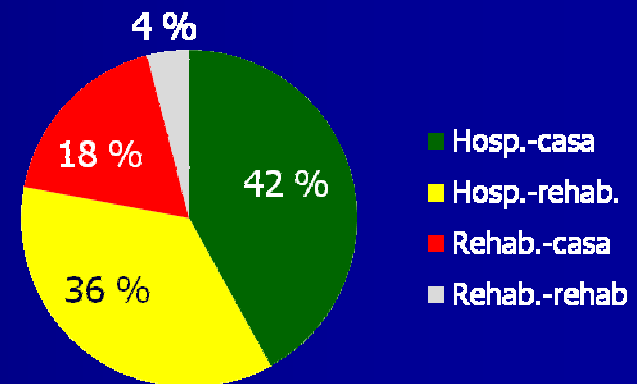
$3,5 \pm 1,5$ transiciones

Delirium en hospitalización

Vivir solo

Problemas nuevos

Demencia



2 Cuidados fragmentados

Servicios sanitarios

Necesidades
sanitarias

Necesidades
sociales

Servicios sociales

LA INTEGRACIÓN DE SERVICIOS

¿ Es hora ya de mover el modelo de atención?

Servicios sanitarios

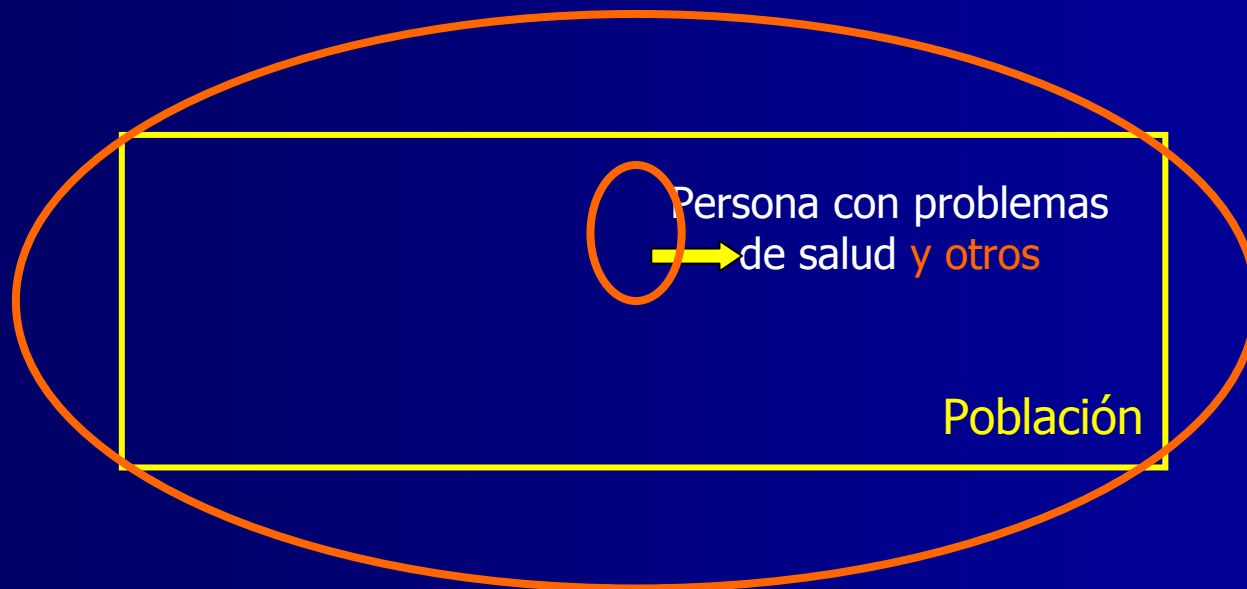
Necesidades
sanitarias

Necesidades
sociales

Servicios sociales

¡ Se mueven los servicios sanitarios!

Servicios sanitarios



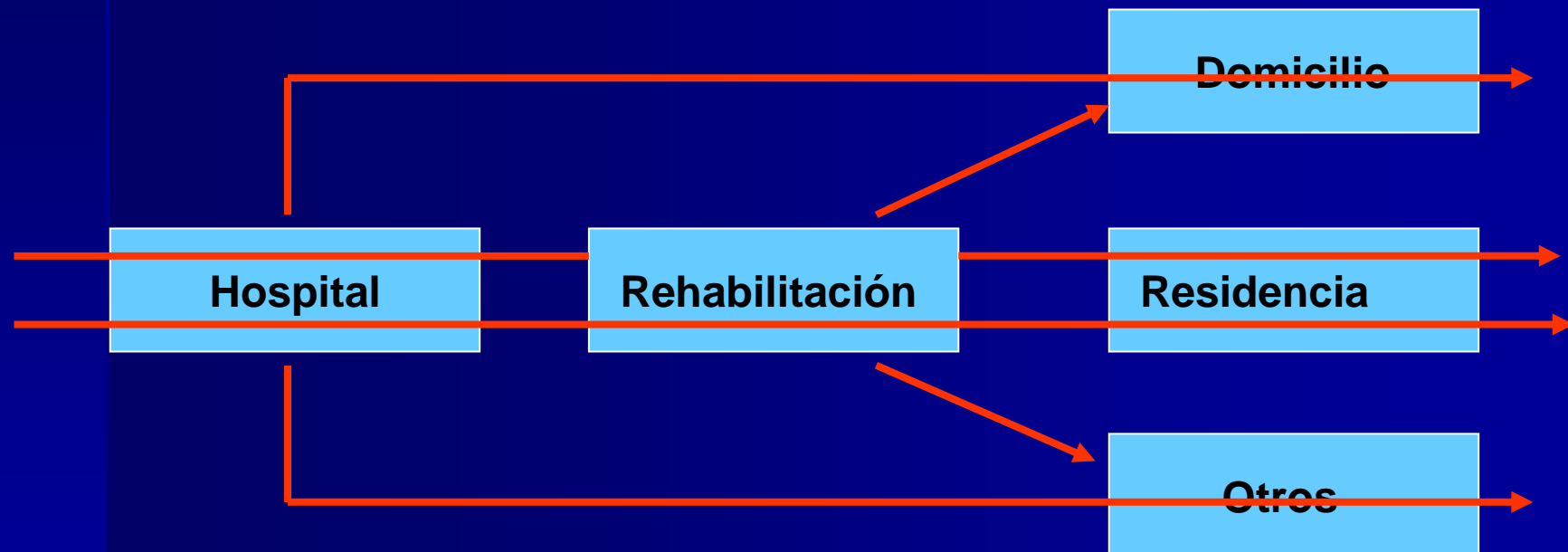
Las ideas clave

- No se puede continuar trabajando en serie.
- No se puede esperar a que el paciente llegue al servicio sanitario.
- Se ha de trabajar de forma conjunta con todos los actores del sistema.

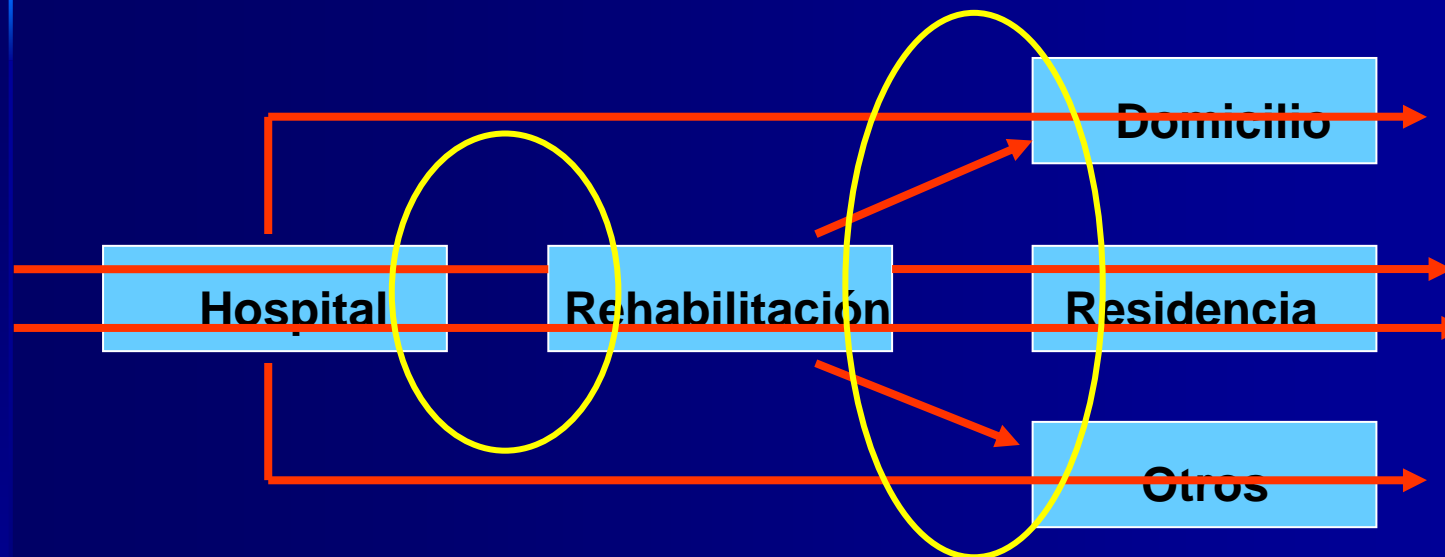
Mecanismos de coordinación.

- Modelo tradicional.
- Equipos interdisciplinarios.
- Planificación del alta.
- Guías clínicas.
- Gestión de casos e integración de servicios.

Guías clínicas “expandidas”

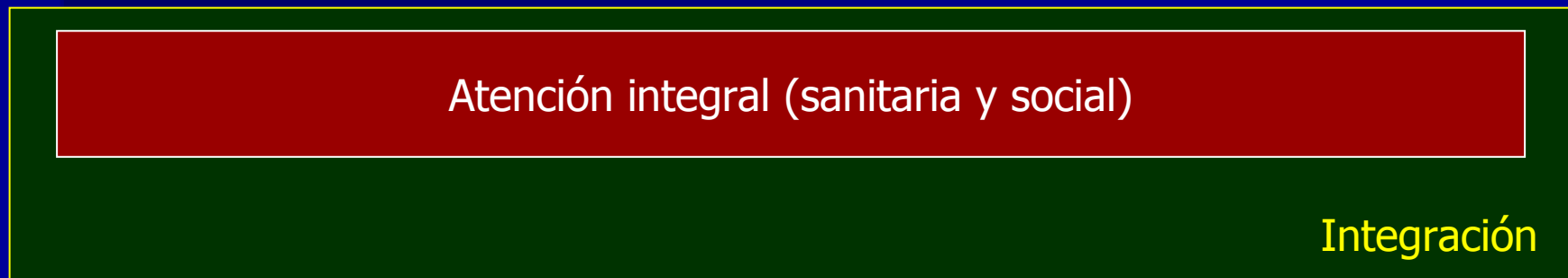
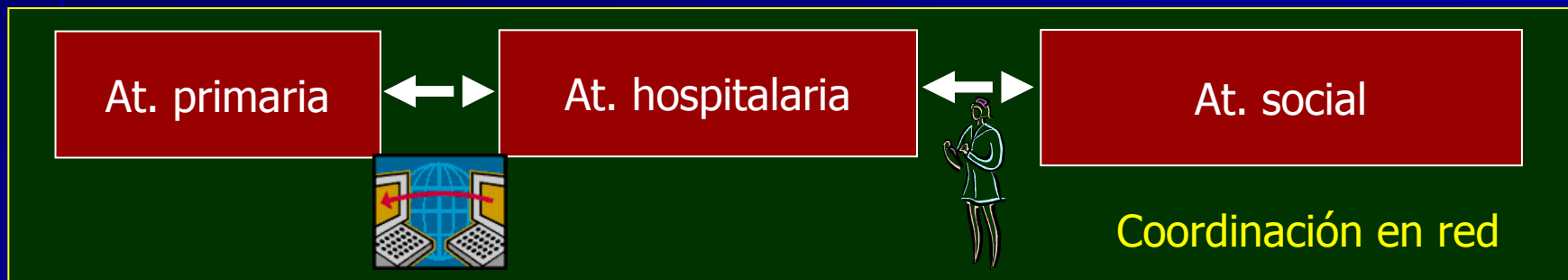
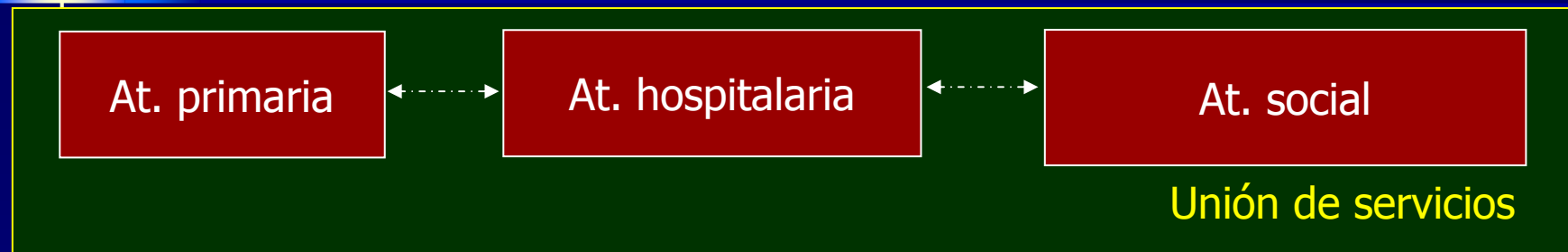


Guies clínicas “expandides”



Consenso interproveedor
Consenso interdisciplinar
Sistemas de información !!

Modelos de integración de servicios



Ejemplo de coordinación de servicios

Chronic Care Network for Alzheimer Disease (CCN/AD)

- 8 áreas geográficas en EU.
- Ejes del modelo:
 - Coordinación en red de proveedores sanitarios y sociales y educativos.
 - Atención al paciente y al cuidador principal (este último muy importante).
 - Circuitos de atención diferenciada para las patologías acompañantes.
 - Fuerte orientación a la prevención de la discapacidad.
- Servicios prestados:
 - Detección precoz por parte de médicos de AP.
 - Valoración diagnóstica (primaria y especializada).
 - Gestión de cuidados (básicamente desde AP).
 - Información y formación y soporte al cuidador.

Resultados de la coordinación de servicios (1)

3 organizaciones sanitarias diferentes
3 organizaciones sociales diferentes

18 centros de atención primaria
408 pacientes con demencia y sus cuidadores



Grupo intervención:
238 pacientes y cuidadores
9 centros de AP
Seguimiento de 12 o más meses

Resultados medidos:

- Cumplimiento de 23 indicadores de calidad
- Uso de servicios
- Calidad de vida

Vickrey BG. The effect of a disease management intervention on quality and outcomes of dementia care. A Randomized controlled trial. Ann Intern Med, 2006

Cumplimiento de indicadores de calidad

Indicador	Tratamiento clásico (n=170)	Grupo intervención (n=238)	Riesgo relativo	P
Valoración Problemas de comportamiento y depresión	76,9%	90 %	1,2 (1,1,-1,3)	<0,001
Tratamiento Monitorización de efectos secundarios si tratamiento de conducta	65,3%	73,4%	1,5 (1,1-2,0)	<0,001
Educación y soporte Directrices anticipadas	44,4%	69,44%	1,5 (1,2-2,0)	<0,001
Seguridad Vigilancia de abuso y maltrato	27,8%	74,7%	2,6 (1,6-3,4)	<0,001

23 indicadores: 8 de valoración, 7 de tratamiento, 5 de educación y 3 de seguridad.

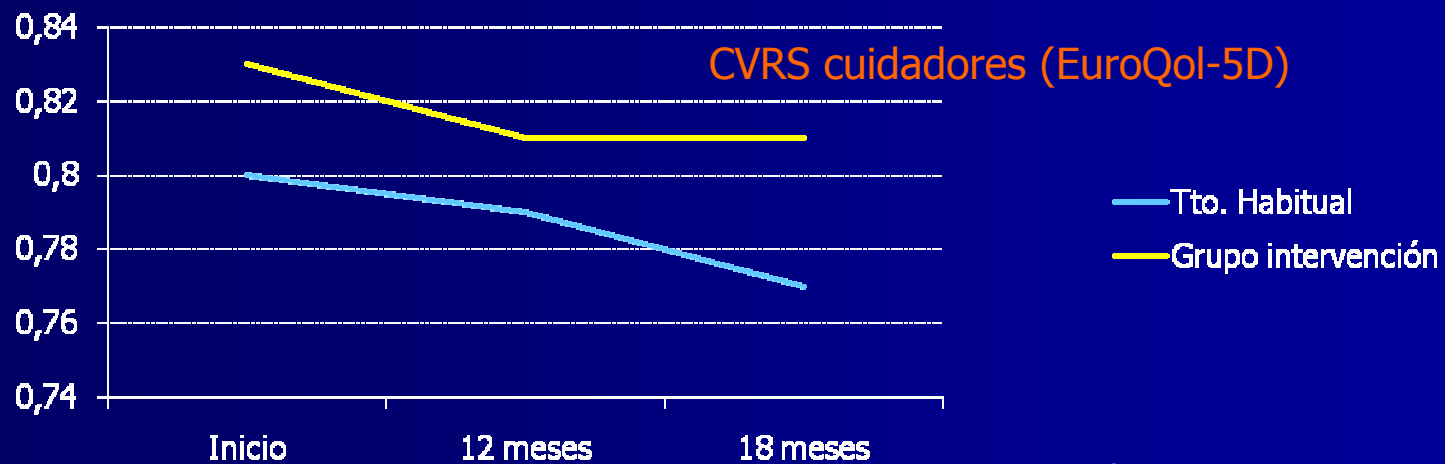
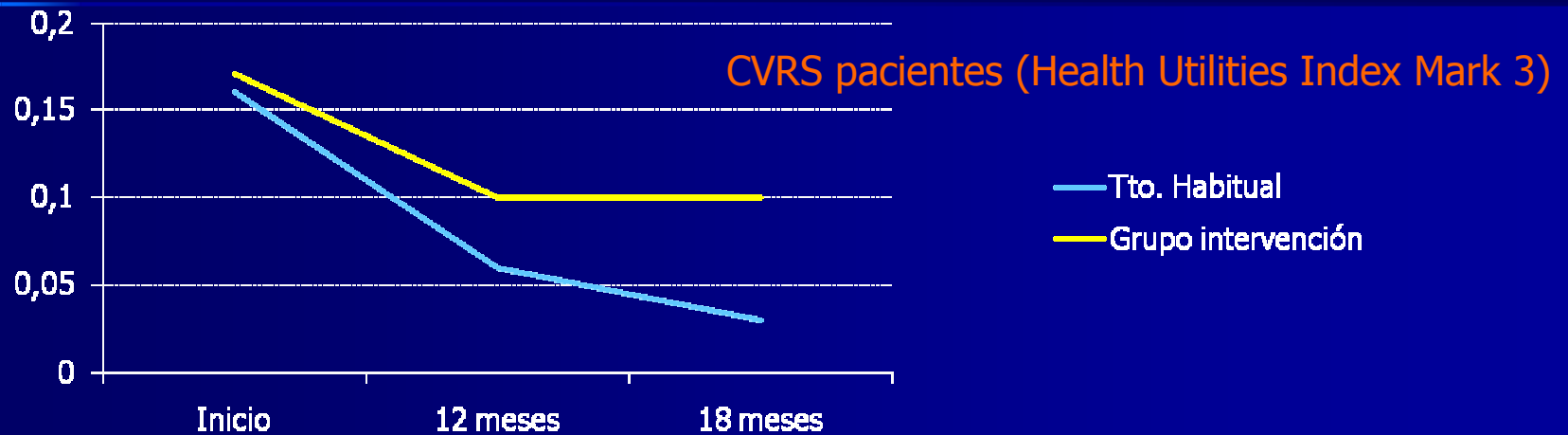
Vickrey BG. The effect of a disease management intervention on quality and outcomes of dementia care. A Randomized controlled trial. Ann Intern Med, 2006

Uso de algunos servicios

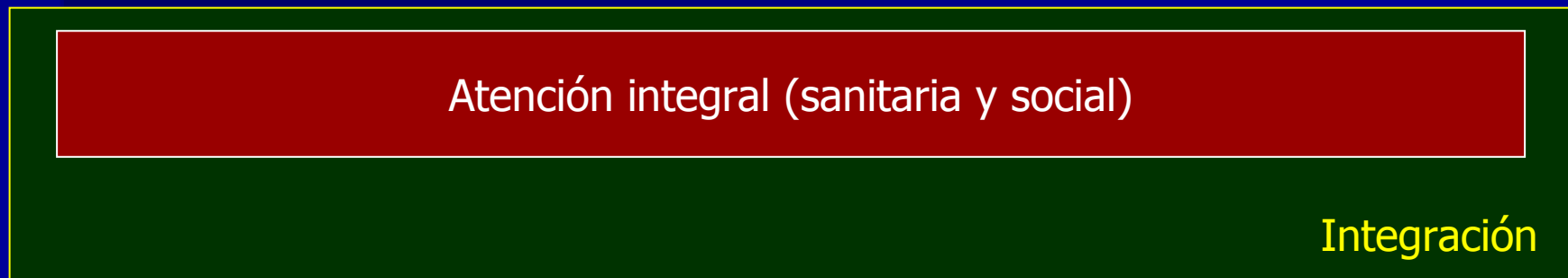
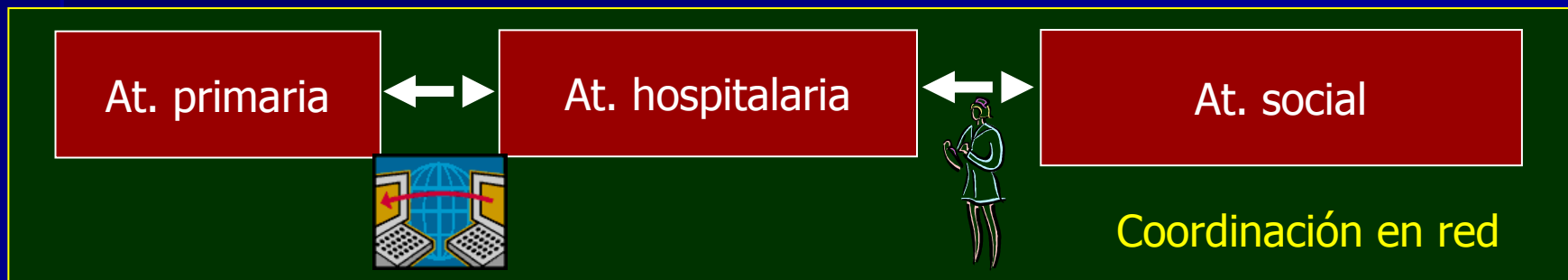
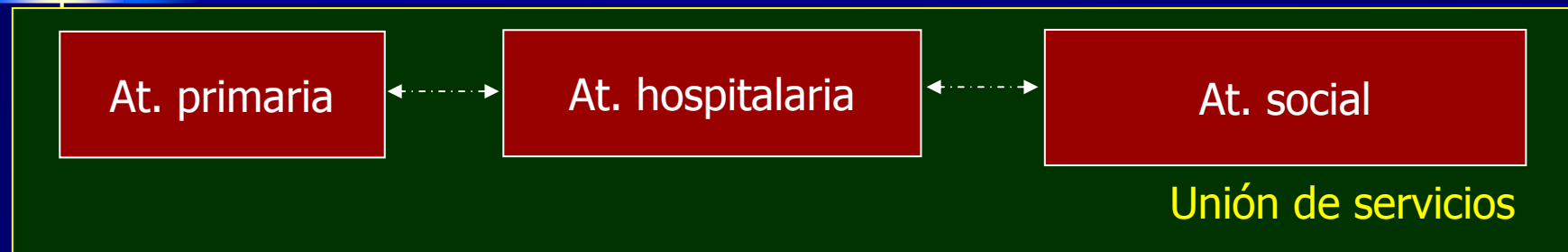
Indicador	Tratamiento clásico (n=170)	Grupo intervención (n=238)	Riesgo relativo	P
Recibe servicios de un cuidador profesional				
Inicio	10,1%	8,4 %	1,0 (0,3-1,8)	0,45
18 meses	15,3 %	21,0 %	1,6 (1,1-2,7)	0,028
Va a un centro de día				
Inicio	3,6 %	6,7 %	2,2 (1,0-5,0)	0,034
18 meses	9,2 %	15,4 %	1,3 (0,7-2,5)	0,25
Tratamiento con IACE				
Inicio	55,4 %	54,0 %	0,9 (0,7-1,1)	0,52
18 meses	58,8 %	67,5 %	1,1 (1,0-1,4)	0,032

Vickrey BG. The effect of a disease management intervention on quality and outcomes of dementia care. A Randomized controlled trial. Ann Intern Med, 2006

Calidad de vida relacionada con la salud



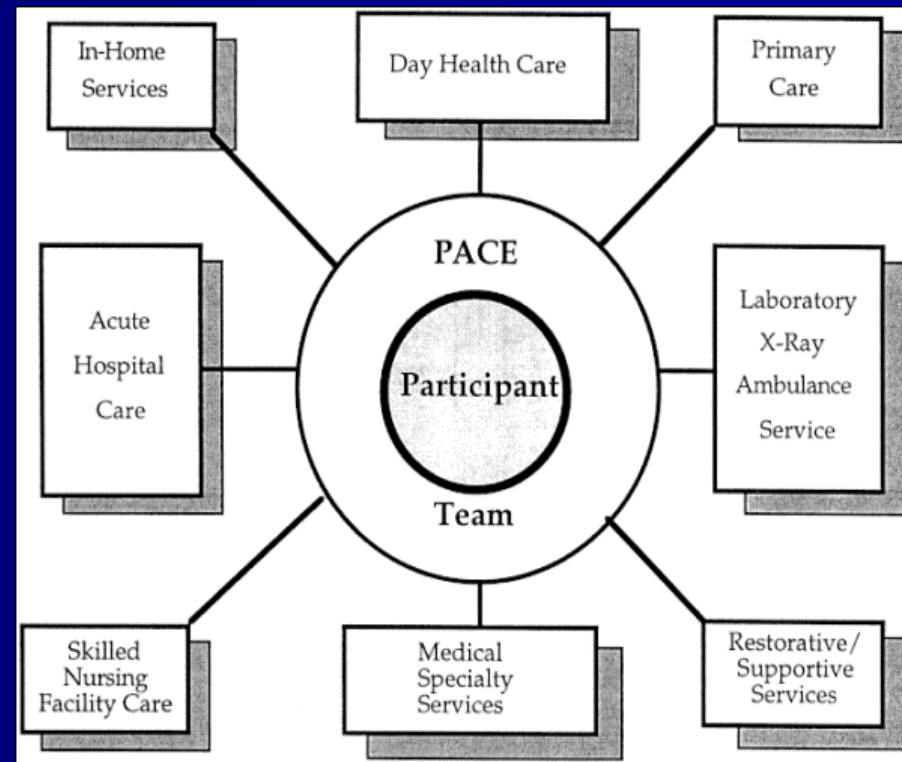
Modelos de integración de servicios



Gestión de casos

PACE (Program of All-inclusive Care for the Elderly)

- 120 – 440 pacientes por programa.
- Equipo interdisciplinar.
- Población muy deteriorada física y mentalmente.
- Mejora la satisfacción con el cuidado.
- Menor tasa de hospitalización.
- Menor tasa de institucionalización.
- Menor número de visitas a urgencias.
- Menor número de especialistas.
- Menos fármacos.
- Más actividades preventivas.
- 14-39% más barato para Medicare y 5-15% para Medicaid.



1. Eng C. Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE): an innovative model of integrated geriatric care and financing. JAGS 1997.
2. Bodenheimer T. Long-term care for frail elderly people. The On Lok model. N Eng J Med 1999.

Gestión de casos

■ **SIPA:**

- Costes totales similares con incremento de servicios domiciliarios y disminución de residencias de ancianos.
- Mejora clara de la satisfacción.
- Mejora el bloqueo hospitalario previo pero no el uso posterior de servicios.

■ **Variación del PACE:**

- Menos efectivo que el modelo clásico en la disminución de las visitas a urgencias y la tasa de hospitalización.
- Poco efectivo en el modelo VA (especialmente de forma aislada).

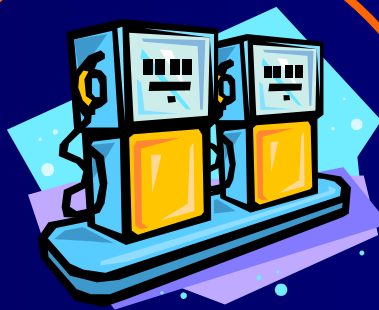
1. Béland F., Bergman H., Lebel P., et al. A System of Integrated Care for Frail Older Persons (SIPA) in Canada: Results from a Randomized Controlled Trial. J of Gerontol 2006.

2. Kane R. Variations on a theme called PACE. J Gerontol 2006.

3. Kane R. the effects of a variant of the PACE on hospital utilization and outcomes. JAGS, 2006.

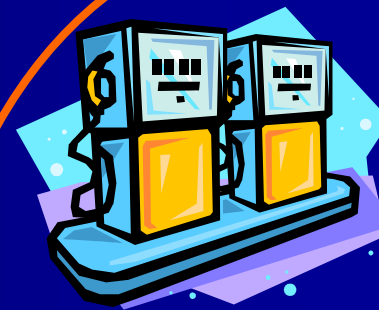
4. Weaver FM. Providing all inclusive care for frail elder veterans: evaluation of three models of care. JAGS, 2008.

El antes y el después en los servicios



Gasolina

Servicio único

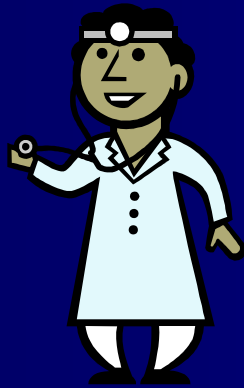


Gasolina
Comida
Lavacoches
Tienda
Cajero automático

Servicio múltiple

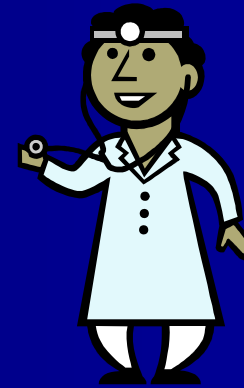
El antes y el después en los servicios sanitarios

Único



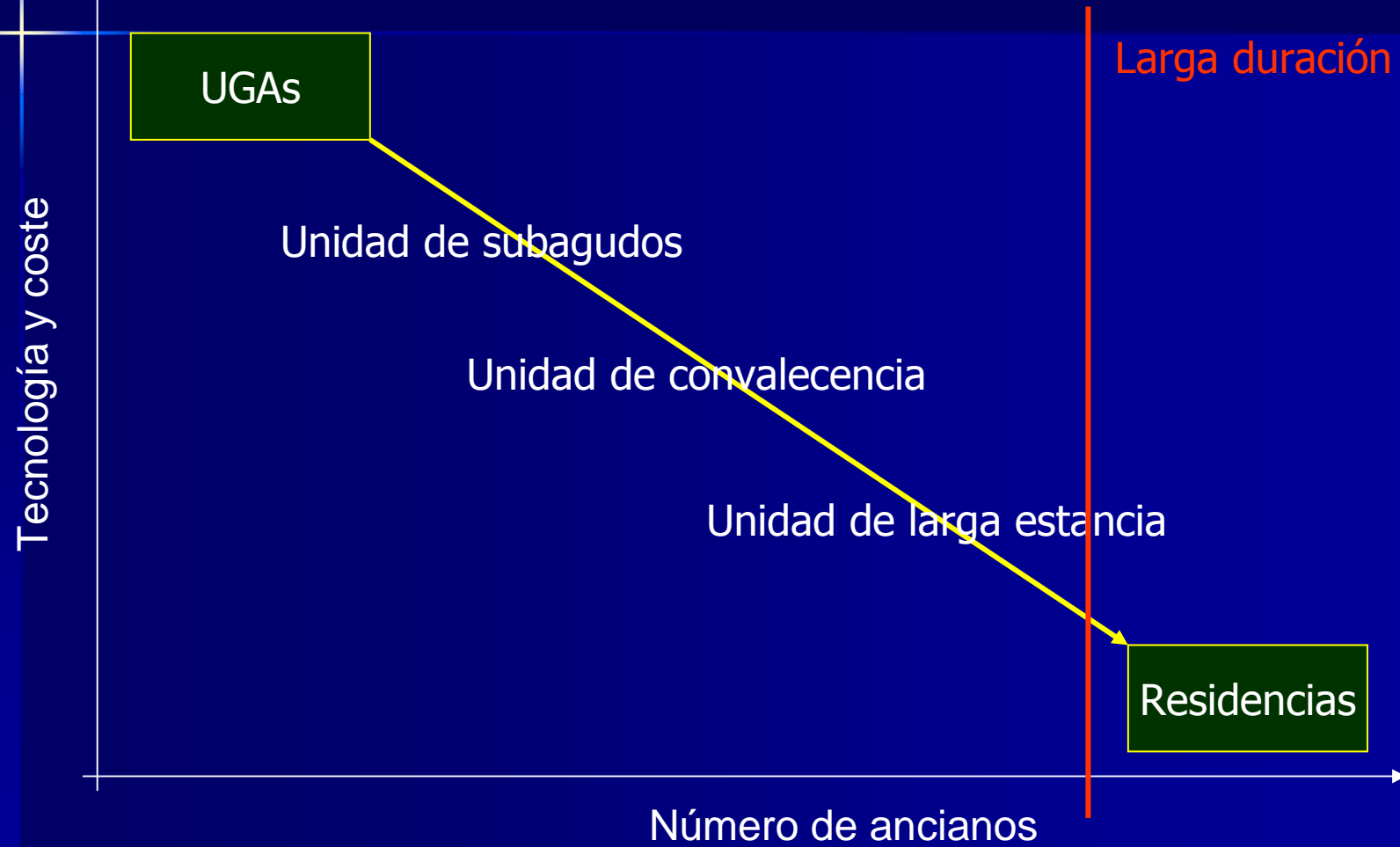
Diagnóstico enfermedad
Tratamiento farmacológico
Derivación

Múltiple

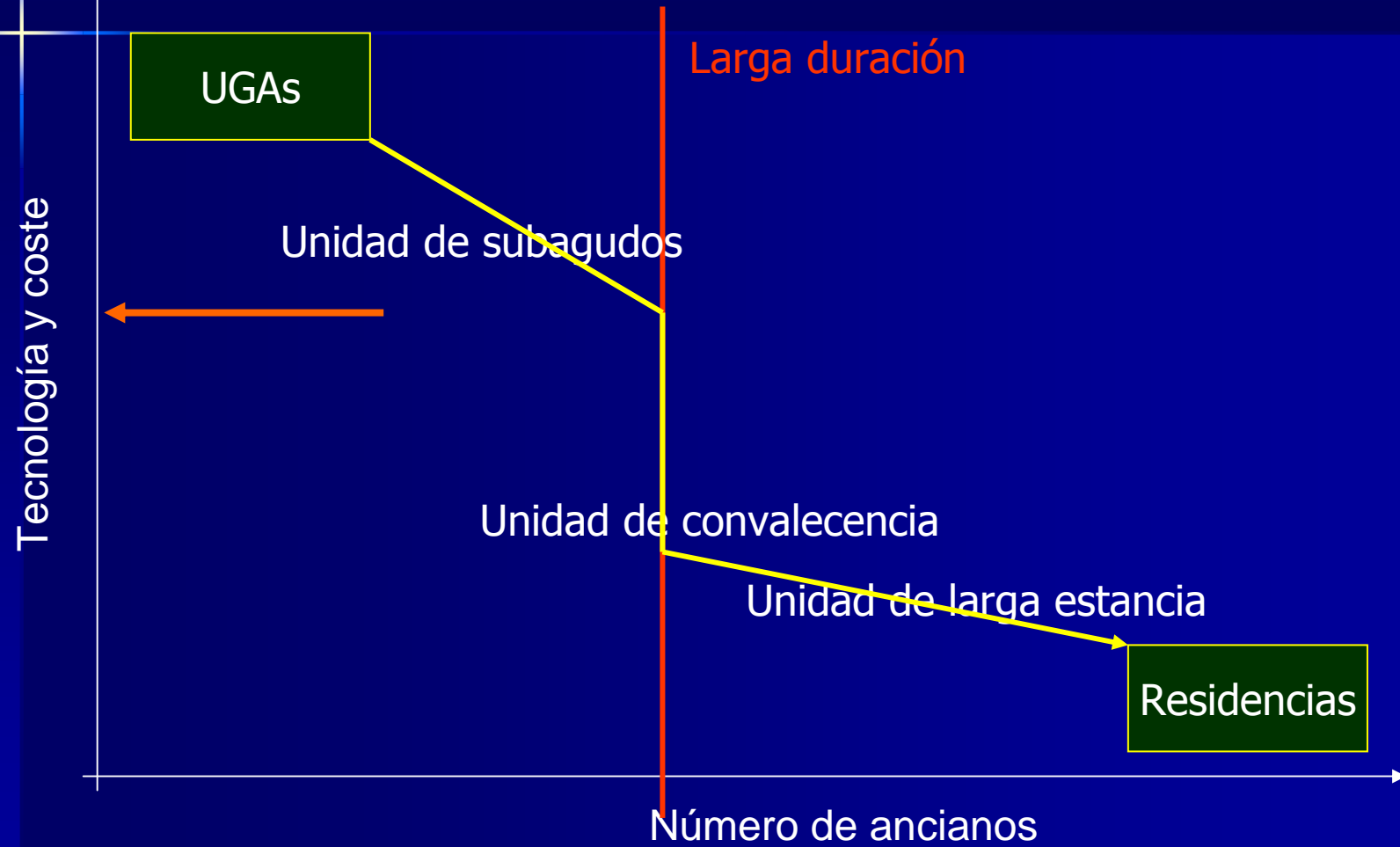


Diagnóstica enfermos
Detecta otros problemas
Tratamiento integral
Provee servicios
Deriva de forma controlada

Los recursos de atención geriátrica



Los recursos de atención geriátrica



Reflexiones

- Tratamiento siempre global (médico completo con rehabilitación y social) del paciente y del cuidador
- El sistema de tratamiento idóneo supone la **unión** de servicios sanitarios y sociales en el punto de atención y el **seguimiento** del paciente.
- El sistema de debe ir cambiando hacia la creación de modelos integrados

Si buscas resultados distintos, no hagas siempre lo mismo.

Albert Einstein

jagarcia@grupsagessa.cat