

APORTACION DE LOS PROGRAMAS DE COLABORACIÓN ENTRE MÉDICOS DE FAMILIA E INTERNISTAS EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

“Nuevos caminos para la mejora de la atención integral del paciente pluripatológico y edad avanzada”

II REUNIÓN PACIENTE PLURIPATOLÓGICO Y EDAD AVANZADA

El Rompido, Huelva. 29-30 de Junio, 2006

***M^a Ángeles Ortiz Camúñez. Médico de Familia.
Centro de Salud de Camas. Sevilla***

GRUPO DE INVESTIGACIÓN DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

MÉDICOS DE FAMILIA

Codina Lanaspita A.

De Paz Aguilar L.

Ortíz Camúñez MA

Yerro Páez V.

* Bohorquez Colombo P.

* Cabrera Nuñez A.

* Roca E.

* Ruiberriz I

INTERNISTAS

Bernabeu Wittel M.

Cuello Contreras JA.

García Morillo JS.

Martín Sáenz V.

Ollero Baturone M.

Rincón Gómez M.

* Cassani M.

* Moreno Gaviño L.

* Ramírez Duque N.

ENFERMERAS

Álvarez Tello M.

Garrido Porras E.

Olías Jimenez C.

Rubio Gallardo G.

FARMACIA

Santos B.

* Nieto M

CENTROS DE SALUD: Amate, Camas, Candelaria, La Plata

SERVICIO M. INTERNA HOSPITAL GENERAL VIRGEN DEL ROCIO

HISTORIA DEL ACERCAMIENTO MEDICINA INTERNA/MEDICINA DE FAMILIA

“El internista como generalista hospitalario y el médico de familia como generalista de la Atención Primaria comparten una misma mentalidad de asistencia integral. ¿Es posible, pues, un modelo de coordinación entre internistas y médicos de familia, que permita mantener la continuidad asistencia dentro y fuera del hospital?”



semFYC
Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria

TRABAJANDO
POR UNA
ATENCIÓN
INTEGRAL

SEMI
Sociedad Española de Medicina
Interna

1998

MÉDICOS DE FAMILIA E
INTERNISTAS
TRABAJANDO POR UNA
ATENCIÓN INTEGRAL



SEMI
Sociedad Española de Medicina
Interna

semFYC
Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria

MÉDICO DE

FAMILIA

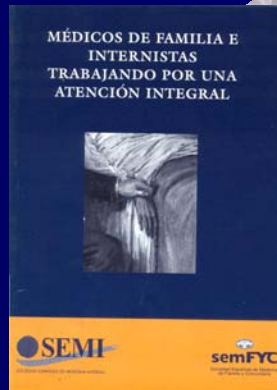
**CONTINUIDAD
ASISTENCIAL**

INTERNISTA

HOSPITAL

PRIMARIA

PROGRAMAS DE COLABORACIÓN INTERNISTAS – MÉDICOS DE FAMILIA C. S.de Camas-UCAMI (1999)



- Internista de referencia
- Comunicación personal.
- Contacto telefónico.
- Acceso a la hospitalización.
- Demora diagnóstica acordada.
- Sesiones conjuntas.
- Trabajo en equipo

Centro de Salud de Camas

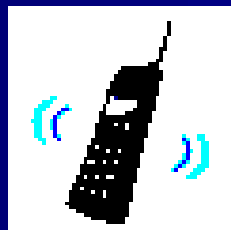
Características del Centro y la población



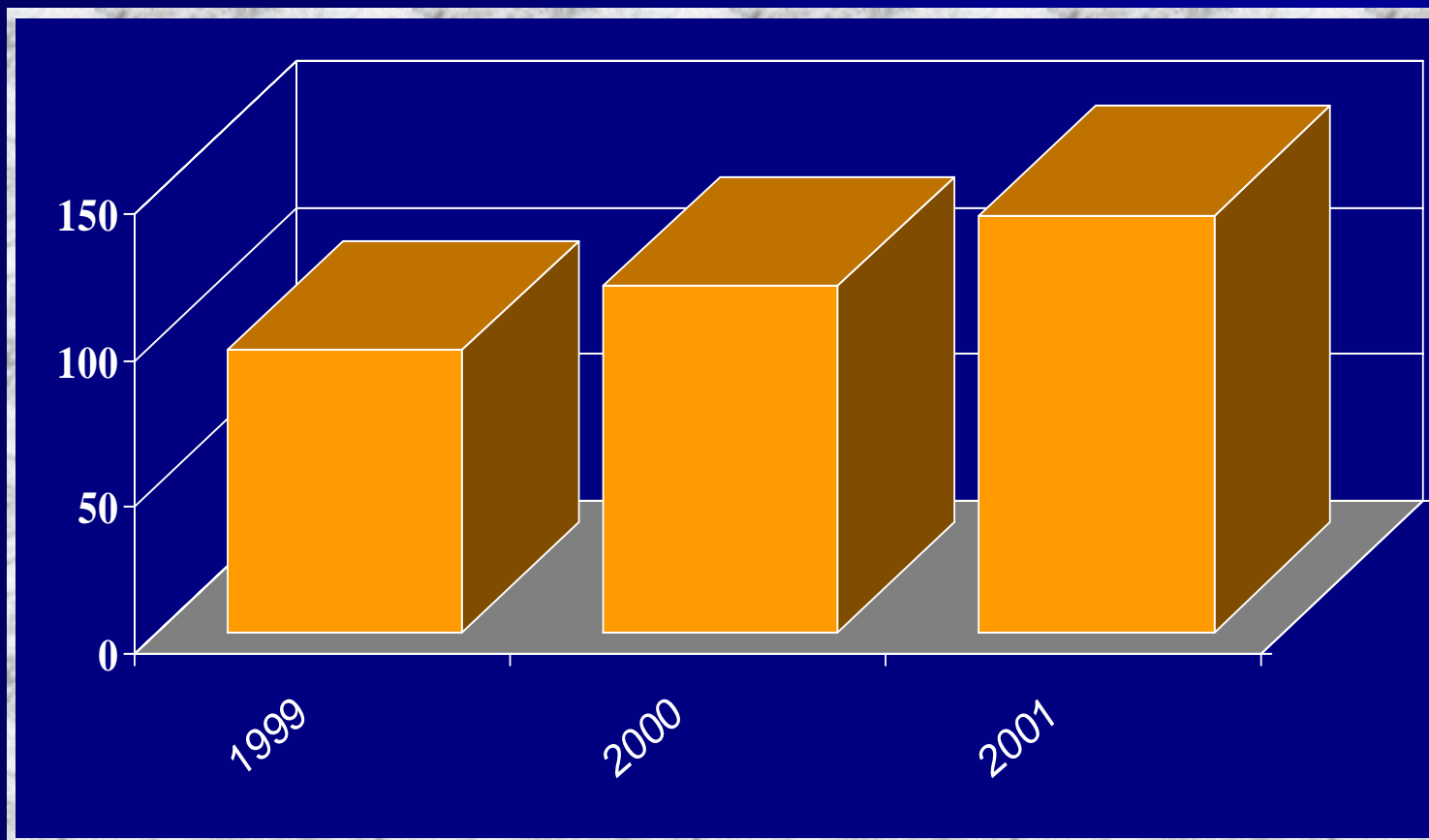
- Centro peri urbano docente con 5 consultorios.
- 24 médicos de familia y 5 Residentes de MFyC/año.
- Población de influencia: 45.000 habitantes
- El 15% de la población son mayores de 65 años.

Programa de colaboración médicos de familia – internistas

Comunicación personal y telefónica



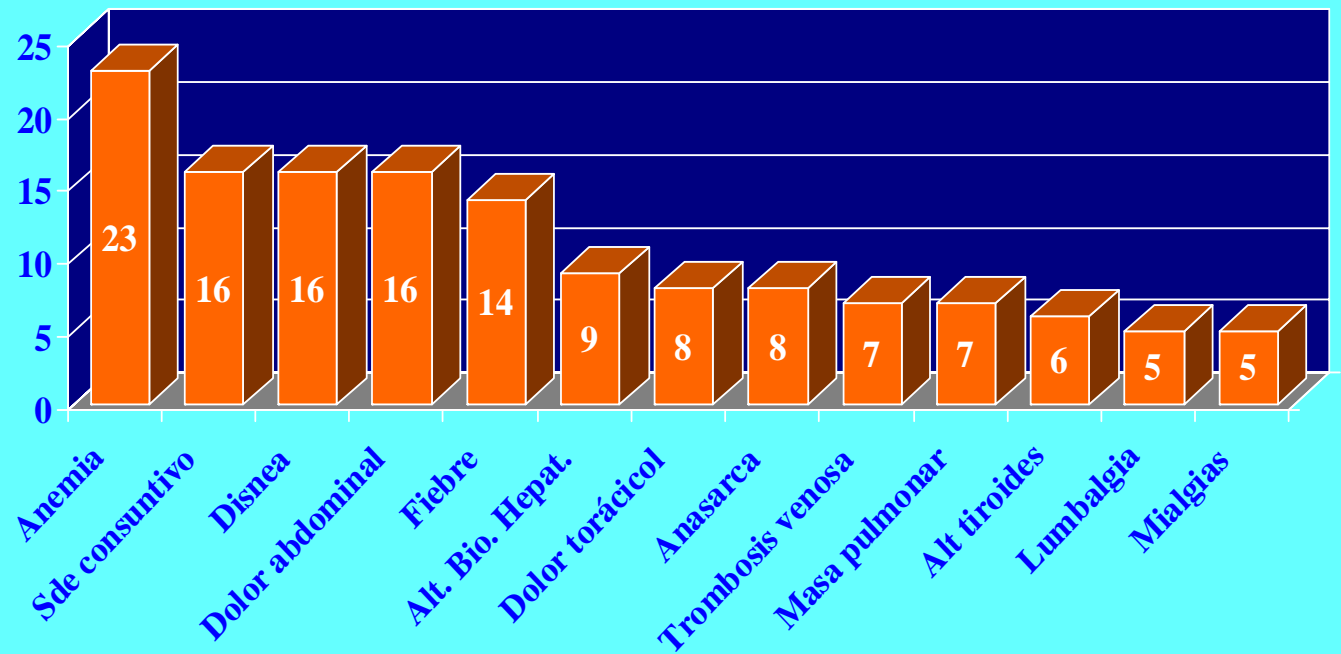
NUMERO DE CONSULTAS Programa Camas - UCAMI



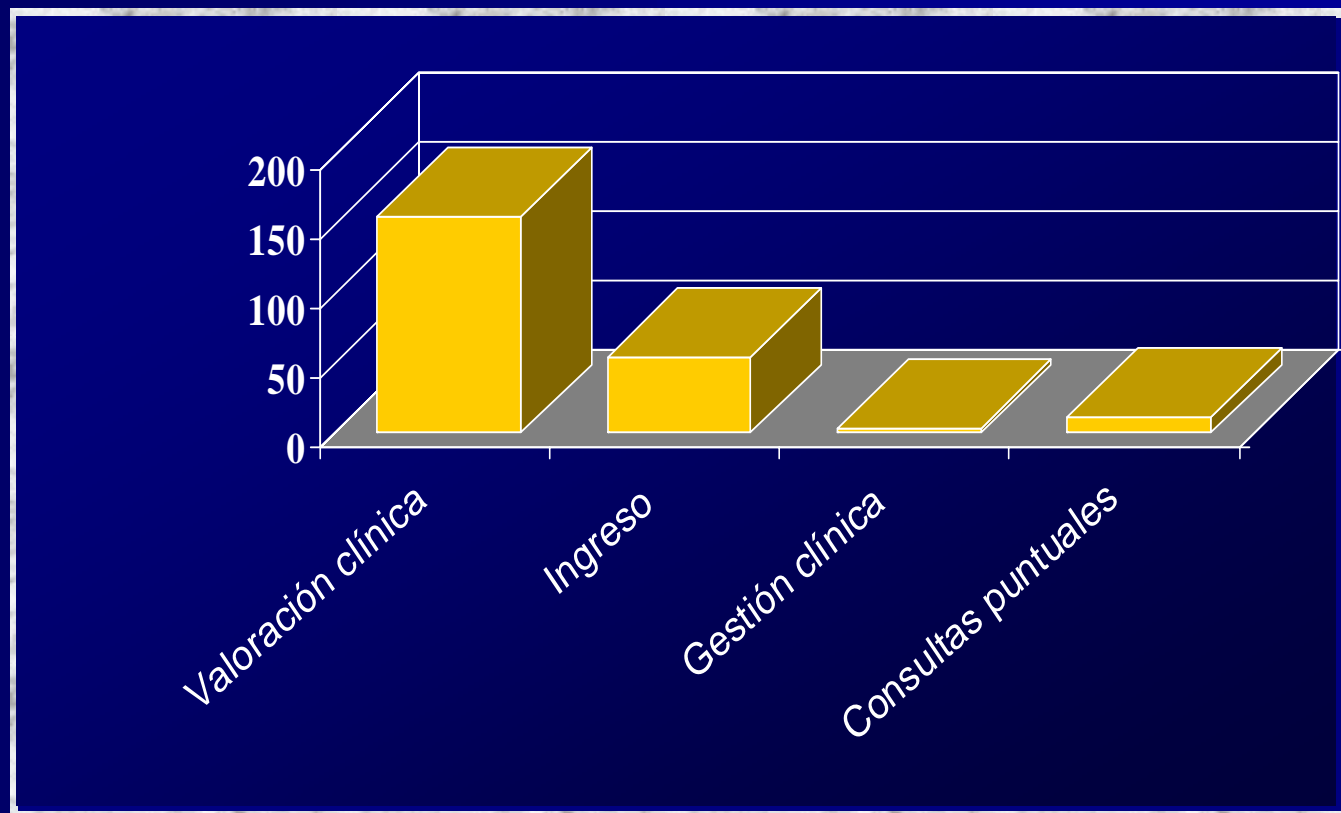
Total consultas: 356

CLASIFICACIÓN DE LOS MOTIVOS DE CONSULTA

Programa Camas - UCAMI
(Clasificación CIAP)



MOTIVOS DE DERIVACION Programa Camas - UCAMI



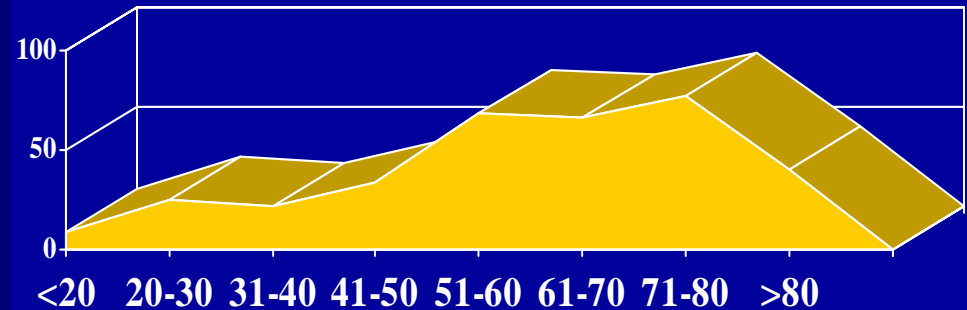
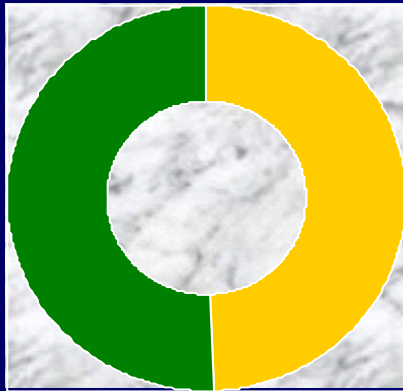
N= 225 pacientes

POBLACION EDAD Y SEXO

Programa Camas - UCAMI

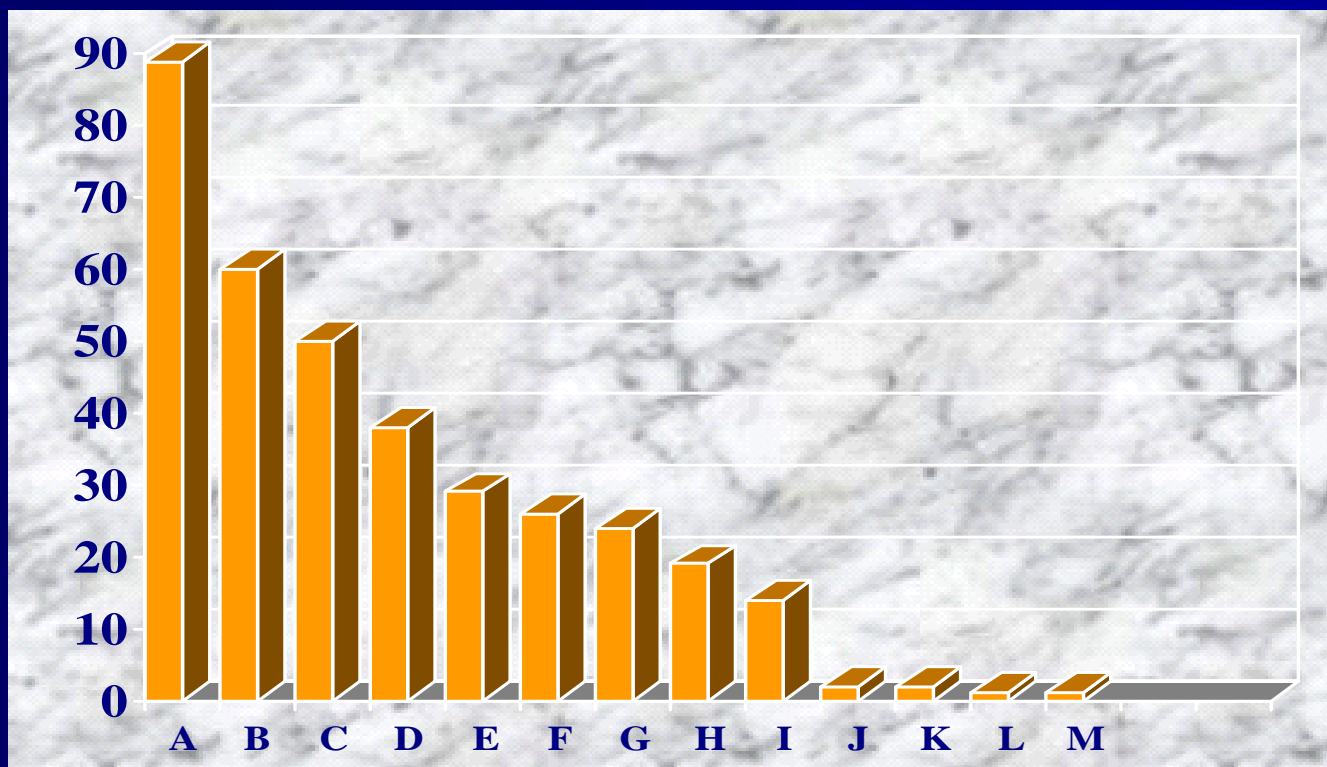
Mujeres 50.56%

Edad media 55.62 años



Nº DE CONSULTAS POR MÉDICO

Programa Camas - UCAMI



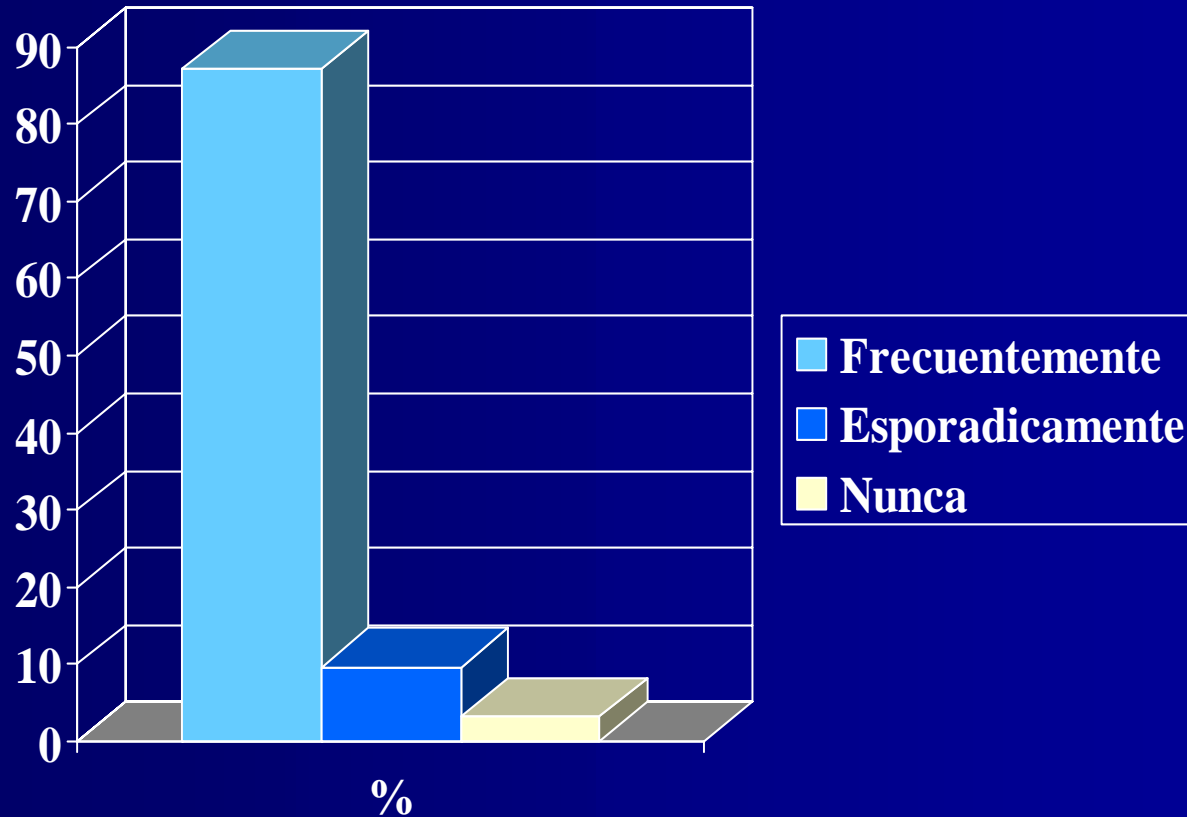
PARTICIPACIÓN Y SATISFACCIÓN DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA EN LOS PROGRAMAS DE COLABORACIÓN CON MEDICINA INTERNA

- Estudio descriptivo en base a cuestionario específico, anónimo y auto cumplimentado (año 2004).
- Ámbito: 10 Centros de Salud del Área de referencia.
- Participación: 89,85% de los médicos.

Perfil profesional

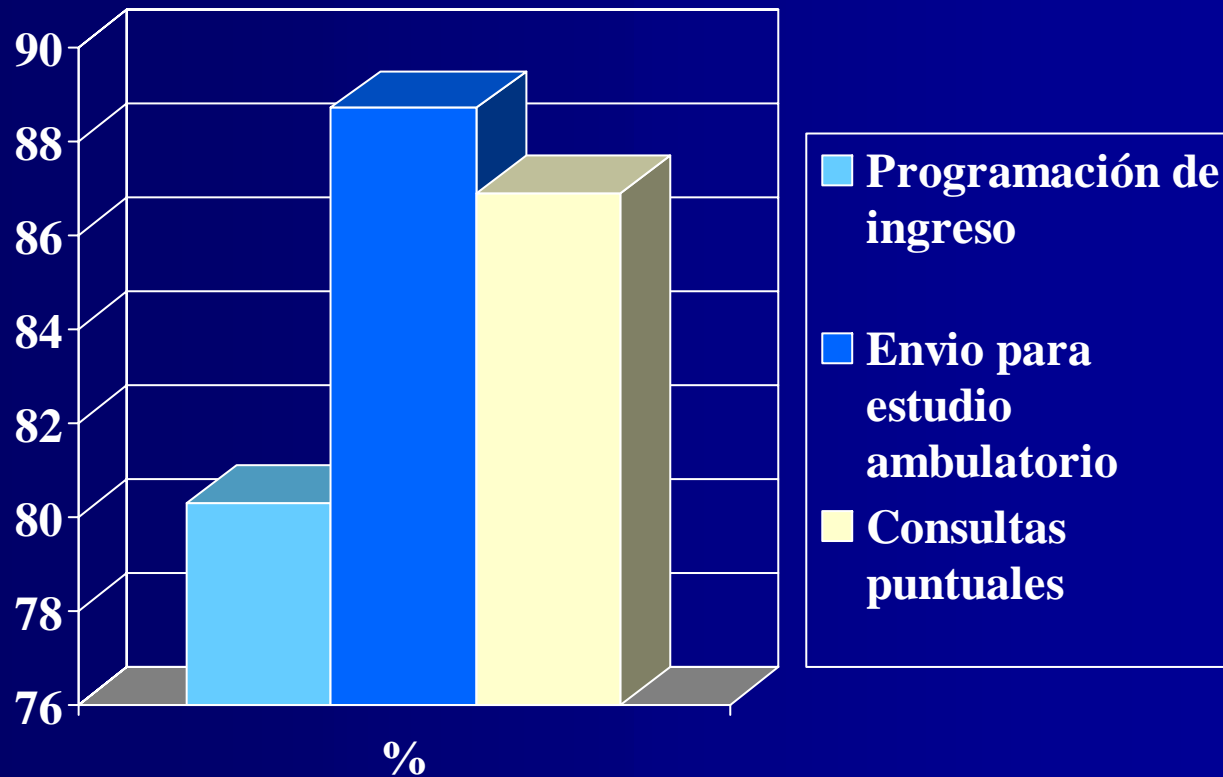
- Edad: 46,8 + 6,8 años. Género: 61,3% varones.
- Tiempo trabajado en AP: 18 + 6,5 años.
- Demanda clínica media diaria: 48 + 10 pacientes.
- Formación MIR: 27,4%
- Tutor de residente 25,8%,
- Participación en algún curso o congreso en el último año: 85,5%
- Presentación de comunicación o publicación en el último año: 31,1%.

Participación en el programa de coordinación

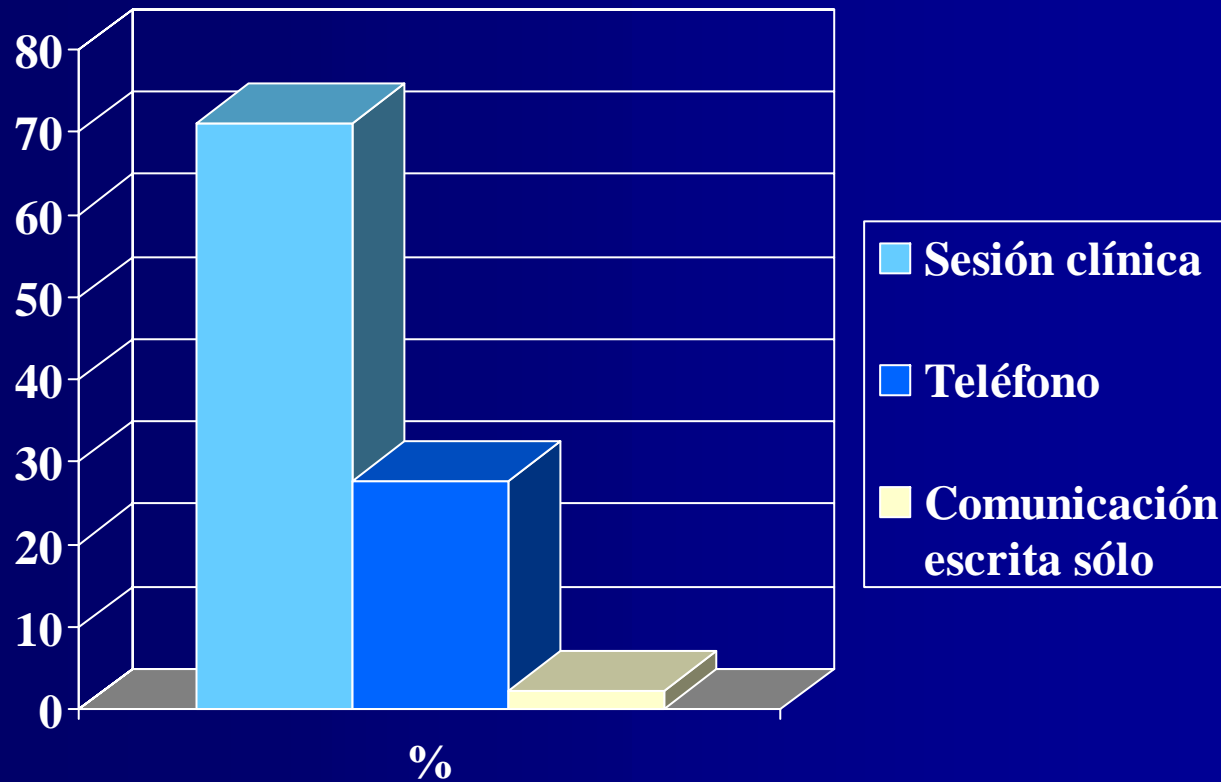


- El 100% de los encuestados conocían el programa.
- Tiempo de participación: 2.93+/- 1.51 años.

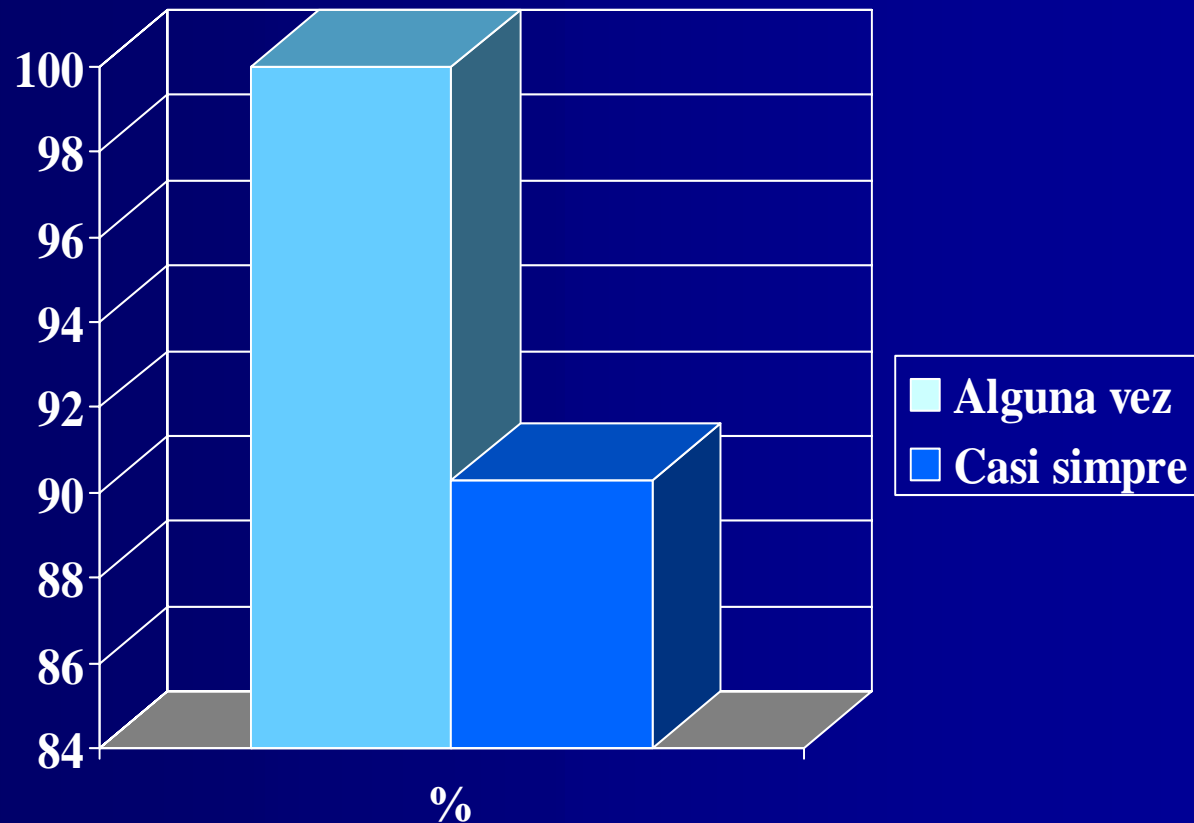
Modalidad de participación



Modalidad de contacto

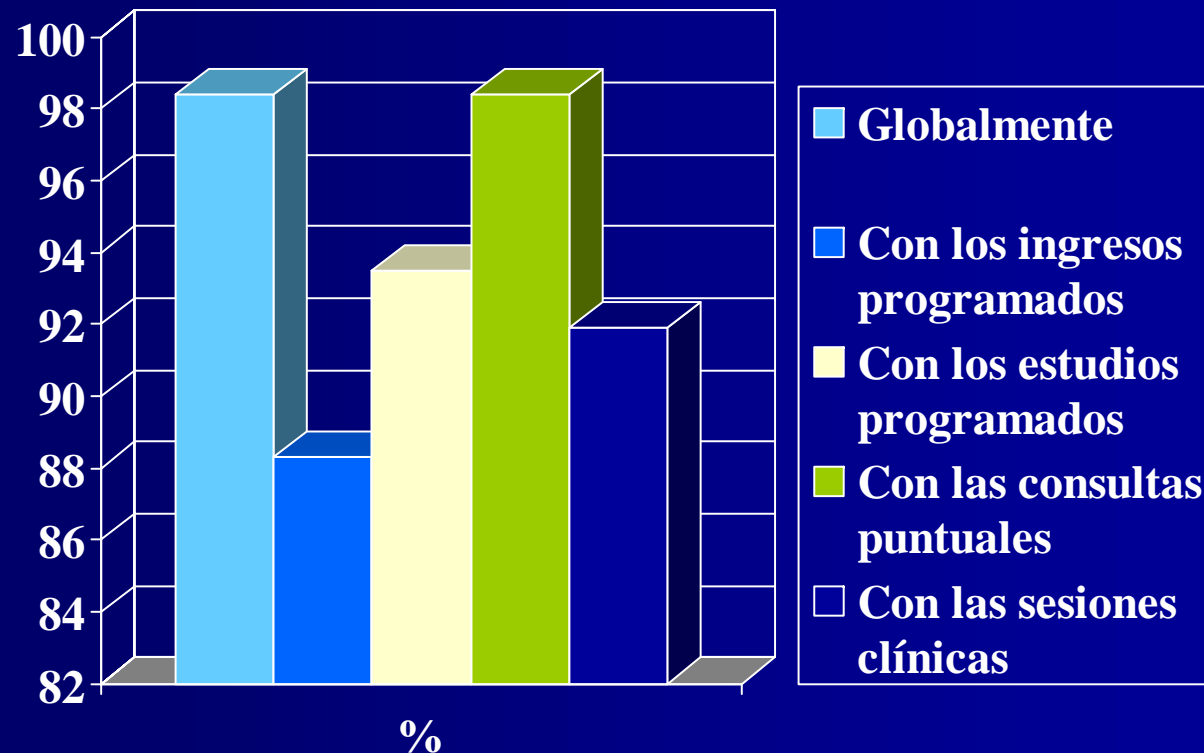


Asistencia a Sesiones clínicas conjuntas

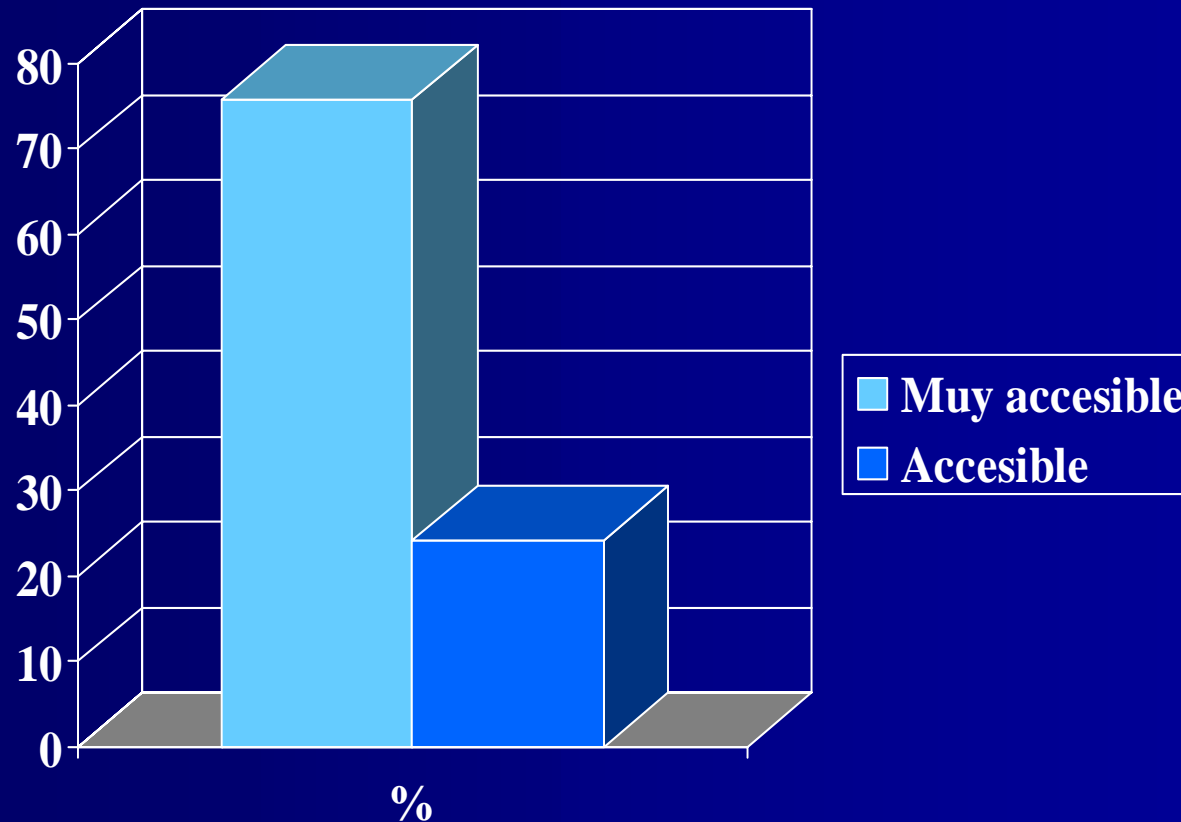


Promedio de sesiones en el último trimestre: 3.93 ± 1.5

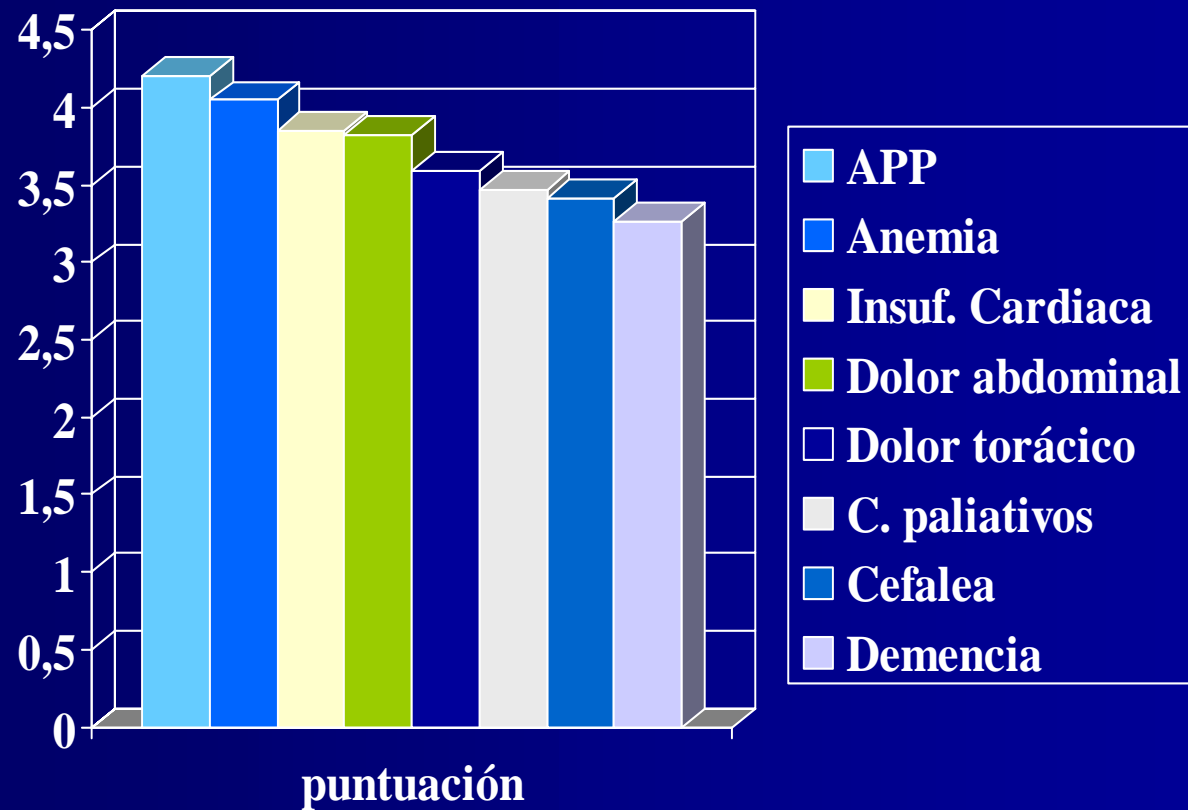
Satisfacción con el Programa de coordinación



Accesibilidad del internista



Contribución del Programa a los Procesos



Rango de puntuación de 1 a 5

Conclusiones

1. Los médicos de familia adscritos a los programas de colaboración manifiestan un alto nivel de participación y satisfacción.
2. La relación presencial (sesiones clínicas) es el modelo de colaboración más utilizado y la consultoría clínica el más valorado.
3. El proceso Atención al Paciente Pluripatológico fue el más puntuado en lo que respecta a la contribución del programa de colaboración.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

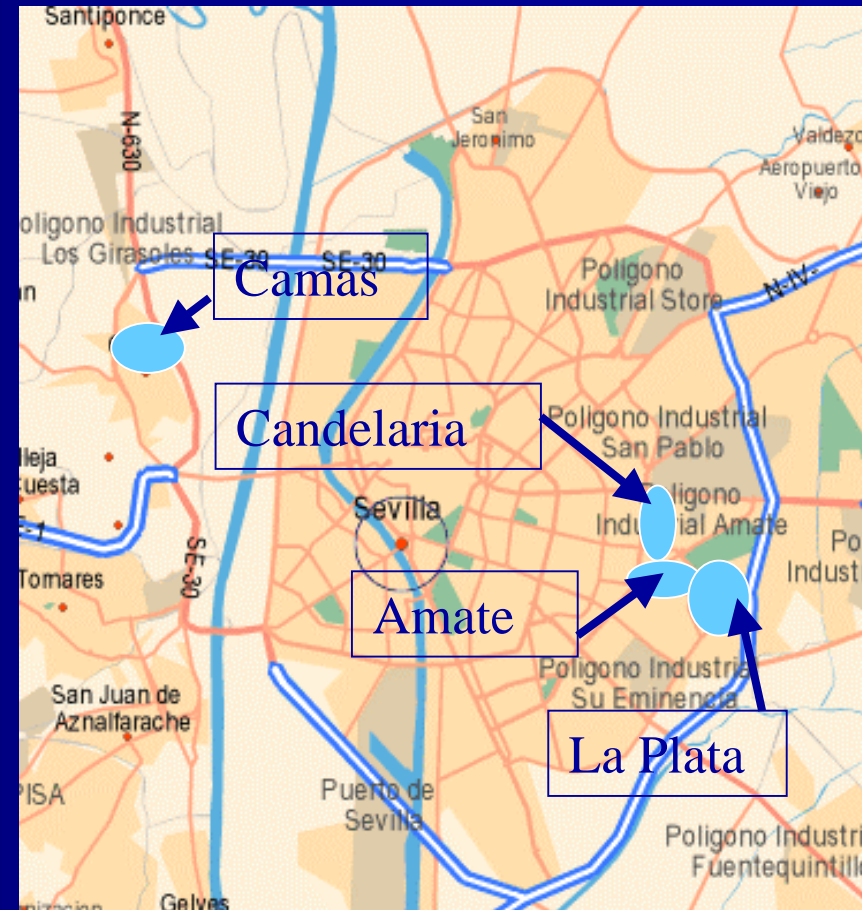


Campana
Campaña
Campaña

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA



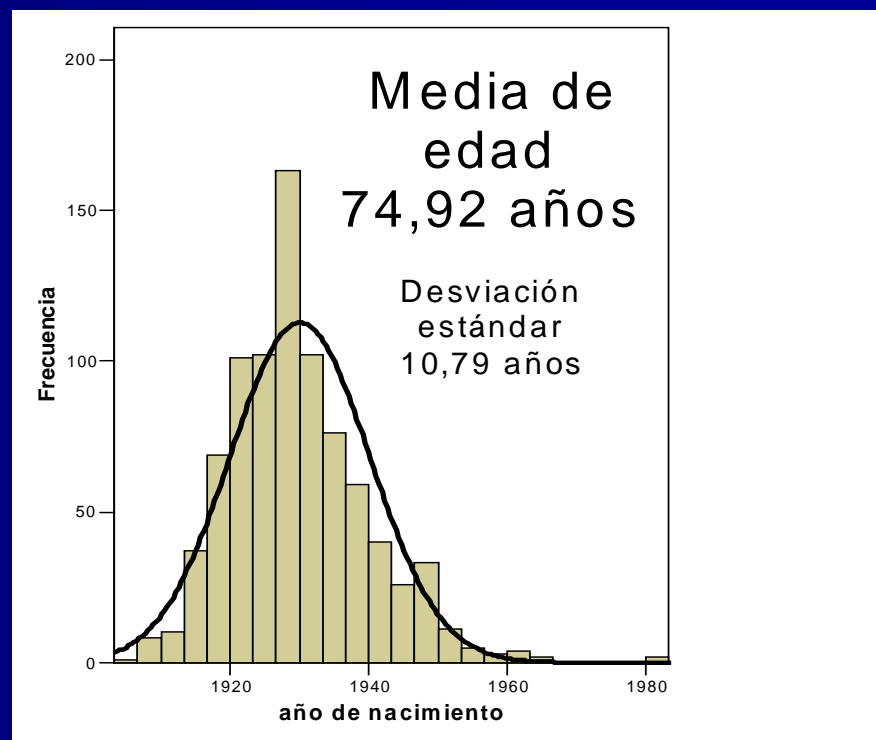
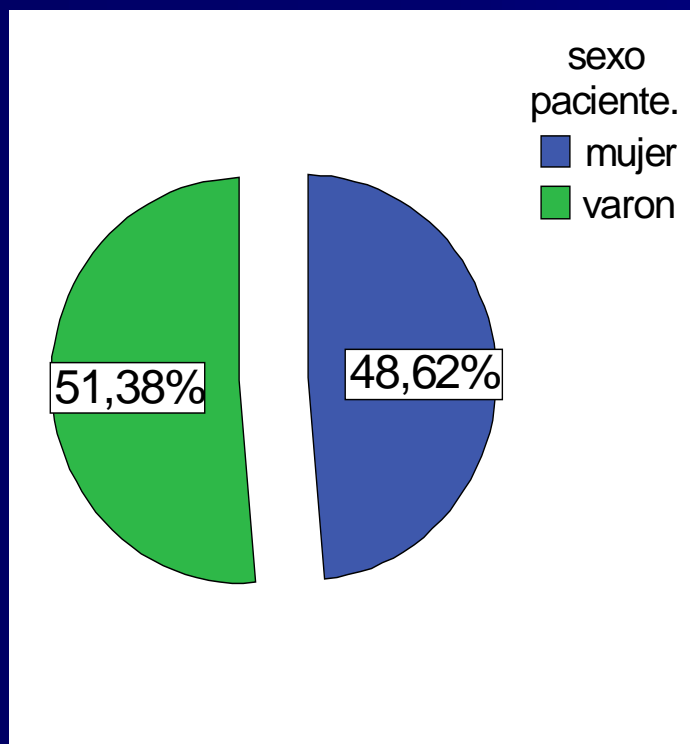
- Estudio transversal multicéntrico: 4 Centros de Salud (3 urbanos y 1 peri urbano).
- Identificación activa de pacientes pluripatológicos desde historia informatizada.



VALORACIÓN INTEGRAL

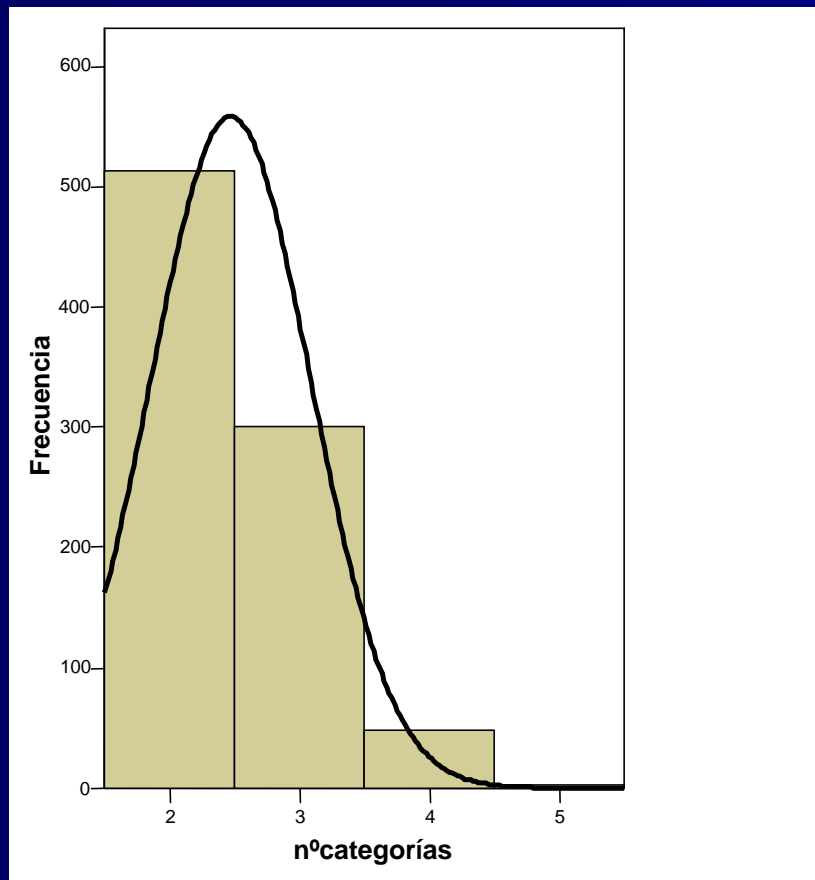
Perfil clínico

868 PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS



VALORACIÓN INTEGRAL

Perfil clínico



CATEGORÍAS POR PACIENTE

Media $2,47 \pm 0,62$

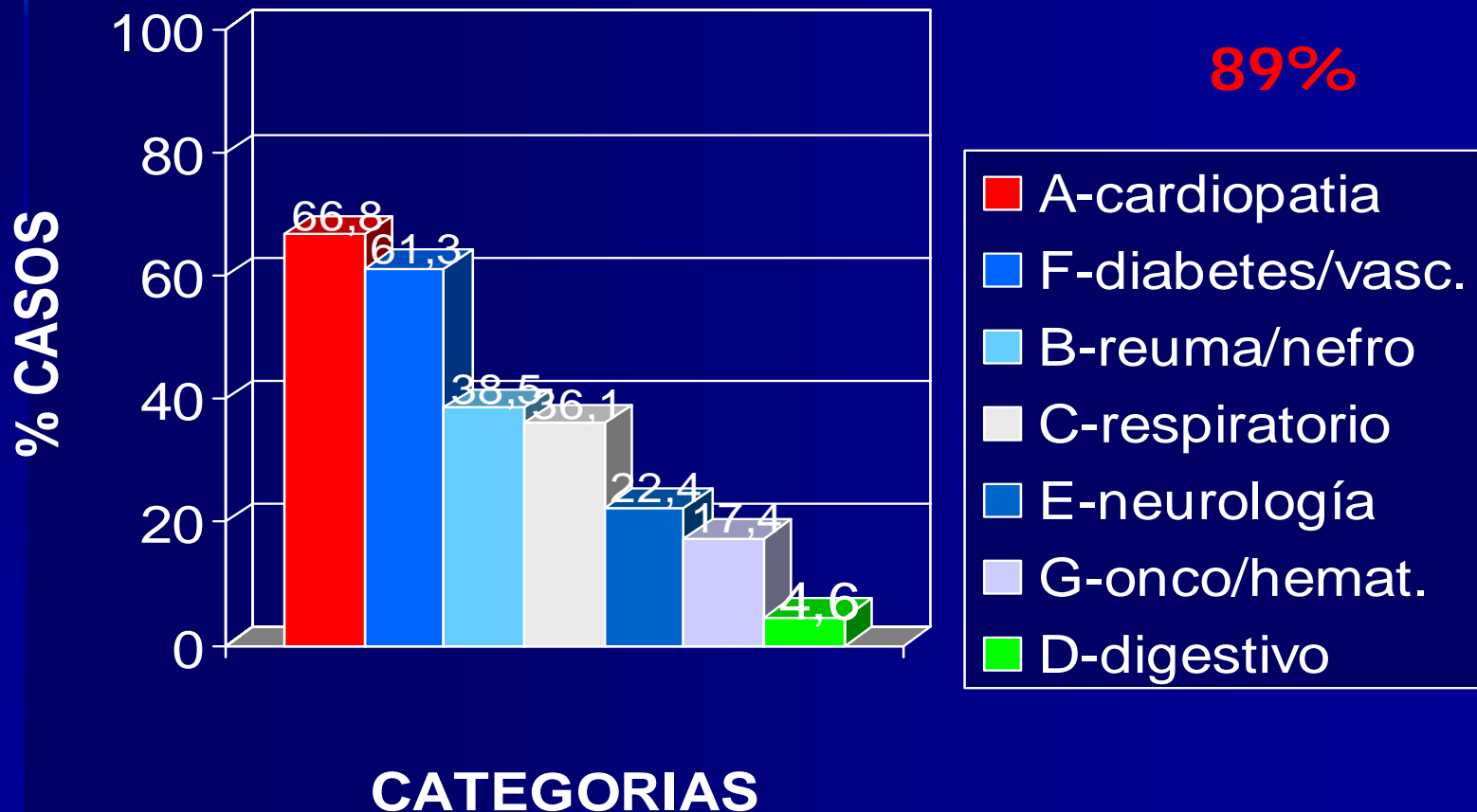
Nº categorías...	%
■ DOS	59'1
■ TRES	34'6
■ CUATRO	5'5
■ CINCO	0'3

VALORACIÓN INTEGRAL

Perfil clínico

CATEGORÍA A o F

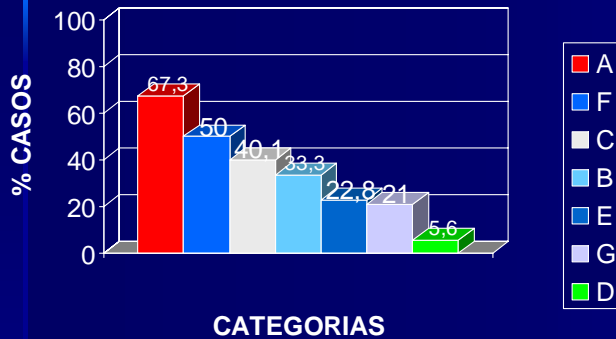
89%



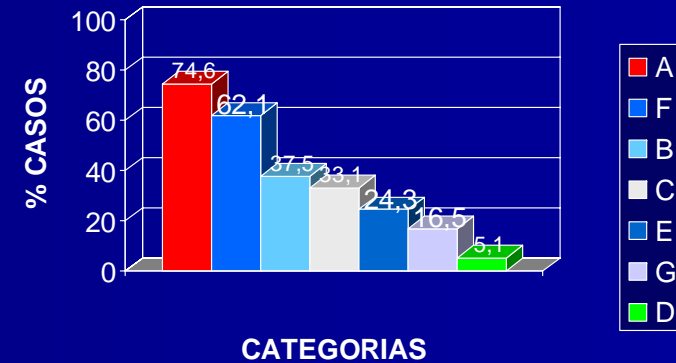
VALORACIÓN INTEGRAL

Perfil clínico

CENTRO 1

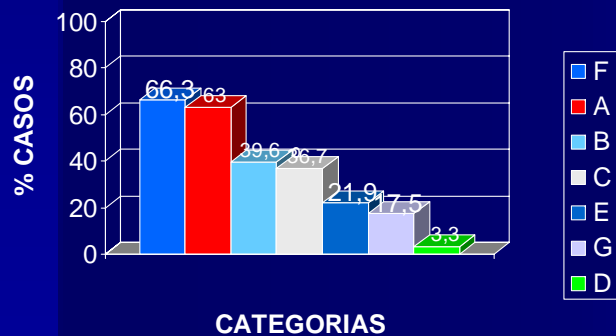


CENTRO 2



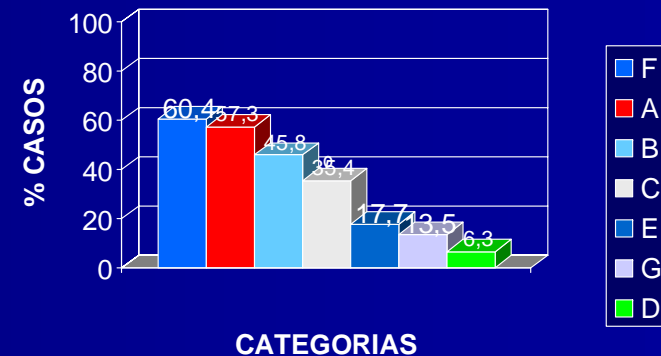
Categorías
en cada
centro

CENTRO 3



Sin diferencias
significativas
entre Centros

CENTRO 4



VALORACIÓN INTEGRAL

Perfil clínico

Los pacientes pluripatológicos constituyen una población de edad avanzada, con un gran protagonismo clínico de las enfermedades cardiovasculares

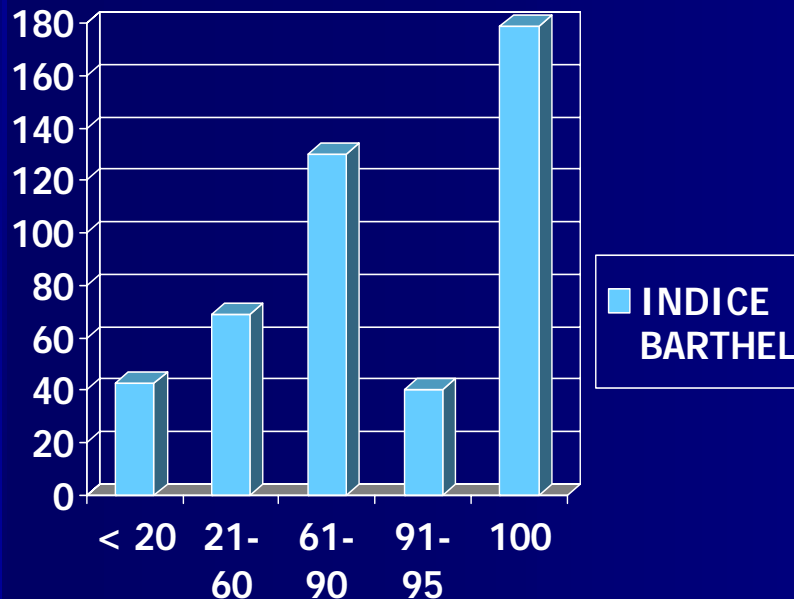
VALORACIÓN INTEGRAL

Valoración funcional

DETERIORO FUNCIONAL POR ESCALA DE BARTHEL

Cohorte global 461 pacientes

Barthel < 60: 24%



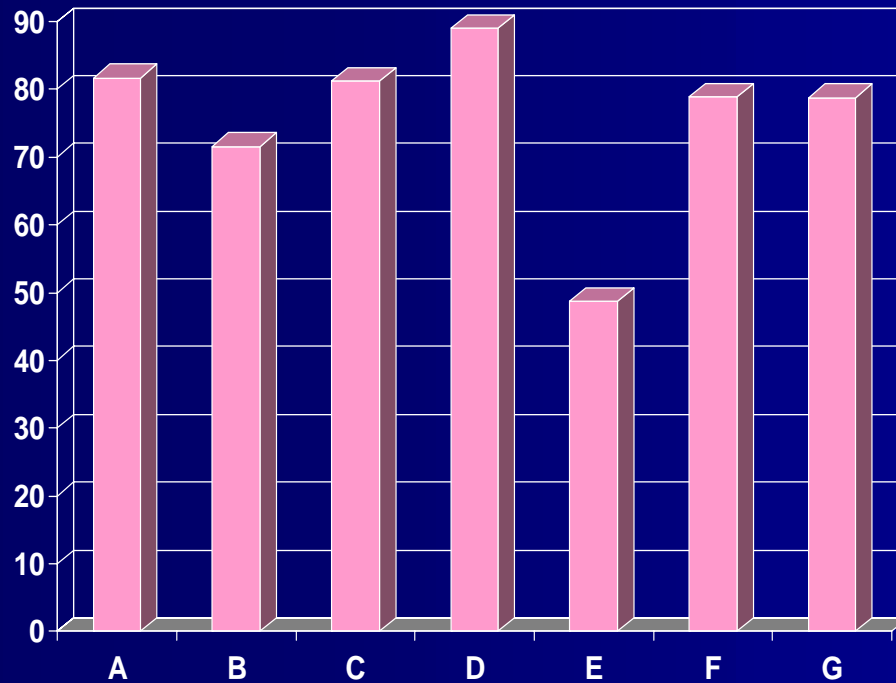
Variables	p
Edad	r=-0,24; p<0,0001
Sexo femenino (85vs95)	P<0,0001
Numero de categorías	r=-0,17; p=0,001
Categoría E (50vs95)	P<0,0001
Categoría B (70 vs95)	P<0,0001
Deterioro cognitivo (Pfeiffer)	r=-0,25; p<0,0001
Cuidador cónyuge vs otro	P<0,02
Insuficiencia sociofamiliar (Gijón)	r=-0,22; p<0,0001

Análisis multivariante

Variables	p (OR[IC95%])
Insuficiencia sociofamiliar	P<0,0001
Categoría E	P<0,0001

VALORACIÓN INTEGRAL

Valoración funcional



MEDIA DE EB POR
CATEGORIAS

Mediana 90

Categorías clínicas

VALORACIÓN INTEGRAL

Valoración funcional

Los PP con mayor deterioro funcional fueron los de mayor edad, con insuficiencia sociofamiliar, con mayor número de categorías clínicas y con enfermedades de la categoría E (enfermedades neurológicas).

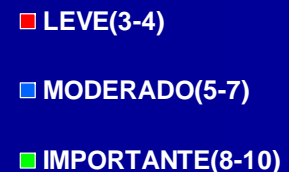
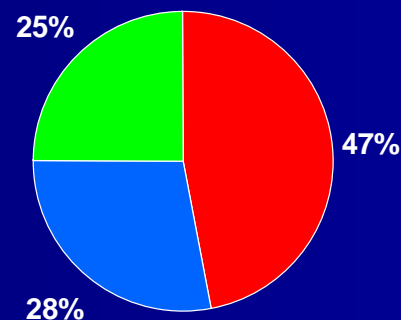
VALORACIÓN INTEGRAL

Valoración psicoafectiva

- Cohorte global: 461 pacientes
- 376 (81,5%) >65 años
- 53,7% eran mujeres
- Escala de Pfeifer

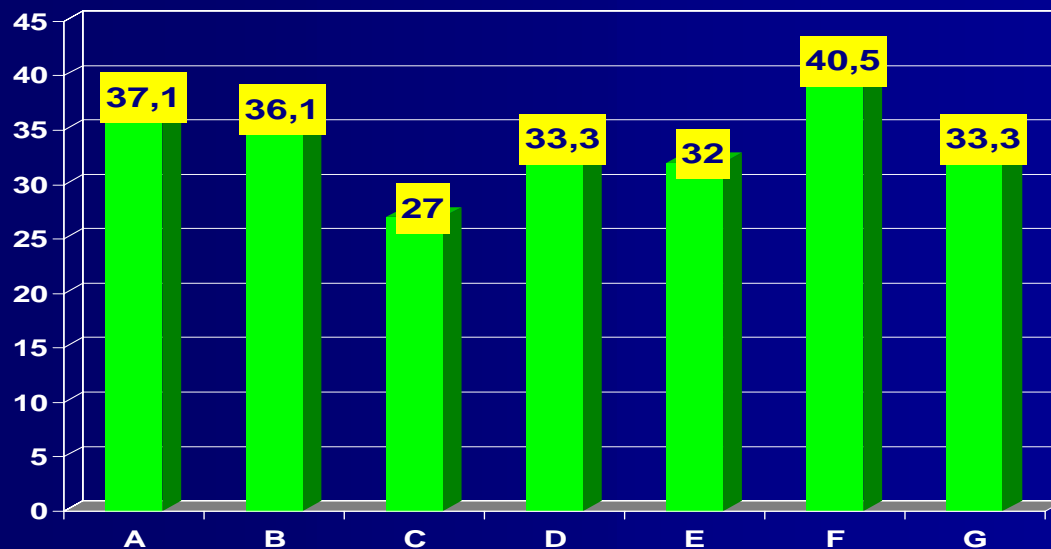
- **46.3%** presentaron deterioro cognitivo medido con E. Pfeifer.

- Mediana de puntuación en E. de Pfeifer= **4 (3-10)**



VALORACIÓN INTEGRAL

Valoración psicoafectiva



PORCENTAJE DE DETERIORO COGNITIVO POR CATEGORIAS

VALORACIÓN INTEGRAL

Valoración psicoafectiva

COMPARACION ENTRE PP CON Y SIN DC

Variabes	PP-DC	PP	p (RR[IC95%])
mujeres	58%	45%	P=0,006 (RR1,4 [1,09-1,76])
Edad	77	73	P=0,028
Deterioro funcional (escala de Barthel)	80	95	P<0,0001
Soporte sociofamiliar (escala de Gijón)	4,5	4	P=0,002
Cuidador principal	76,5%	62,5%	P=0,002 RR=1,97 [1,27-3,05]
Numero de fármacos	7,9 ±2,7	8,4±2,8	P=0,015
Atenciones domiciliarias por enfermería en 3 últimos meses	1,9	0,7	P<0,0001

El PP con deterioro cognitivo presentó un perfil de especial fragilidad (etaria, funcional y sociofamiliar)

VALORACIÓN INTEGRAL

Valoración sociofamiliar

EVALUACIÓN DEL CUIDADOR PRINCIPAL

EL 64% de los PP tenían cuidador

CARACTERÍSTICAS

- SEXO: 80% mujeres
- EDAD: 62 \pm 15 años
- RELACIÓN CON PP:
 - 50% cónyuge
 - 38% hijo/a
 - 7,5% familiar 2º grado
 - 4% contratados

EL IEC GLOBAL = 5.35 \pm 3.5

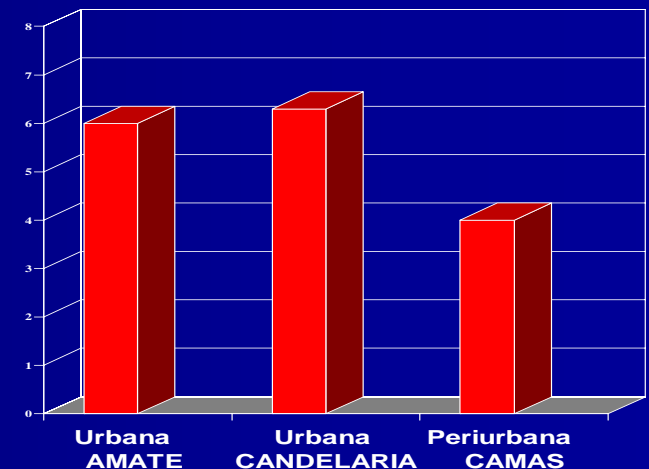
VALORACIÓN INTEGRAL

Valoración sociofamiliar

VARIABLES QUE PREDICEN DE FORMA INDEPENDIENTE EL IEC

Variables	Nivel de significación
DETERIORO FUNCIONAL (escala de Barthel)	$p < 0.0001$
DETERIORO COGNITIVO (escala de Pfeiffer)	$p < 0.019$
CATEGORÍA E	$p < 0.0001$
VULNERABILIDAD CLINICA	$p = 0.019$
EDAD DEL PACIENTE	$P = 0.03$
Edad del cuidador	No significativa
Relación con PP (hijo, esposa..)	No significativa
Nº especialistas que ven al PP	No significativa
Nº visitas a urgencias	No significativa

IEC SEGÚN CENTRO



$p < 0.037$ y $p < 0.001$

VALORACIÓN INTEGRAL

Valoración sociofamiliar

- Perfil del Cuidador Principal de los PP: 80% mujeres, edad media 62 años, el 90% familiares de primer grado.
- La media de la Sobrecarga Sentida del cuidador principal no es elevada; pero para aquellos que cuidan de PP con Categoría E, el esfuerzo es significativamente mayor.
- El deterioro funcional del PP es el factor más potente que predice de forma independiente el IEC además del deterioro cognitivo, la edad y la vulnerabilidad clínica.

CALIDAD PERCIBIDA

- Cuestionario tipo SERVQUAL de 17 dimensiones valoradas en una escala de Likert de 5 puntos.

Rango de puntuaciones posibles: 17 – 85

- Puntuación global media: 62,52 (\pm 10,19)

Rango de puntuaciones obtenidas: 37 – 85

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

FACTORES QUE MUESTRAN CORRELACIÓN CON CALIDAD PERCIBIDA

	R	P
Escala Gijón-situación familiar:	-0,125	0,011
Escala Gijón-apoyo social:	-0,156	0,001
Empatía con Médico Familia:	0,375	0,001
Empatía con Enfermero:	0,212	0,001
Nºconsultas con Médico Familia:	0,107	0,009
Situación funcional-Barthel:	0,127	0,027

ANÁLISIS MULTIVARIANTE:

FACTORES PREDICTORES DE CALIDAD PERCIBIDA

Empatía con Médico Familia: $p < 0,001$
Identificación del Enfermero: $p < 0,04$
Situación funcional-Barthel: $p < 0,039$

EMPATIA

Empatía medida por la escala de Likert (1-5):

Médico de Familia: 4.39±0.98

Enfermero de Familia: 4.49±0.87

Internista de Referencia: 4.48±0.48

Análisis estadístico

Variables	p
Accesibilidad telefónica al médico de familia.	P <0,0001
Accesibilidad telefónica a la enfermera	P<0,05
Gijón global	P < 0,031
Gijón apoyos	P<0,002
Gijón ingresos	P<0,0001
Sexo paciente	NS
Cuidador	NS
Categorías clínicas	NS

CONSUMO DE RECURSOS

¿Y cuantos recursos asistenciales consumen los pacientes pluripatológicos?

¿Más, menos o igual que otros pacientes crónicos?

CONSUMO DE RECURSOS

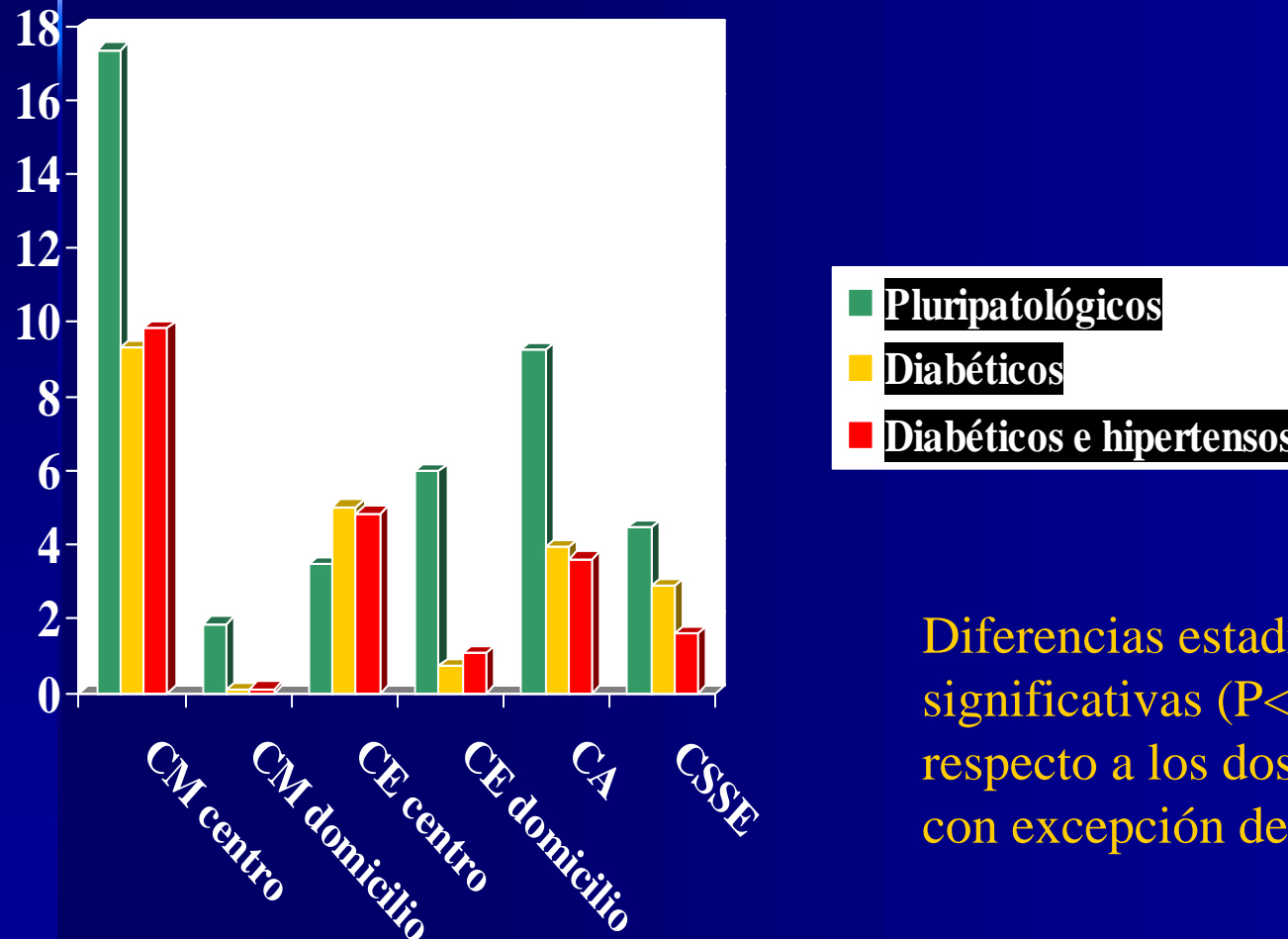
Pacientes pluripatológicos de dos cupos de medicina de familia (n=47) *versus* dos grupos controles, con muestra sistemática, de pacientes no pluripatológicos:

Grupo 1: Diabéticos (n1= 47)

Grupo 2: Diabéticos e hipertensos (n2= 47)

CONSUMO DE RECURSOS

Media de consultas/año



Diferencias estadísticamente significativas ($P < 0.05$) para PP respecto a los dos grupos controles, con excepción de las CSSE

CONSUMO DE RECURSOS

Los pacientes pluripatológicas consumen:

- **El doble de consultas clínicas médicas**
(tanto en el centro como en domicilio).
- **6 veces más consultas domiciliarias de enfermería.**
- **3 veces más consultas administrativas**

CONCLUSIONES

1. Los PP presentan una especial fragilidad clínica y funcional que, en muchos casos, motiva una considerable complejidad en su manejo clínico.
2. Generan un importante consumo de recursos sanitarios con alta probabilidad de intervención de variados profesionales y duplicidad de intervenciones.

CONCLUSIONES

3. Los programas de coordinación entre médicos de familia e internistas se muestran, en general, y para los PP en particular, como una alternativa de modelo organizativo que:

CONCLUSIONES

- ✓ Mejoran la continuidad asistencial de los pacientes.
- ✓ Aumentan la eficiencia de las actuaciones sanitarias.
- ✓ Aumentan el nivel de satisfacción de pacientes y profesionales.

APORTACION DE LOS PROGRAMAS DE COLABORACIÓN ENTRE MÉDICOS DE FAMILIA E INTERNISTAS EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

II REUNIÓN PACIENTE PLURIPATOLÓGICO Y EDAD AVANZADA
El Rompido, Huelva. 29-30 de Junio, 2006



Gracias y... ¡adelante!

*M^a Ángeles Ortíz Camúñez. Médico de Familia.
Centro de Salud de Camas. Sevilla
(mortizc@meditex.es)*