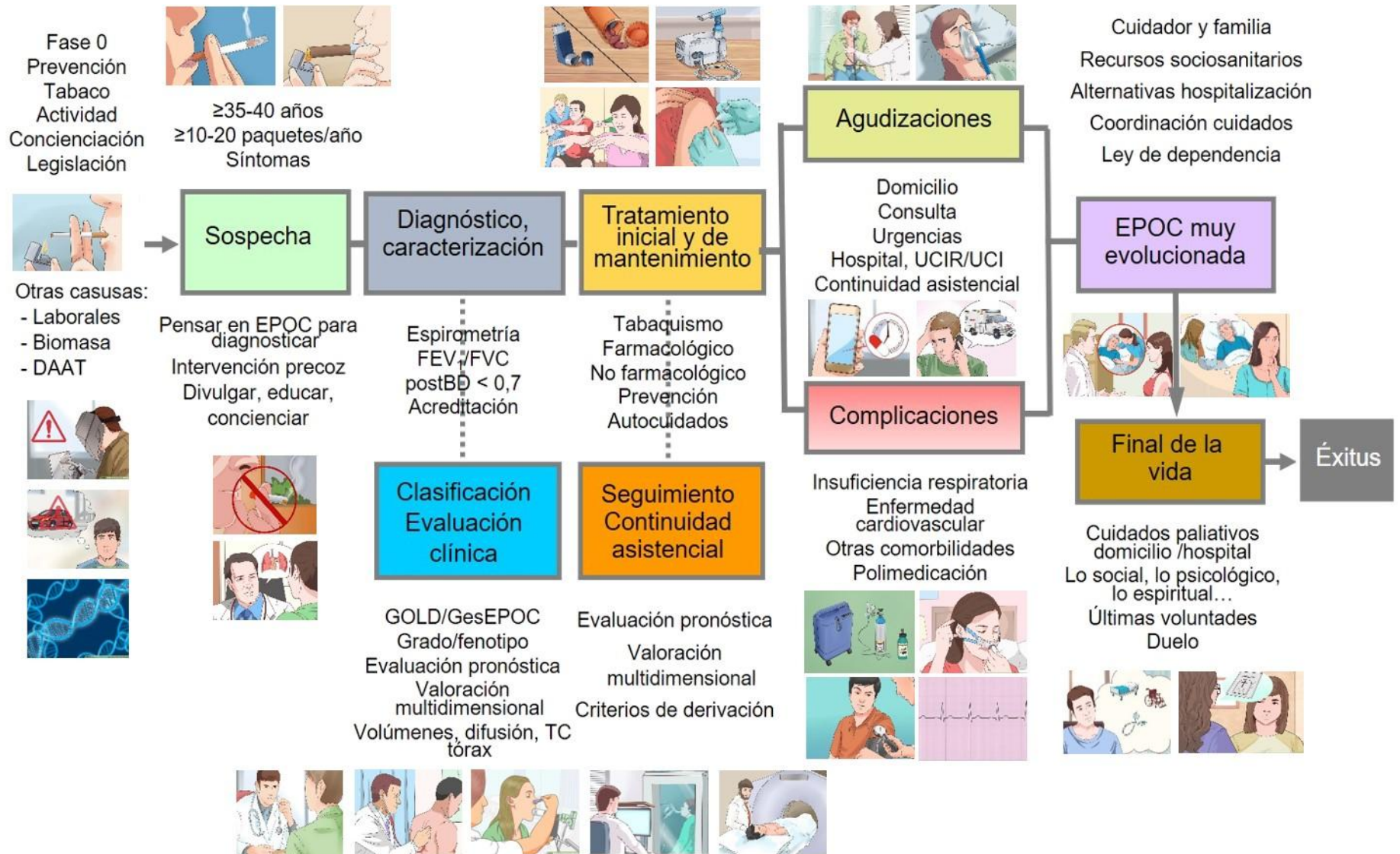


Gestión de la EPOC en Galicia: lecciones aprendidas

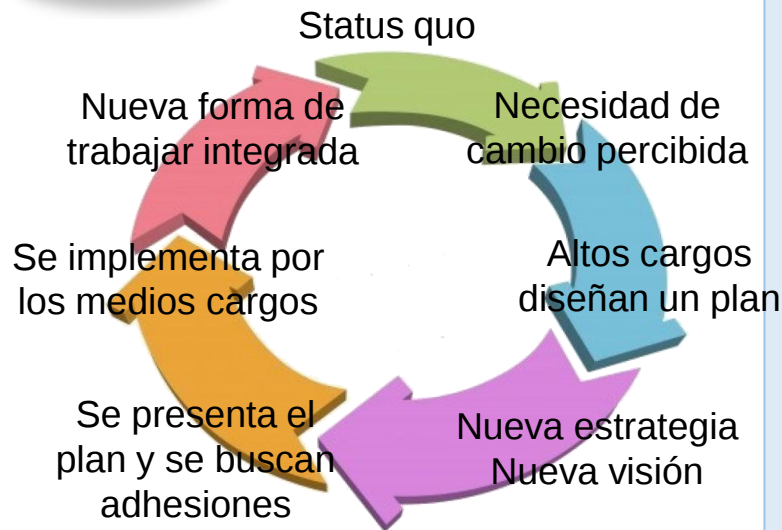
EPOC: paradigma de la cronicidad



Gestión de la EPOC: luces y sombras



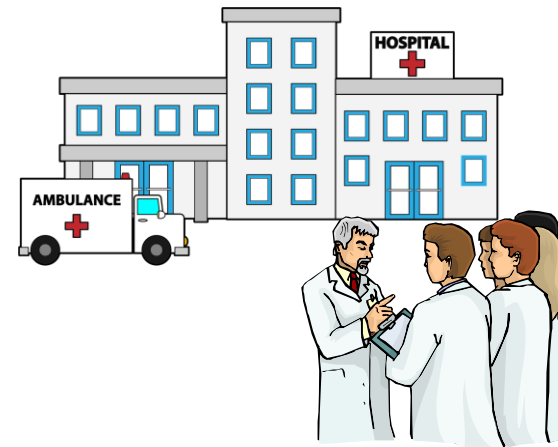
Estrategias de mejora en EPOC



- **Poco aceptada por los clínicos**
- **Escaso liderazgo local**
- **No adaptado a entorno inmediato**

De arriba a abajo

- **Menos apoyos y herramientas formales para su extensión**
- **Islotes de buenas prácticas**



De abajo a arriba

Inquietudes, problemas asistenciales, oportunidades, innovación / investigación ...

Prevalencia de la EPOC en España

CC.AA.	Prevalencia EPOC (%)			Prevalencia infradiagnóstico (%)
	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	
Andalucía	10,2	6,7	8,5	79,6
Aragón	14,5	10,7	12,6	76
Asturias	9,1	5,2	7,1	78
C. Valenciana	12,1	9,1	10,4	74
Cantabria	15,2	7,6	11,3	70,1
Castilla-La Mancha	13	6,4	9,7	87,3
Castilla y León	13,8	8,8	10,7	87,7
Cataluña	22,7	11,9	17,3	80,6
Extremadura	21,1	12,7	16,9	82,3
Galicia	22,8	10,2	16,8	72,8
I. Baleares	13,6	8,5	11,1	71,2
I. Canarias	14,9	8,9	11,1	70,6
La Rioja	11,7	7,6	9,6	41,2
Madrid	11,5	16,6	14	67,9
Murcia	10,5	8,2	9,4	85,5
Navarra	16	12,3	13,5	68,2
País Vasco	16,5	6	10,1	60,7
TOTAL	14,6	9,4	11,8	74,7

Causas infrautilización espirometría AP

Pacientes

Poca motivación
pacientes

Desconocimiento
del público

Atención primaria

Falta de
medios

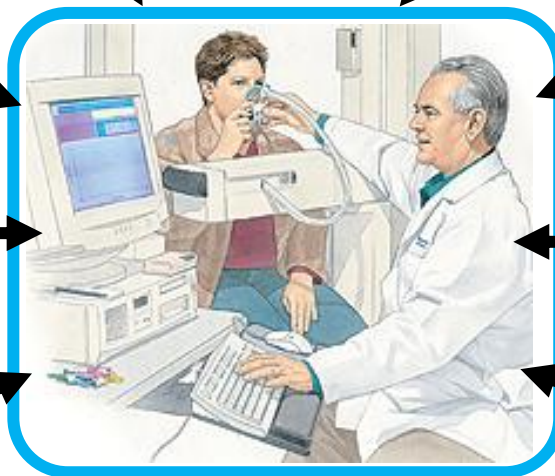
Presión
asistencial

Movilidad

Falta de formación
efectiva

Falta de
motivación

Falta de trabajo en
equipo



Neumología

Exceso de celo ?



SERVIZO
GALEGO
de SAÚDE

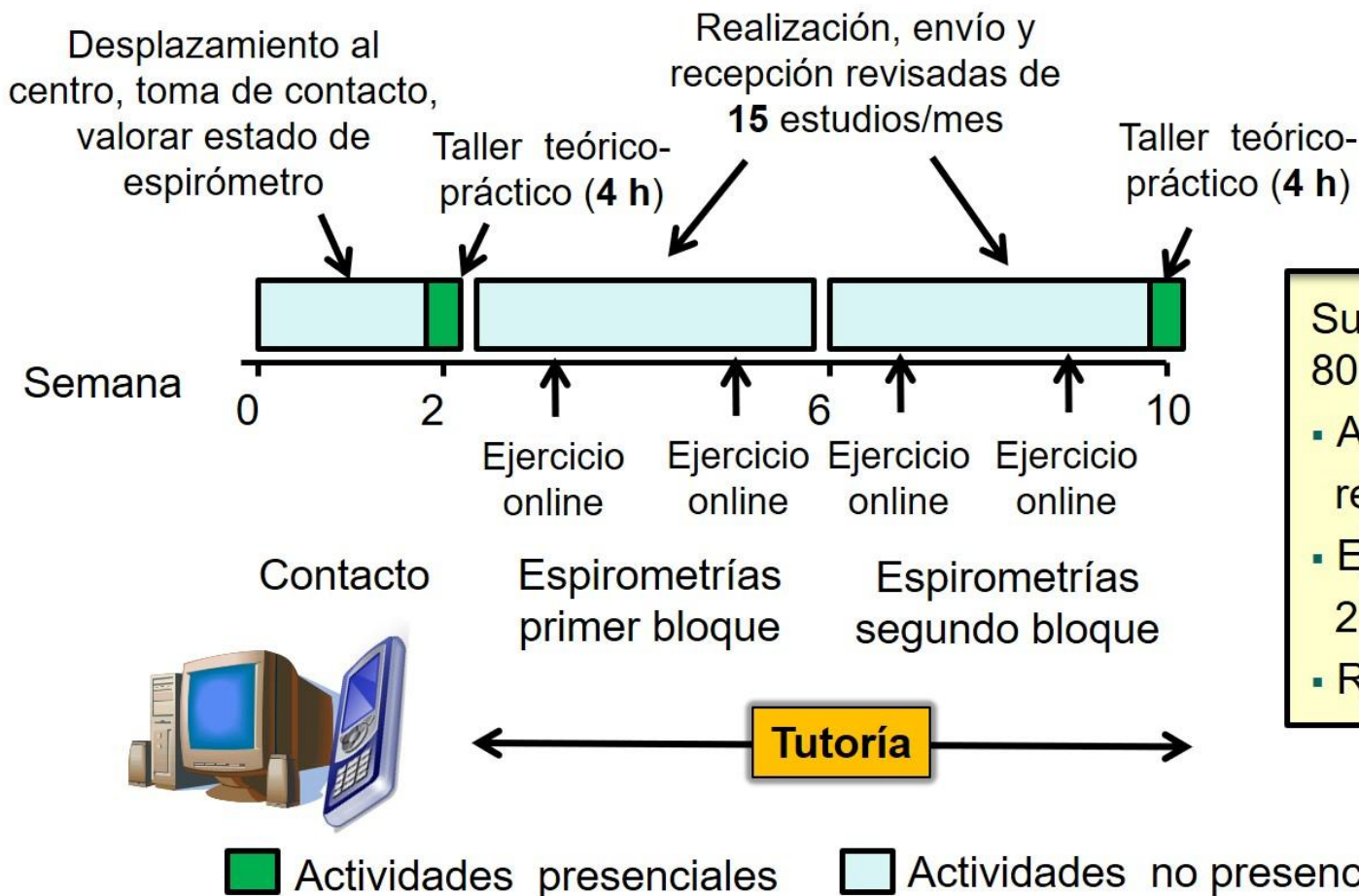


Formación tutelada en espirometría

Formación de equipos (médic@s/enfermer@s)



16,5 créditos

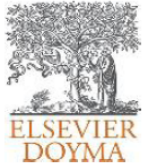


Superación > 80% :

- Actividades realizadas
- Ejercicio final 20 cuestiones
- Rol-play

Formación tutelada en espirometría

Arch Bronconeumol. 2013;49(9):378–382



ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGIA

www.archbronconeumol.org



Original

Efectividad a corto y largo plazo de un programa tutelado de formación en espirometrías para profesionales de atención primaria

Cristina Represas-Represas^{a,b}, Maribel Botana-Rial^{a,b}, Virginia Leiro-Fernández^{a,b}, Ana Isabel González-Silva^{a,b}, Ana García-Martínez^c y Alberto Fernández-Villar^{a,b,*}

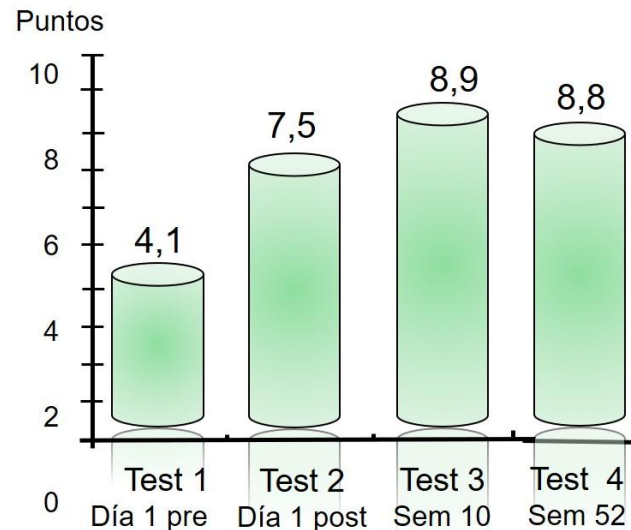
^a Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI), Vigo, Pontevedra, España

^b Grupo de Investigación de Enfermedades Respiratorias (GIERI), I

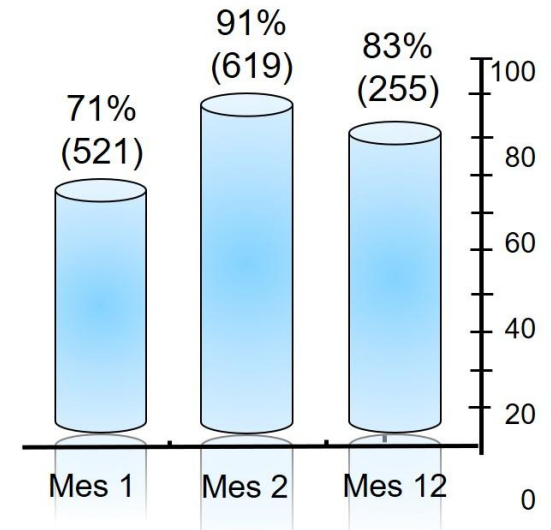
^c Sección de Alergia, Complejo Hospitalario de Pontevedra (CHOP)

74 alumnos (26 CAP)

Ejercicios prácticos



Espirometrías válidas (%)



Formación tutelada en espirometría

 **Respira**
Fundación Española
del Pulmón · SEPAR

PREMIOS ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA ACCESIT 2013

a los artículos publicados en 2013, seleccionados por calidad científica e
interés para la revista y la comunidad, otorgado a

**Cristina Represas-Represas, Maribel Botana-Rial,
Virginia Leiro-Fernández, Ana Isabel González-Silva,
Ana García-Martínez, Alberto Fernández-Villar,**

como autores del artículo

Efectividad a corto y largo plazo de un programa tutelado de formación en
espirometrías para profesionales de atención primaria.

Arch Bronconeumol 2013; 49:278-282


Dra. Pilar de Lucas
Presidenta de SEPAR|RESPIRA



La experiencia titulada **"Efectividad a corto y largo plazo de un programa tutelado de formación en espirometrías para profesionales de Atención Primaria"** realizada por Cristina Represas Represas, Alberto Fernández Villar y equipo, del Servicio de Neumología. Estructura Organizativa de Gestión Integrada de Vigo. SERGAS, en la Comunidad Autónoma de Galicia, ha obtenido en la Convocatoria 2015 la calificación de:

Buena Práctica del Sistema Nacional de Salud en la Estrategia de EPOC

El Consejo Interterritorial ha resuelto ratificar este reconocimiento, identificado y calificado por el correspondiente Grupo Evaluador en consideración a su autoría. Y para que así conste, se emite el presente Diploma a día 1 de junio de 2016.

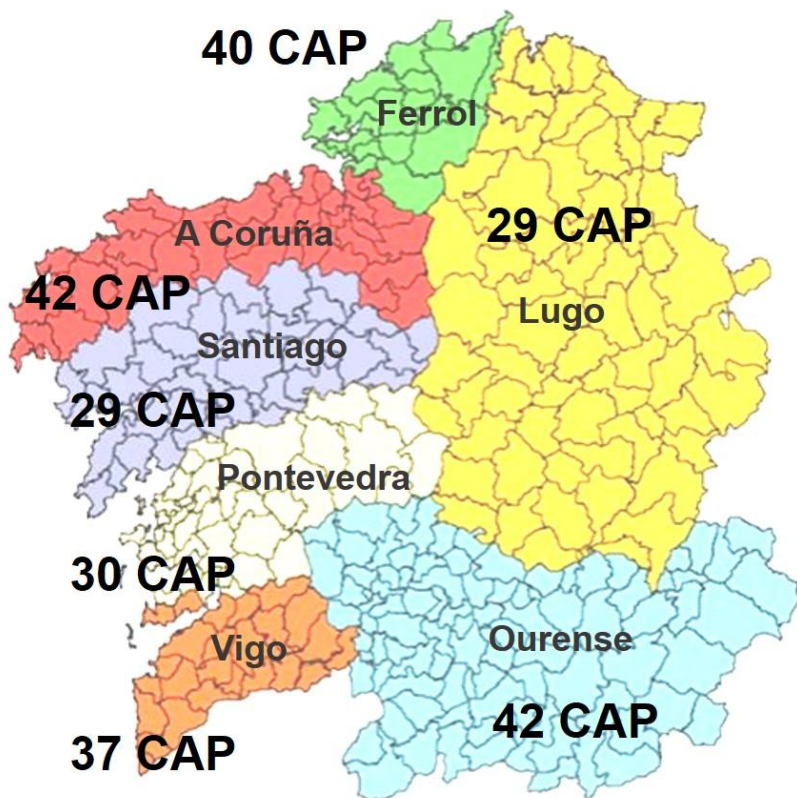
Firmado:


Alfonso Alonso Aranegui
Ministro de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Cumple con los requisitos del procedimiento y los criterios de baremación aprobados por el Pleno del Consejo Interterritorial para la identificación y difusión de BBPP en el SNS.


**CONGRESO NACIONAL
SEPAR**
6-9 de junio
2014

Plan de formación SERGAS



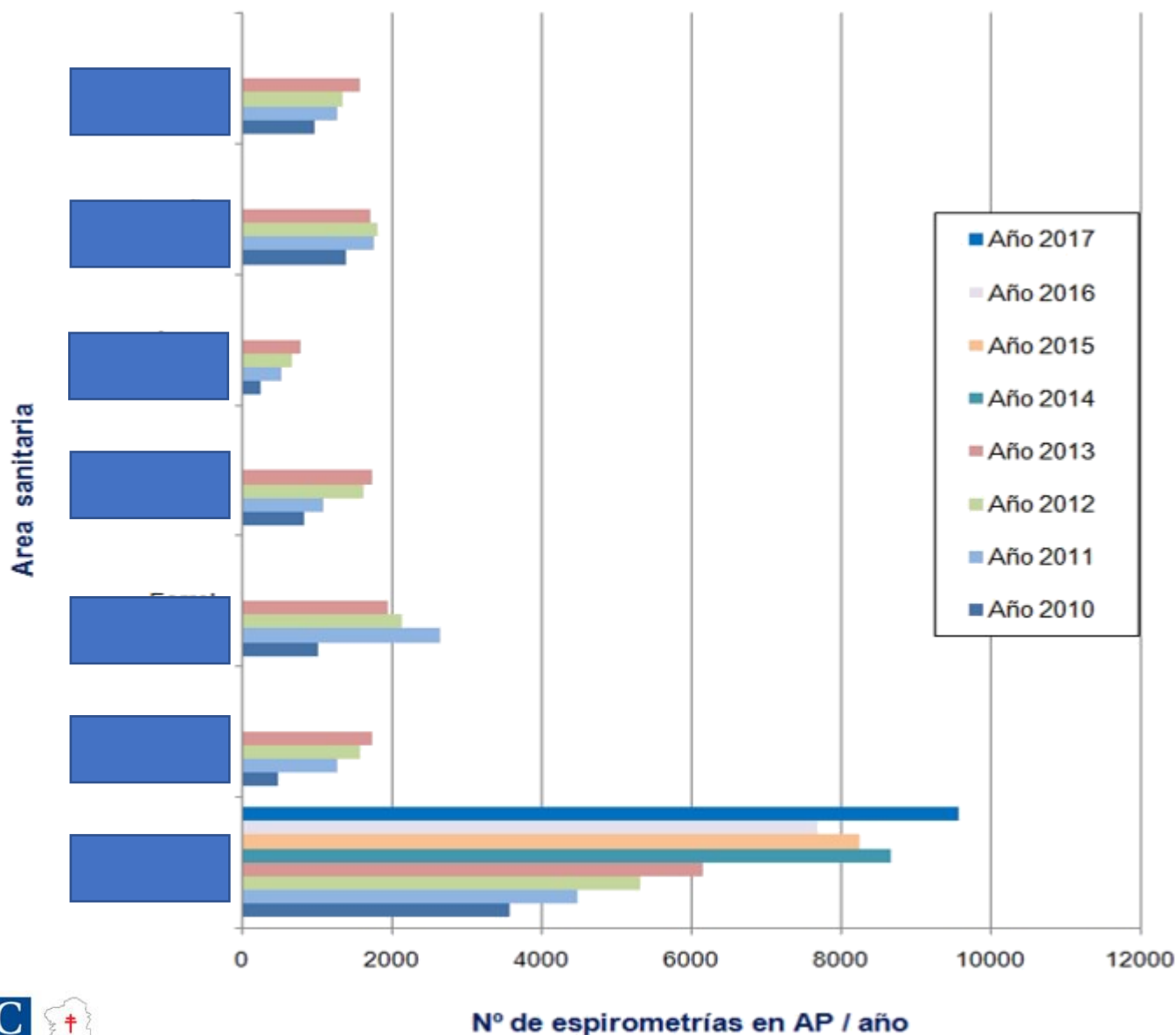
233 CAP; 504 profesionales

Área sanitaria	Nº CAP	Nº alumnos (Médicos + enfermeras)	Superaron plan formativo
	37	80	83%
	30	60	56%
	40	80	70%
	29	75	85%
	29	74	46%
	26	53	81%
	42	82	77%
Total	233	504	72%

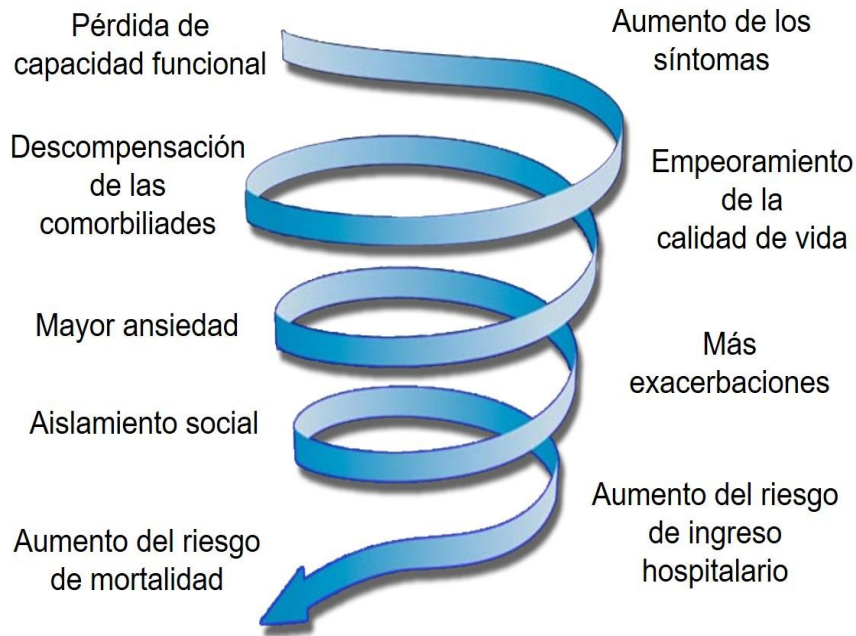
Años 2010-11



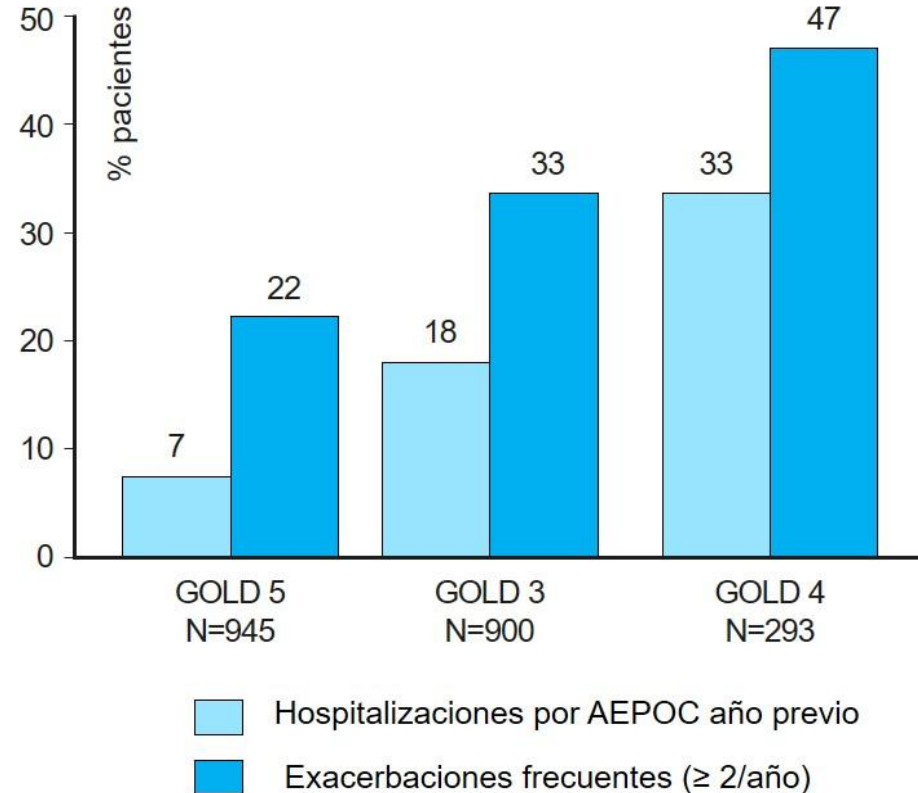
Nº espirometrías en AP/año Galicia



Agudizaciones de EPOC



Cohorte ECLIPSE

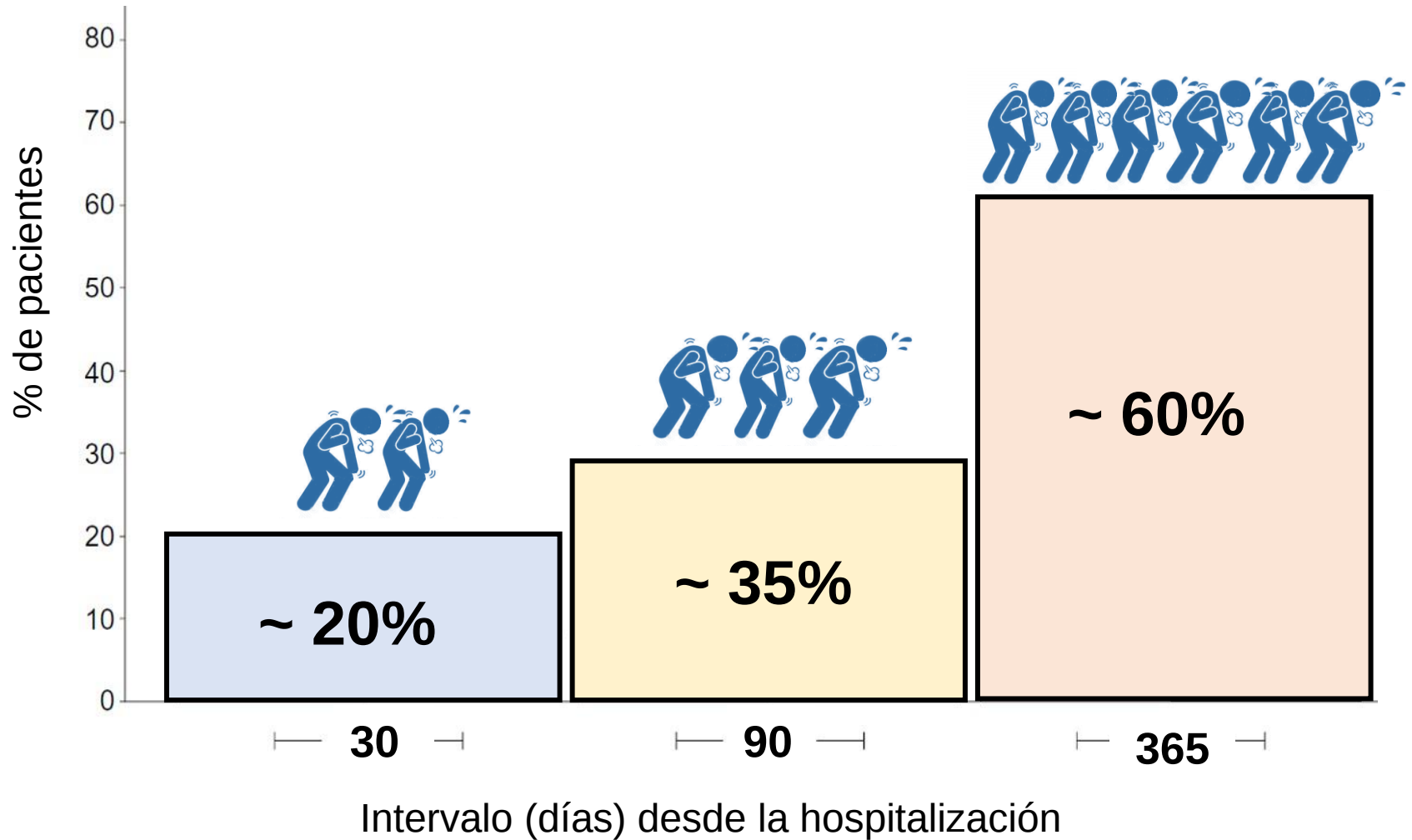


Hospitalizaciones por AEPOC: España

	N	Frecuentación	EM	TBM	% reingresos	% NML/total
Andalucía	5.993	71,4	8,83	7,0	13,1	41,4
Aragón	2.598	196,6	9,01	4,5	13,8	44,2
Asturias	2.716	260,2	7,97	6,2	18,9	48,3
Baleares	1.903	168,5	7,91	3,9	16,5	53,4
Canarias	1.235	58,1	10,50	7,1	11,4	61,7
Cantabria	1.260	215,9	8,64	5,0	18,3	31,6
Castilla y León	4.939	200,4	8,89	4,9	17,8	48,0
Castilla-La Mancha	3.416	166,3	8,41	6,7	16,5	37,8
Cataluña	14.385	194,5	6,77	4,7	16,3	28,5
C. Valenciana	7.937	160,9	6,57	4,5	16,3	39,0
Extremadura	1.554	142,9	8,27	4,0	17,5	22,8
Galicia	5.641	207,0	8,83	5,5	19,4	33,6
Madrid	11.875	185,4	8,21	4,3	18,1	40,1
Murcia	1.938	132,4	8,62	3,1	15,9	43,8
Navarra	981	154,2	8,36	6,9	19,6	50,5
País Vasco	4.717	218,1	7,09	4,6	19,0	63,8
Rioja	707	226,1	7,86	5,4	13,7	53,5
Global	73.088	174	8,3	5,2	16,6	43,6

Frecuentación: altas/100.000 habitantes; EM: estancia media; TBM: tasa bruta de mortalidad; Reingreso: dentro de los 30 días de dar el alta (cualquier causa); % NML/Total: porcentaje de las altas dadas por servicios de Neumología sobre el total.

Reingresos tras AEPOC grave

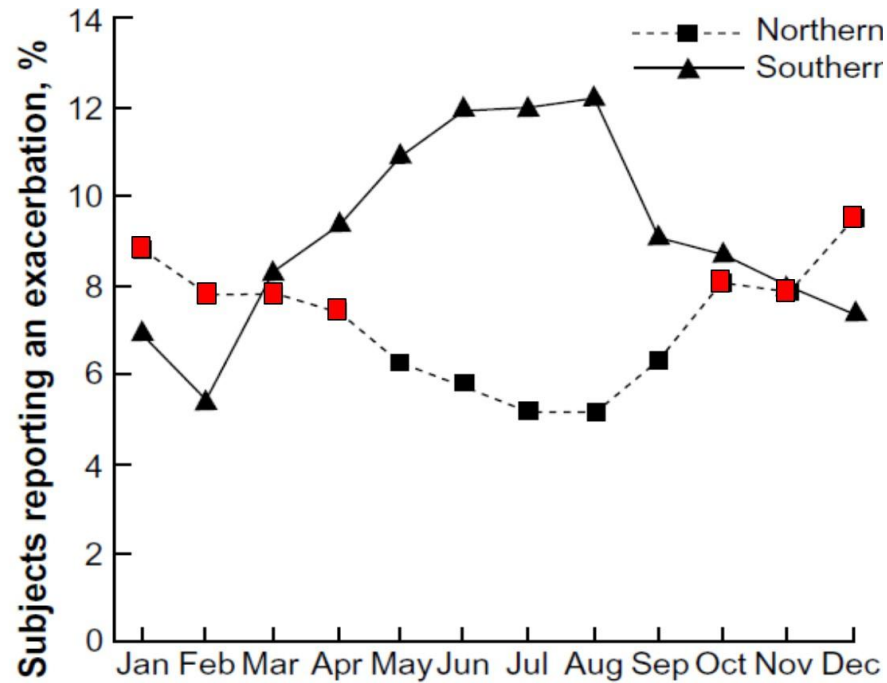


En Galicia: > 1.200 pacientes

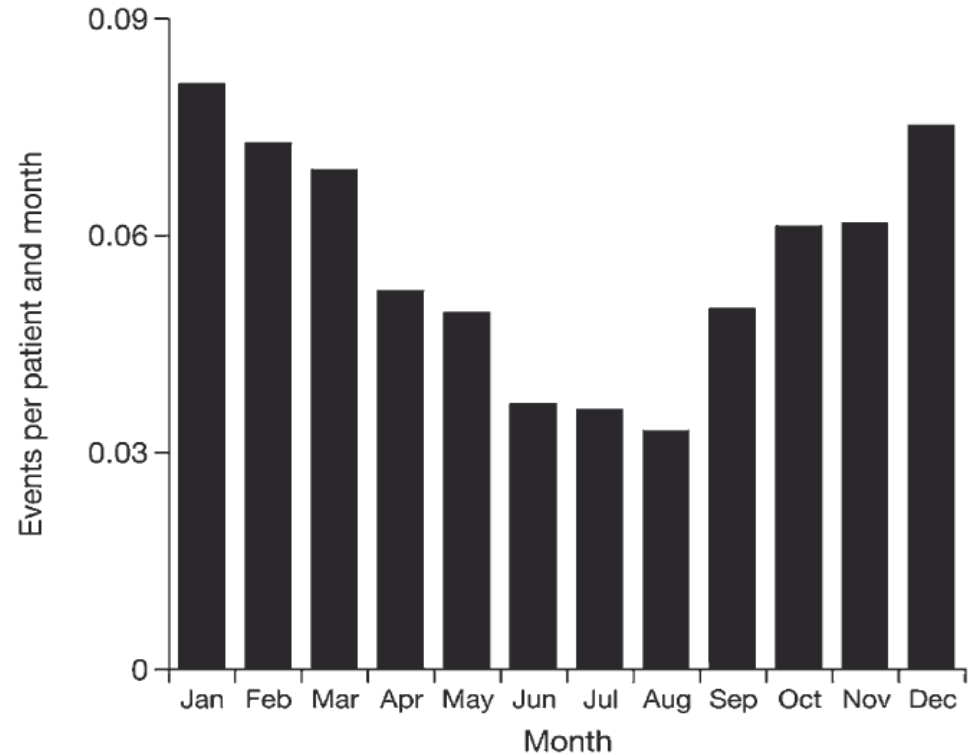
> 2.100 pacientes

> 3.200 pacientes

Estacionalidad en AEPOC grave



Jenkins CR et al. ERJ 2012;39:38-45



Rabe K et al. Chest 2013;143:711-9

Estacionalidad en AEPOC grave

La Voz de Galicia | Martes, 9 de enero del 2018 | VIGO | L3

El Sergas habilita de golpe 90 camas en el Meixoeiro por el pico de la gripe

La saturación de urgencias obliga a abrir 60 y a preparar 30 más que nunca se usan

ÁNGEL PANIAGUA
VIGO / LA VOZ

El pico de la ola de la gripe ha llegado. Los hospitales han tenido que reforzarse y se espera que la presión sobre urgencias, que es sostenida desde hace dos semanas, se incremente estos días. La dirección del área sanitaria de Vigo decidió en las últimas horas preparar 90 camas del Meixoeiro que habitualmente están cerradas.

El domingo se reabrió un ala que se abre y se cierra a lo largo del año. Todas las plantas del Meixoeiro tienen dos alas y cada una cuenta con 30 camas, casi todas en habitaciones dobles. Ayer por la mañana fue necesario abrir otras 30 camas. Iban 60 en menos de 24 horas. Hacían falta. Porque la presión en urgencias se mantiene, tanto en el número de pacientes (368 el domingo, frente a una media de 335) como, sobre todo, en los que, después de haber sido atendidos, quedan ingresados en el hospital. Ayer en Chuvi fueron el 19 %, frente al



Un ala del Meixoeiro no se usa desde que abrió

hayan sido necesarios los refuerzos de camas.

Es especialmente significativo el de ayer, porque se produce en una de las alas de la planta tercera. Desde que se abrió el nuevo hospital de Vigo, esta ala ha permanecido siempre cerrada, y solo se ingresaron pacientes a principios de febrero del año pasado, precisamente cuando llegó el pico de la ola gripal. La dirección del área sanitaria de Vigo se ha resistido siempre a hospitalizar

motivos: una ratio lires por gas tiene se ahorra rradas por nal de sus tarlo— y p ticidad del Chuvi expa cuando las se con mer cen falta— Además,

preparado otras 30 camas en la otra ala de la tercera planta «na»

Una oncóloga de Vigo logra la mayor acreditación de su especialidad

VIGO / LA VOZ

La oncóloga Marinha Costa Rivas, que ejerce en el Hos-

MARTES, 6 DE DICIEMBRE DEL 2016 • García Barbón, 104. Vigo • redac.vigo@lavoz.es • www.lavozdeg Galicia.es/vigo/ • Teléfono: 986 268 600 • ISSN 1888-5098

La Voz de Vigo

Las urgencias del Cunqueiro se colapsan con 272 enfermos a la vez

Las salas de espera se saturaron y algunos pacientes acabaron esperando en pasillos

ÁNGEL PANIAGUA
VIGO / LA VOZ

Una imagen simboliza la situación que ayer se vivió en las urgencias del nuevo hospital de Vigo. Es la de personas enfermas sobre sillas de ruedas, esperando una atención médica y aparcadas en medio de un enorme pasillo. Ayer había una decena que recordaban a la situación que se vivía cada invierno en el Xeral y en el Meixoeiro y que fue una de las razones políticas de más peso para que se construyese el Álvaro Cunqueiro.

Un total de 272 enfermos estaban aglutinados al mismo tiempo ayer por la tarde en las urgencias del hospital de Beade en el que,

perando. La mayoría eran enfermos respiratorios. En el triaje una enfermera divide a los pacientes según su gravedad y les asigna un color. Los amarillos, que son mayoría, deben ser atendidos en una hora. Ayer por la tarde, según fuentes del servicio, había unas cuatro horas de espera.

Urgencias es una inmensidad de 6.000 metros cuadrados, dividida en varias áreas. El colapso de ayer se vivió en todas. No solo entre las zonas de espera, sino en el resto. En la zona de boxes, se ha creado un espacio central, conocido como isla, en la que se sitúa a personas que están pendientes de resultados: incluso esa área se quedó pequeña y algunas camillas tuvieron que

Poblado romano

Las tumbas halladas en la calle Oliva certifican la existencia del cementerio en el Casco Vello

Pag. L2



Burocracia

Eladio Méndez, que sufrió la amputación de un pie, no logró una tarjeta de aparcamiento

Pag. L12

EL DATO

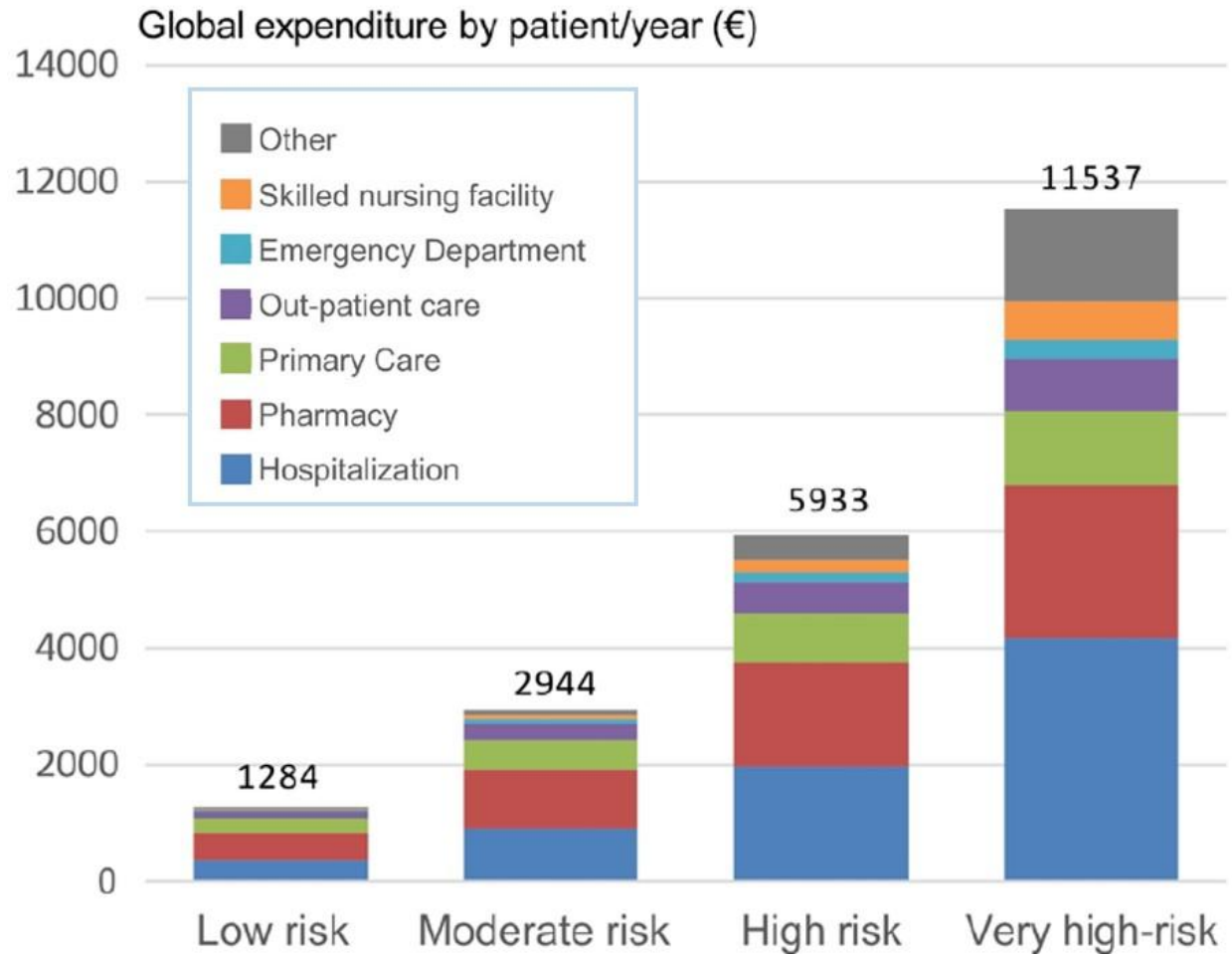
Sin camillas

La saturación de ayer por la tarde llegó hasta el punto de que en el servicio de urgencias se agotaron las camillas y a algunos pacientes hubo que hacerles electrocardiogramas en sillas.



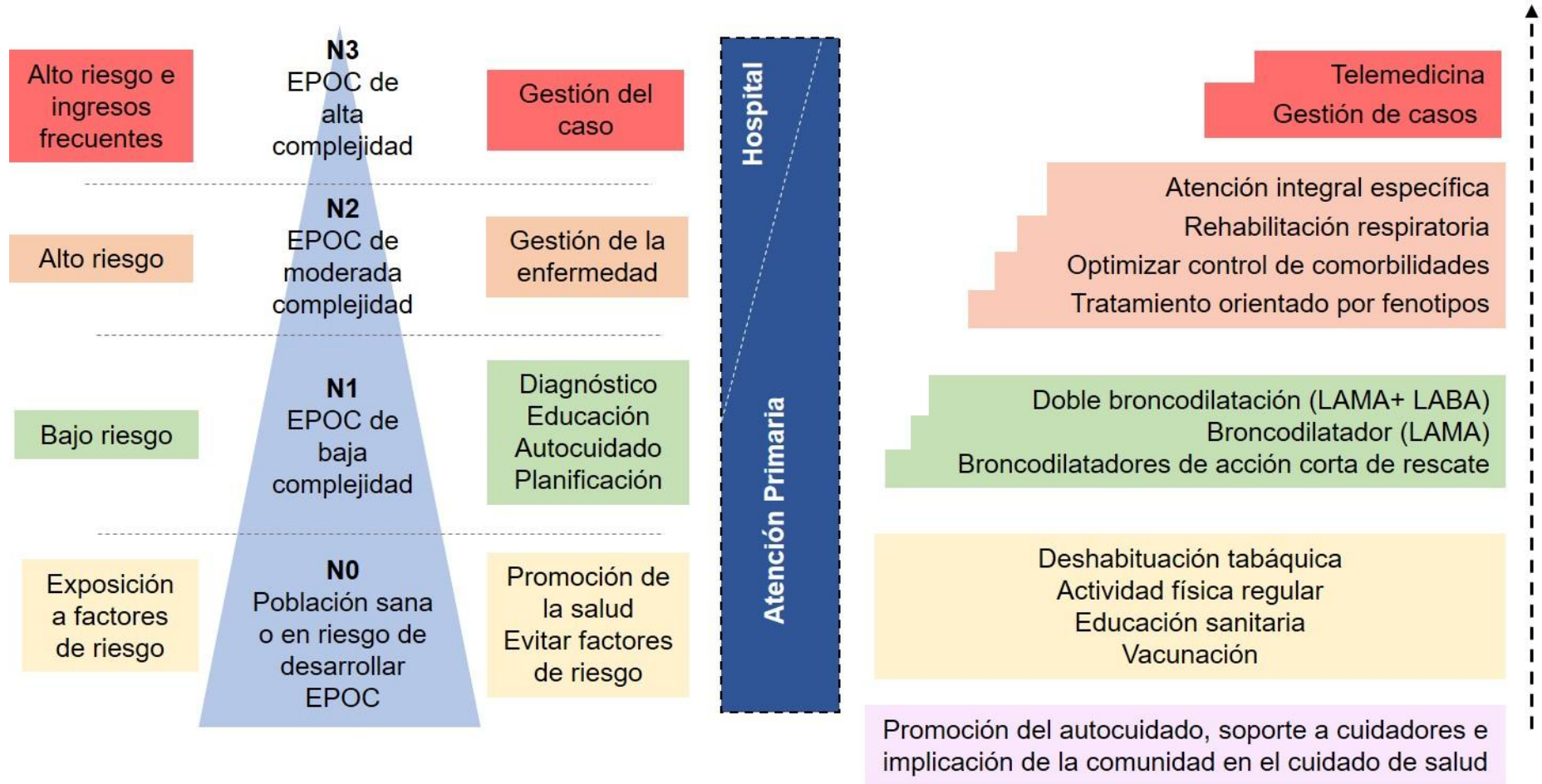
El área de boxes tiene una zona central para esperar que también se desbordó. FOTOS NPC

Costes EPOC según complejidad



15% de los pacientes consumen las 2/3 partes de los recursos

EPOC. Niveles de complejidad

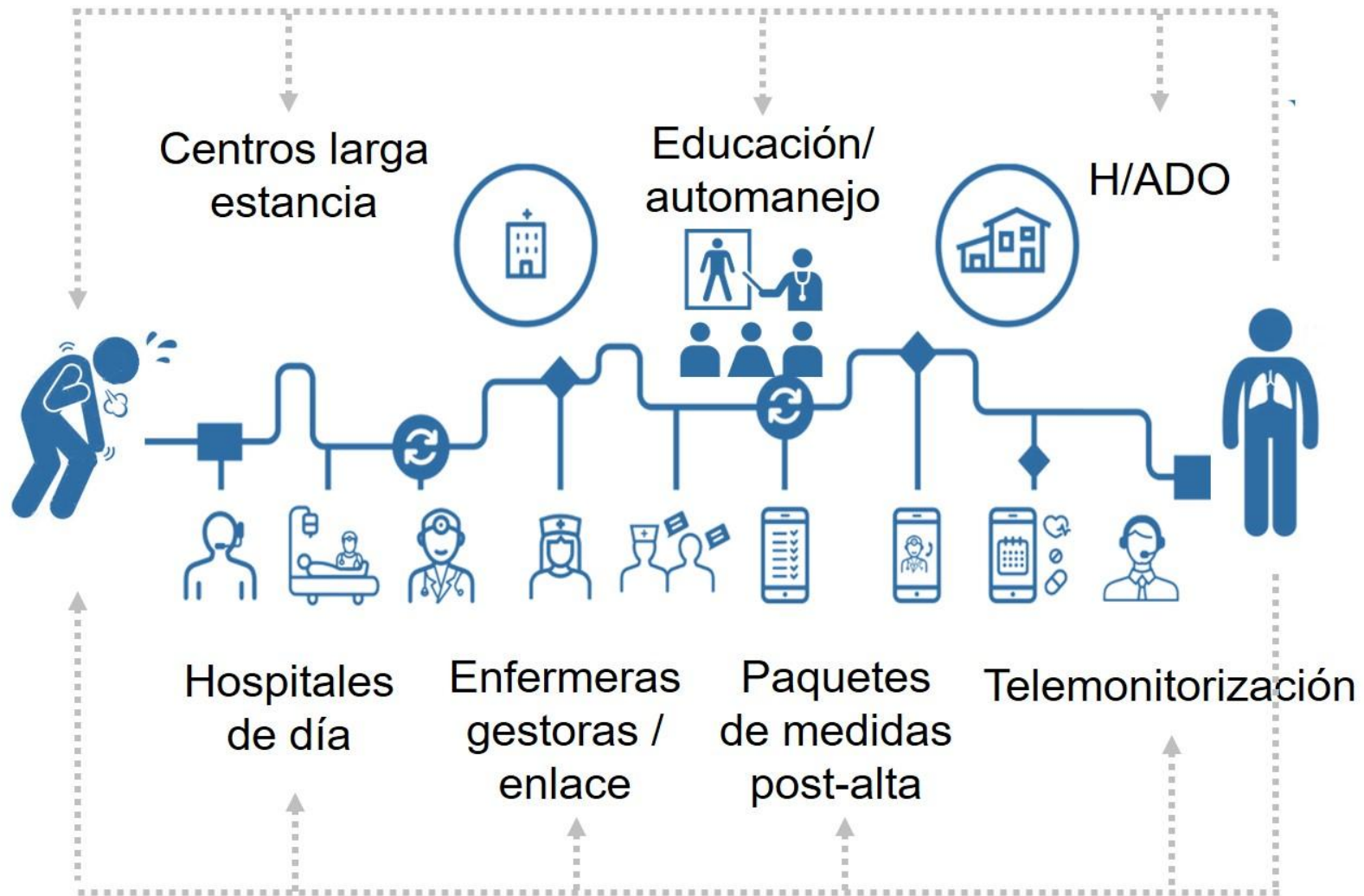


Bajo riesgo: FEV1 $\geq$ 50%, exacerbaciones moderadas-graves $\leq$ 1, disnea mMRC $<$ 2

Alto riesgo: FEV1 $<$ 50%, exacerbaciones moderadas-graves $\geq$ 2, disnea mMRC $\geq$ 2

Estos niveles deben ajustarse por el número y gravedad de las **comorbilidades** y según cada caso particular

Atención EPOC alto riesgo



Galicia apuesta por las “Teles”



**2.000.400 citas telefónicas MAP
en 2017 (13,5% del total)**



**201.200 (89% de las altas
en 2017)**

Galicia apuesta por las “Teles”

LA RAZÓN - SUPLEMENTO A TU SALUD. 28.09.2014

Hospital en casa

INDRA Y TELEFÓNICA DISEÑAN EL HOGAR DIGITAL ASISTENCIAL

Las últimas tecnologías permiten conectar en tiempo real al enfermo gallego desde su casa con la consulta del médico. Un primer paso para cambiar el modelo de asistencia sanitaria hacia el 2.0

P. PÉREZ @ MADRID

Cada día está más cerca la Medicina 2.0, y una de las realidades más patentes es la teleasistencia, la monitorización de los pacientes crónicos desde el hogar. En este sentido, la UTE Indra-Telefónica ha sido seleccionada por el Servicio Galego de Saúde (Sergas) para acometer el desarrollo de Hogar Digital Asistencial, la primera plataforma tecnológica de asistencia y atención domiciliar de la Xunta de Galicia que acerca, mediante la aplicación de las nuevas tecnologías, los servicios sanitarios al domicilio del paciente o a su entorno más habitual y pone las bases para la implantación de un nuevo modelo de atención asistencial, hospitalización y tratamiento de enfermos. La iniciativa permitirá gestionar los procesos definidos en el marco del proyecto Hogar Digital Asistencial, incluyendo su integración con los sistemas de información corporativos del Sergas.

EL PROYECTO

Hogar Digital Asistencial conectará a los centros de sanitarios con el paciente mediante el establecimiento de un canal bidireccional de comunicación que permite a los profesionales sanitarios realizar en re-

moto y en tiempo real el seguimiento continuado de su estado. Su finalidad es mantener la calidad de vida del paciente, evitar previsible ingresos hospitalarios y disminuir la actividad presencial y las visitas no necesarias, contribuyendo así a la consecución de un servicio sanitario público más eficiente, ágil, sostenible e inteligente y sobre todo a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

CARACTERÍSTICAS

La solución propuesta por Indra y Telefónica contempla dos tipos de servicios: «Hospital en casa», destinado a pacientes que permanecen en régimen de hospitalización en sus domicilios, y «Hogar digital», orientado a la prevención de la salud, vigilancia y seguimiento de patologías -especialmente crónicas- o que requieren procesos de rehabilitación-, y a promover la continuidad de los cuidados en casa. Así, la movilidad constituye una de las principales ventajas de Hogar Digital Asistencial, ya que aumenta la accesibilidad de los pacientes a los servicios sanitarios, que estarán siempre disponibles independientemente de la ubicación donde se encuentren.

UN NUEVO MODELO SANITARIO

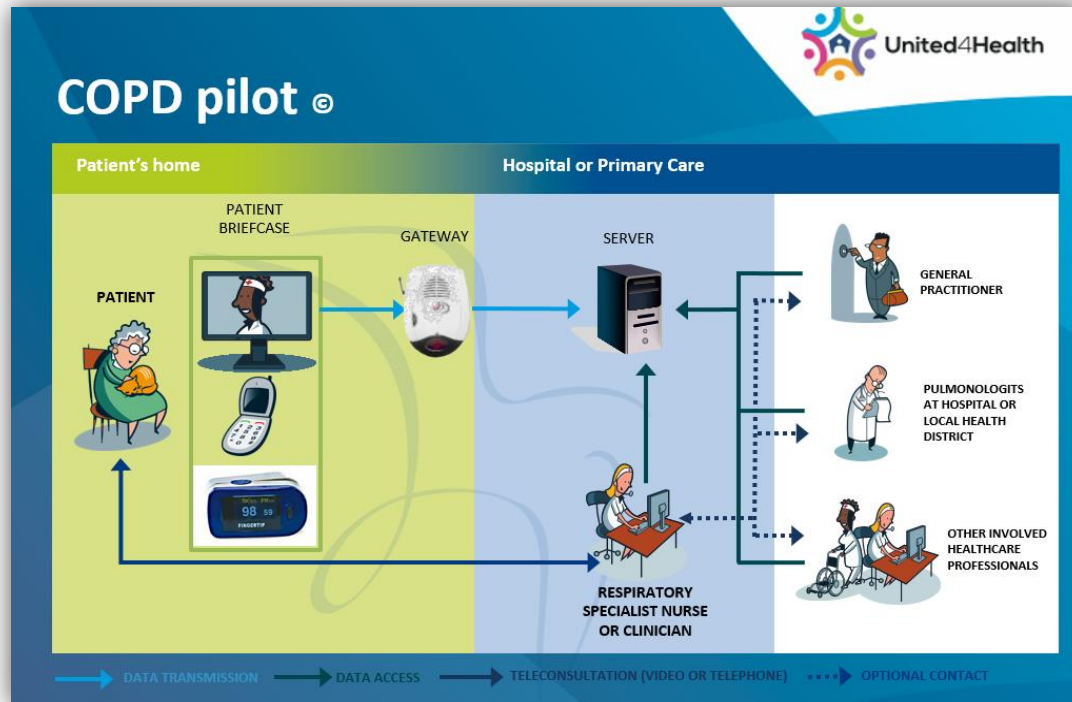
Con la implantación de estos servicios, el Sergas busca la mejora del modelo asistencial hacia un nuevo paradigma de sanidad en líneas, que mejore la eficiencia de los procesos sanitarios y la calidad del servicio prestado al paciente. Se impulsa de este modo el seguimiento y el desarrollo de un modelo integral del proceso asistencial del paciente que se desplegará en todos los niveles del Servicio Galego de Saúde. El proyecto se enmarca dentro del plan de innovación sanitaria InnovaSaúde, que consta de una inversión de más de 45 millones de euros y un plazo de ejecución que finaliza en 2015. Además, se encuentra cofinanciado por los fondos Feder, dentro del Programa Operativo de I+D+I por y para el beneficio de las empresas, Fondo Tecnológico 2007-2013. Asimismo, el plan integra un total de más de 20 subproyectos que tienen como principal objetivo diseñar el modelo de futuro de la sanidad pública gallega, aportando fórmulas innovadoras que den respuesta a las necesidades asistenciales actuales y venideras.



SERVICIOS MÁS ACCESIBLES

Los pacientes podrán acceder a la plataforma a través de múltiples dispositivos -TV digital interactiva, web o móvil- e interactuar así con su centro de salud, realizar trámites, consultar su historia clínica o historial farmacológico, configurar la recepción de avisos, establecer programas de salud o revisar material formativo sobre su dolencia. Por su parte, los profesionales clínicos podrán desarrollar el seguimiento y la atención integral del paciente desde su domicilio, de forma exhaustiva y optimizando el tiempo, al reducir el número de desplazamientos y las visitas presenciales en consulta. Esta plataforma ofrece numerosas funcionalidades tanto para los pacientes como para los profesionales sanitarios. Desde la conciliación de tratamientos para evitar interacciones o duplicidades, hasta teleconsultas por videoconferencia, envío de recordatorios de autocuidados, autocontrol de parámetros biométricos -presión arterial, temperatura, pulso, glucosa, etc.-, planes de nutrición, ejercicio físico o rehabilitación.

El proyecto TeleEPOC. Diseño

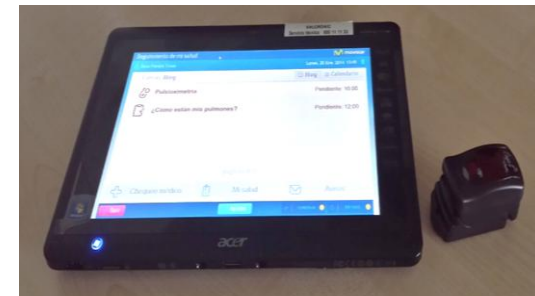


Galicia (500)
Escocia (838)
Gales (200)
Noruega (400)
Berlín (100)

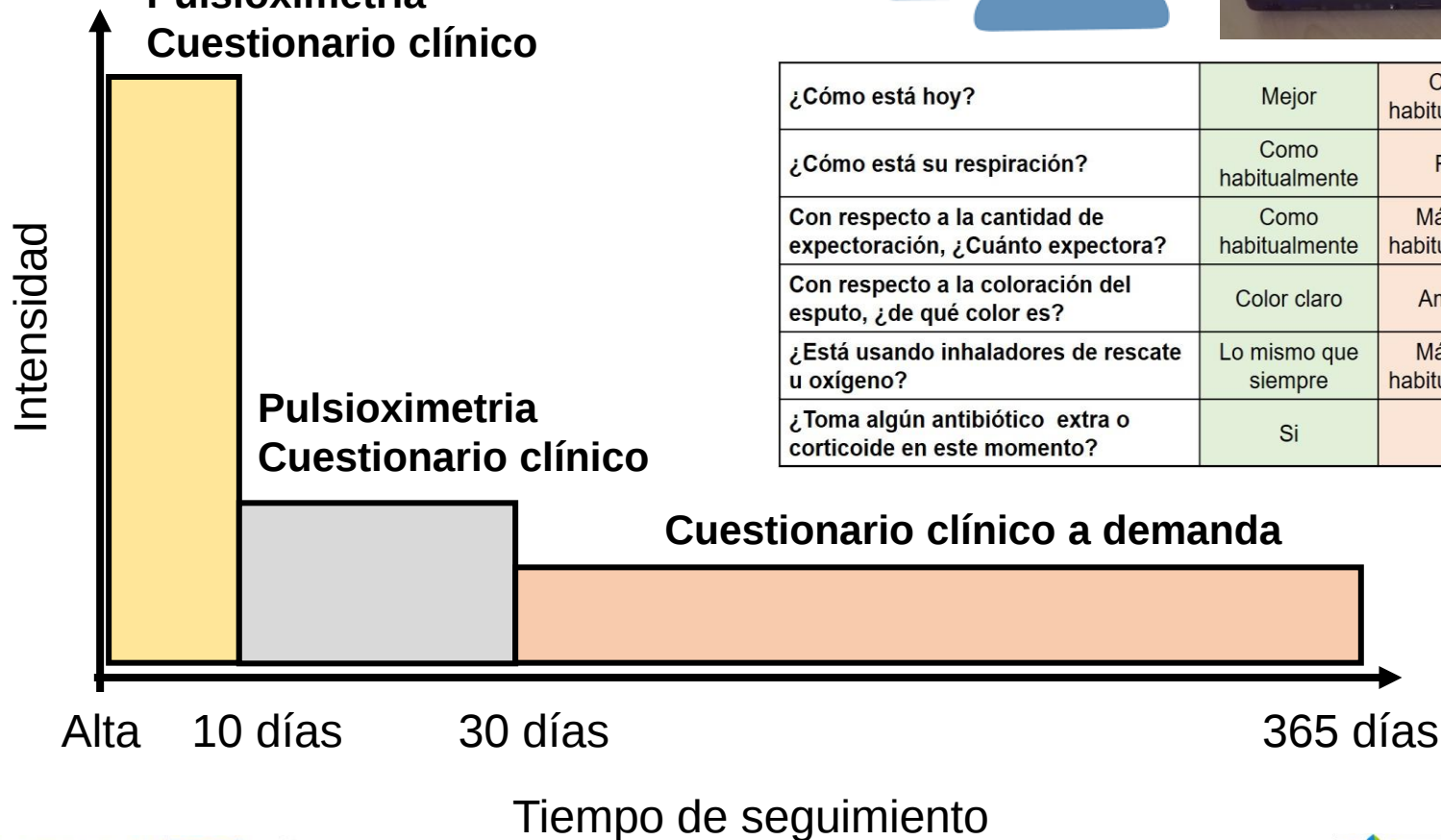
UNiversal solutions in TElemedicine
Deployment for European HEALTH care
(Grant Agreement No 325215)

Proyecto TeleEPOC: "Teleseguimiento en el hogar de pacientes con EPOC tras el alta hospitalaria"

El proyecto TeleEPOC. Métodos



Videoconferencia diaria
Pulsioximetría
Cuestionario clínico



¿Cómo está hoy?	Mejor	Como habitualmente	Peor
¿Cómo está su respiración?	Como habitualmente	Peor	Mucho peor
Con respecto a la cantidad de expectoración, ¿Cuánto expectora?	Como habitualmente	Más que habitualmente	Mucho más que habitualmente
Con respecto a la coloración del esputo, ¿de qué color es?	Color claro	Amarillo	Verde oscuro o marrón
¿Está usando inhaladores de rescate u oxígeno?	Lo mismo que siempre	Más que habitualmente	Mucho más que habitualmente
¿Toma algún antibiótico extra o corticoide en este momento?	Si	No	

El proyecto TeleEPOC. Resultados



Propuesta de
participación
382 pacientes

Telemonitorización alta
356 pacientes (ITT)

82 dejan programa:

- 19 falta de cobertura
- 3 problemas técnicos
- 31 rechazo final
- 23 errores en el proceso

Por protocolo
274 pacientes

Variable	TM (356)	Controles (495)	p
Reingresos 30 d	7,7%	9,7%	NS
Reingresos 60 d	16,5%	20,4%	NS
Reingresos 1 año	27,3%	37,6%	0,002
Nº total de ingresos AEPOC	0,7	1,1	<0,001
Visitas urgencias	0,29	0,67	<0,001
Visitas AP	5,3	8,4	<0,001
Visitas Neumología	2,16	2,22	NS
Mortalidad 30 días	0,5%	3%	NS
Mortalidad 90 días	1,7%	7,3%	0,01
Mortalidad 1 año	6%	18%	<0,001

El proyecto TeleEPOC

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL SANIDAD SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD participación pública en proyectos normativos

Buenas prácticas en la Estrategia en Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de SNS. Año 2015

ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL

- Ministerio
- CCAA
- Ceuta y Melilla
- Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
- Sistema Nacional de Salud
- Relaciones con la UE y Organismos internacionales
- Consejo Territorial del SAAD
- Consejo Nacional de la Discapacidad
- Consejo Estatal de las Personas Mayores

EPOC

- Aragón. Gestión y control de terapias respiratorias domiciliarias (TRD) para tratamiento de EPOC. Sector II. Zaragoza.
- Cataluña. Desarrollo de Unidad Funcional de EPOC en hospital terciario: Programa: atención integral a paciente con EPOC agudizado.
- Galicia 1. Teleseguimiento en el hogar de pacientes EPOC tras el alta.
- Galicia 2. Programa integral de optimización del tratamiento con oxigenoterapia crónica.
- Galicia 3. Efectividad a corto y largo plazo de programa tutelado de formación en espirometrías para profesionales de Atención Primaria.
- Madrid 1. Hospitalización domiciliaria.
- Madrid 2. Unidad funcional.
- Navarra. Diseño de programa de atención integral.
- La Rioja. Proyecto de optimización del diagnóstico.
- País Vasco 1. Efectividad a corto y largo plazo de programa tutelado de formación en espirometrías para profesionales de Atención Primaria.
- País Vasco 2. Teleseguimiento en el hogar de pacientes EPOC tras el alta.

PROCURA+ European Sustainable Procurement Network

PROCURA+ AWARDS 2016

INNOVATION PROCUREMENT OF THE YEAR

RUNNER UP: GALICIAN PUBLIC HEALTH AUTHORITY

SPP REGIONS REGIONAL NETWORKS FOR SUSTAINABLE PROCUREMENT

EUROPEAN UNION

This project has received funding from the European Union's Horizon 2020 research and innovation programme under grant agreement No 644700. The sole responsibility for any error or omission lies with the editor. The content does not necessarily reflect the opinion of the European Commission. The European Commission is also not responsible for any use that may be made of the information contained herein.

Philippe Tepper, Procura+ Network Manager

El proyecto TeleEPOC. Resultados

18 meses

**≈ 2500
ingresos por
AEPOC**



Propuesta de
participación
382 pacientes

Telemonitorización alta
356 pacientes (ITT)

26 descartados:
19 rechazan o no
sentirse capacitados
2 traslados
5 otros

23%

82 dejan programa:
• 19 falta de cobertura
• 3 problemas técnicos
• 31 rechazo final
• 23 errores en el
proceso

H1	→	116
H2	→	80
H3	→	68
H4	→	52
H5	→	36
H6	→	9
H7	→	7

Por protocolo
274 pacientes

Problemas implementación Telemedicina

Ámbito tecnológico

- Falta de infraestructura tecnológica y habilidades
- Deficiente cobertura en algunas zonas
- Diversidad de sistemas de información
- Complejidad en el uso de la soluciones implementadas
- Seguridad, confidencialidad y protección de datos ...

Ámbito organizativo

- Modificación del modelo asistencial y necesidad de formación específica
- Falta de organización estratégica con los proyectos de TM
- Definición de roles
- Entorno asistencial en debate y en permanente modificación y mejora

Ámbito humano

- Diferentes visiones de los actores (profesionales frente a gestores)
- Resistencia al cambio. Escepticismo
- Carga de trabajo. Necesidad de definir roles y responsabilidades
- Falta de habilidades en proyectos innovadores
- Excesiva responsabilidad paciente
- Pobre educación sanitaria y barreras culturales

Ámbito económico

- Posibilidad de inversión y sostenibilidad de los proyectos a largo plazo



¿Qué pasó tras TeleEPOC ?

La Voz de Galicia | Domingo, 11 de febrero del 2018 | VIGO | L3

LA ATENCIÓN A LOS CRÓNICOS

Las teleconsultas ya son el 13 % de las primeras visitas a los especialistas

La actividad sanitaria casi nunca mengua. En el último año, los médicos de familia del área sanitaria de Vigo—36 municipios del sur de la provincia—atendieron 2,9 millones de consultas, los pediatras tuvieron 459.000 citas y los doctores de hospital pasaron 752.000 consultas externas.

Esos mecanismos para no acudir al médico son fundamentalmente dos. Uno es la consulta telefónica. En Vigo, el 10 % de toda la actividad de atención primaria es por teléfono. Es el área más avanzada de Galicia. Son más de medio millón de citas. En el caso de los médicos de cabecera, suponen ya el 15 % del total.

Y los médicos de cabecera cada vez resuelven más, sin tener que derivar al paciente al hospital. Actualmente, solo el 5,8 % de las consultas resultan en una derivación al especialista. «Esa cifra óptima, no se puede mejorar», dice el gerente, Félix Rubial.

Pero aún se va al hospital. Dejando de lado las revisiones, en todo el 2017 casi 250.000 personas fueron por primera vez al especialista. Ahí existe la teleconsulta, que consiste en que el médico de cabecera hace un informe online para el especialista para que trate al paciente. A veces se deriva y otras, se resuelve sin tener que ir al hospital. Fueron 33.000 en todo el año pasado. En algunas especialidades, todas las primeras consultas son de ese tipo. Ya son el 13 % de todas las primeras consultas.

Ir al médico sin ir al médico

Un sistema permite que el paciente envíe sus parámetros al doctor desde casa

Á. PANIAGUA
VIGO / LA VOZ

Existe un consenso unánime en los hospitales y centros de salud: el modelo debe cambiar. En la jerga de la gestión sanitaria se suele expresar con perifrasis que advierten que el sistema debe ser proactivo para atender a la cronicidad y a la pluripatología de manera ambulatoria. Y eso significa que un señor de Salceda de Caselas no acabe ingresado en el Meixoeiro cinco veces al año por una insuficiencia cardíaca. El Sergas quiere evitarlo con el programa Telea.

«Nuestro primer paciente era un señor que, como trabajaba, no venía a hacerse controles», explica la jefa de servicio del centro de salud de Salceda de Caselas, Cristina Pinín. El hombre padecía de hipertensión y lo lógico sería que el equipo que lo sigue en atención primaria tuviese sus datos al menos una vez por semana. Pero el trabajo no se lo ponía fácil porque, como dice la doctora Pinín, «hay vida más allá de los médicos, los pacientes no están todo el día pensando en nosotros». El resultado era que iba poco al médico.

Ahora tampoco va, pero el médico sí que lo controla. Con Telea, el doctor le especifica qué parámetros debe medir en su propia casa y le envía los datos.

Son cosas que el médico no podía hacer antes. Con Telea, el doctor le especifica qué parámetros debe medir en su propia casa y le envía los datos. Son cosas que el médico no podía hacer antes. Con Telea, el doctor le especifica qué parámetros debe medir en su propia casa y le envía los datos.



Cristina Pinín es una de las médicas que empezó a probar el Telea en el área de Vigo. M. MORALES

le salen unas alertas con códigos de colores: si es gris los valores son normales, si es amarillo hay una descompensación ligera y si es roja se le da una cita.

Esa es la filosofía de Telea: que sea el propio paciente —o una persona de confianza, un cuidador o familiar— el que transmita sus datos a la historia clínica a la que puede acceder su médico de cabecera para controlarlo, pero también cualquier especialista, el personal de urgencias o el 061.

empezó a trabajar en Telea hace unos años, cuando era directivo en los Servicios Centrales del Sergas. Detrás hay una compleja arquitectura que garantiza la seguridad de los datos. «Funciona como algunos sistemas de banca por Internet: se introduce una contraseña y el sistema te envía una clave temporal al móvil. Solo después accede».

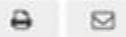
Pero para Conesaña la clave no es solo que el paciente amplíe su propia historia clínica. La potencia del programa, dice, es

plantará en más ambulatorios. El Sergas quiere tenerlo desplegado el próximo año en toda Galicia. Para el centro de salud es como un paciente que llega a una consulta normal. «Los pacientes están en agenda», ratifica Cristina Pinín. Simplemente, no tienen que desplazarse hasta el ambulatorio. «No pasa nada por no ver al paciente, porque esto no sustituye al control clínico presencial», explica la médica. Las revisiones se siguen haciendo, pero se ahorran visitas al centro para

Medicina Interna do HULA liderou o grupo de traballo para a aplicación do Telea na Comunidade autónoma a pacientes con insuficiencia cardíaca crónica

TELEA posibilita que cada paciente crónico poida medir no seu domicilio, de forma regular e autónoma, as súas variables e rexistrar os resultados directamente na plataforma, onde o profesional sanitario responsable do seu control pode visualizar e monitorizar eses datos e comunicarse co paciente

Por Noticias Vigo o 20/10/2017 | Sección: Galicia, Lago, Sanidade



TELEA



UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Singapur

UNIDADE CENTRAL DE CONTROL											
A				B				C			
CIP 000102AR01011 - NASI 43				CIP 371205BMAE1012 - NASI 625249				CIP 0605038R01015 - NASI 52203			
O paciente non ten revisións para este ingreso				O paciente non ten revisións para este ingreso				O paciente non ten revisións para este ingreso			
FC	TAS	TAD		FC	70.00	TAS	150.00	TAD	95.00		
SAT O2	PESO	Tª		SAT O2		PESO	121.00	Tª			
G. BAS	G. PRE	G. POS		G. BAS		G. PRE		G. POS			
G				G				G			
CIP 770503GAA0019 - NASI 2020786				CIP 281231LCOR1017 - NASI 345786				CIP 850831GAAR0018 - NASI 2323626			
O paciente non ten revisións para este ingreso				O paciente non ten revisións para este ingreso				O paciente non ten revisións para este ingreso			
FC	TAS	TAD		FC		TAS		TAD			
SAT O2	PESO	Tª		SAT O2		PESO		Tª			
G. BAS	G. PRE	G. POS		G. BAS		G. PRE		G. POS			
G				G				G			
CIP 400180R000013 - NASI 690461				CIP 000401PRE0010 - NASI 51880				CIP 700327GAAR0019 - NASI 1716483			
O paciente non ten revisións para este ingreso				O paciente non ten revisións para este ingreso				O paciente non ten revisións para este ingreso			
FC	TAS	TAD		FC		TAS		TAD			
SAT O2	PESO	Tª		SAT O2		PESO		Tª			
G. BAS	G. PRE	G. POS		G. BAS		G. PRE		G. POS			

TELEA - PLATAFORMA TECNOLÓGICA DE ASISTENCIA DOMICILIARIA

MARIA TERESA REY LISTE

Perfil

Notificacións

Menú

Calendario

Salir

23 Xuño 2017

Medicación

BIOHEGAS

CUESTIONARIOS

FORMACIÓN

OTRAS

DETALLES

ACTIVIDADES

REHABILITACIÓN

PREVENTIVAS

PERSONALES

Saturación de Oxígeno medida por Pulsioximetría

02:00

Tensión

19:00

Resumo do seu autocoidado da diabetes. Versión española do Summary of Diabetes Self-Care Activities measure (SDSCA Sp)

CUESTIONARIOS

Escala de valoración sociofamiliar de Gijón

Gestión de casos EPOC grave. HAC



- Evaluación clínica (confirmación diagnóstica y evaluación multidimensional)
- Valoración de estudios complementarios: GSA, TAC, DLCO, PM6M
- Ajuste de tratamiento según GPC incluyendo rehabilitación
- Ajuste tratamiento comorbilidades



- Cuestionarios: CAT, mMRC
- Abordaje tabaquismo (consejo intenso, consulta)
- Explicación detallada de cambios realizados
- Planificación revisiones 2-3 meses según gravedad
- Información sobre síntomas/signos de agudización
- Coordinación con AP
- **Teléfono de contacto atención a demanda (8-15 h, L a V)**

- Revisión praxis inhalatoria
- Información sobre enfermedad
- Educación sobre terapias (OCD, VNI)

Gestión de casos EPOC grave. HAC

Variable	Todos	0 ingresos/año previo	≥ 1 ingresos /año previo
Ingresos año previo	0,80 ± 1,1	0	1,64 ± 1
Ingresos año posterior	0,47 ± 0,8	0,21 ± 0,4	0,76 ± 1
↓ Ingresos (p)	41% (0,006)	0 (0,003)	53% (0,0001)
Urgencias año previo	0,50 ± 0,9	0,31 ± 0,7	0,64 ± 1,1
Urgencias año posterior	0,30 ± 0,7	0,23 ± 0,5	0,38 ± 0,8
↓ visitas a Urgencias (p)	40% (0,13)	22% (0,42)	40% (0,21)
Visitas AP año previo	1,65 ± 1,6	1,4 ± 1,6	1,9 ± 1,7
Visitas AP año posterior	1 ± 1,3	1,2 ± 1,5	0,7 ± 1
↓ visitas AP (p)	36% (0,001)	14% (0,46)	63% (0,0001)
Consultas a demanda*	1,1 ± 2	1,1 ± 1,7	1,2 ± 2,4
Nº llamadas*	1,6 ± 2,4	1,7 ± 2,4	1,7 ± 2,5
Nunca llaman	32%	26,5%	38%
Satisfacción (1-10)	9,5 ± 0,8	9,7 ± 0,6	9,4 ± 1

¿EPOC eternamente exacerbado?

SERVIZO GALEGO de SAÚDE XUNTA DE GALICIA CONSELLERÍA DE SANIDADE

Paciente: 78 anos

Episodios

- Vacinas
- Primaria
- Especializada
- Hospitalizaciones

25 ingresos por AEPOC 2016-8

Problema (Curso clínico-EPOC) 06/04/2017

Servizo: TODOS

JD:

- * EPOC fenotipo exacerbador, tipo BC, con obstrucción muy grave al flujo aéreo (FEV1 910, 30%). Múltiples ingresos por exacerbaciones.
- * Tráquea pulmonar en LID hiperplásico, posible neoplasia pulmonar, decidiéndose en comité de tumores actitud conservadora y tratamiento sintomático.
- * Insuficiencia respiratoria crónica, con O2 domiciliaria (estacionario y portátil).
- * SAHS severo, trastorno restrictivo por secuelas pleuropulmonares (tras neumonía dicha y derrame complicado). Tto BIPAP.
- * Estreñimiento pertinaz.
- * Toracotomía derecha por herida de arma de fuego hace unos 25 años.
- * Tabaquismo activo.

PLAN:

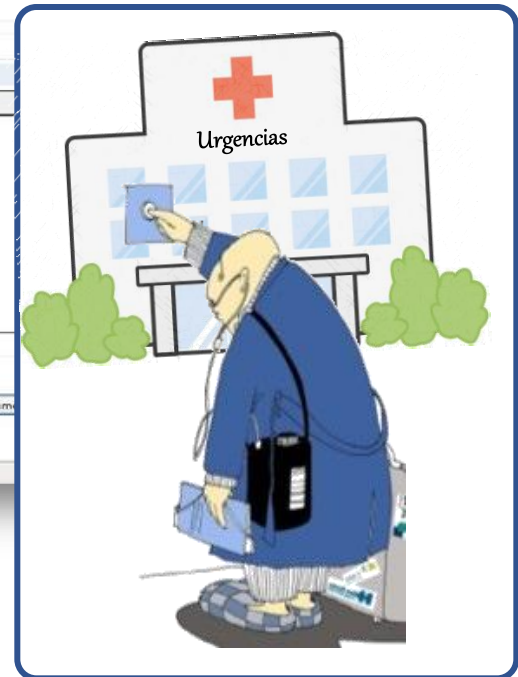
continuar con nebulizaciones (combiprasal y pulmicort), azitromicina L.M.V. Valorar según evolución, iniciar MST. BIPAP y O2 igual

revisión en 3 meses, llamará antes si precisa

Nova anotación Busca por Versionar

Servizo: NML - PNEUMOLOXIA XXIV

Crear Informe Alta Eliminar Asociar docum



Gestión de casos

Proceso de colaboración mediante el que se valora, planifica, facilita, coordina, monitoriza y evalúa las opciones y servicios necesarios para satisfacer las **necesidades de salud integrales** de una persona y su familia, articulando la comunicación y recursos disponibles para promover resultados de calidad y coste-efectivos

Case Management Society of America

Más allá de lo clínico ... lo social

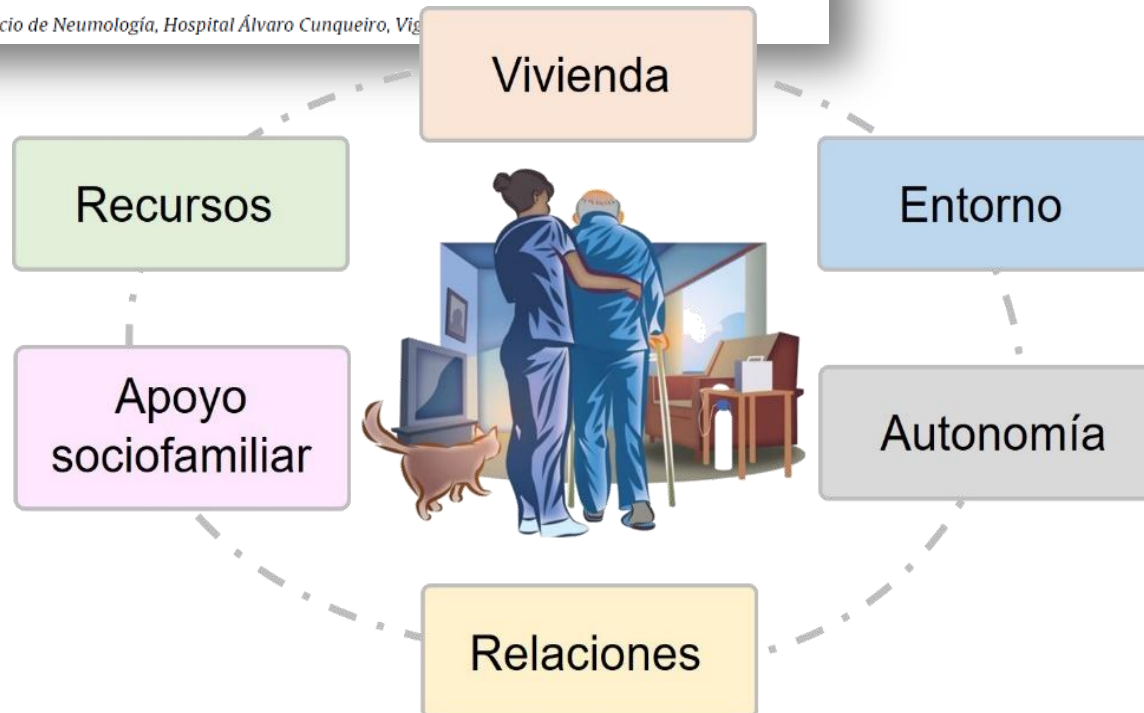
Editorial

El componente social de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica:
¿un rasgo tratable de la enfermedad?

Is the Social Component of chronic obstructive pulmonary disease a Treatable Trait?

Alberto Fernández-Villar*, Sara Fernández-García y Cristina Represas-Represas

Grupo NeumoVigo I+i, Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IISGS), Servicio de Neumología, Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo



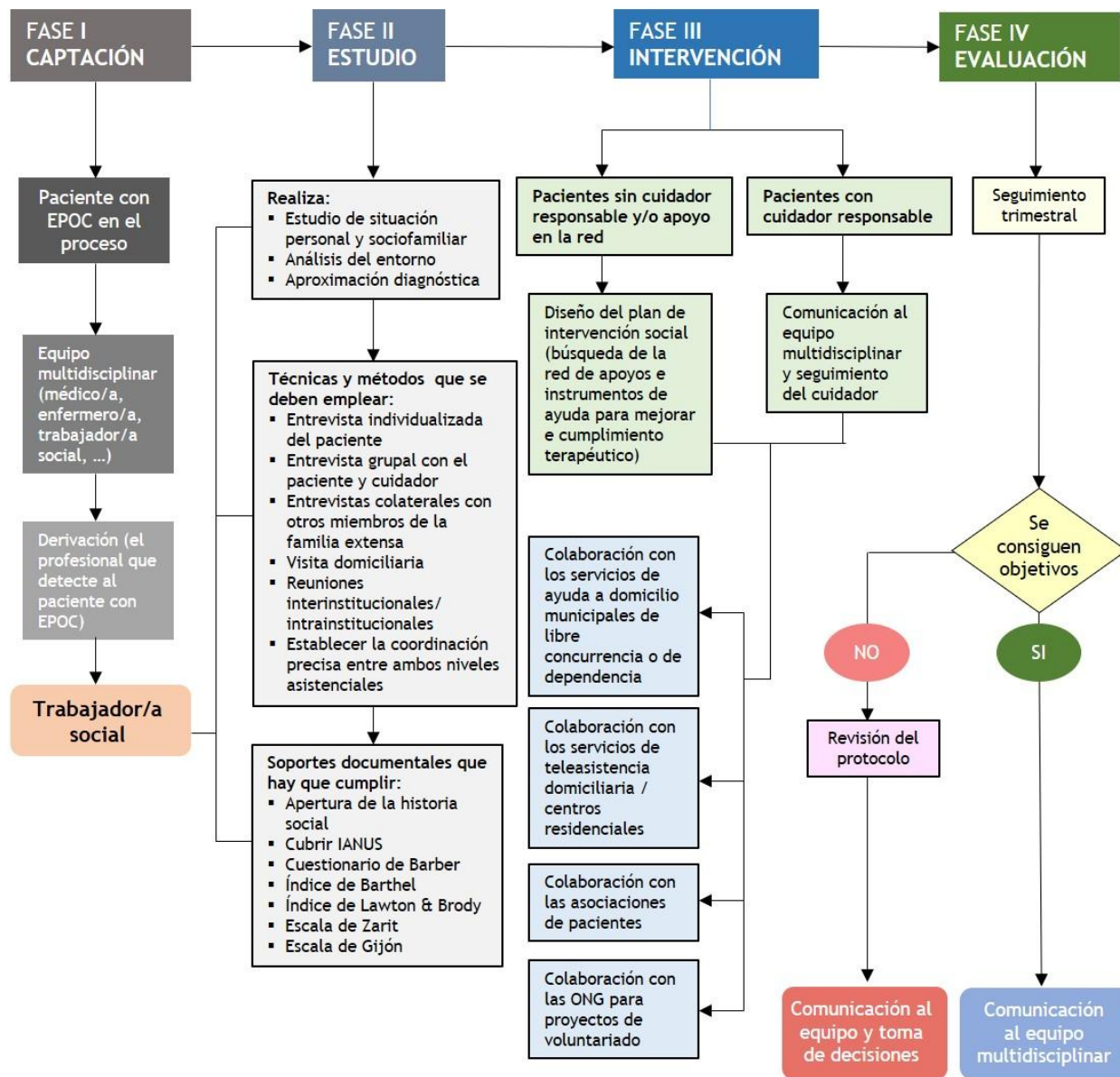
PAI EPOC SERGAS

Proceso asistencial integrado
enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC),
Subprocesos ou itinerarios asistenciais.



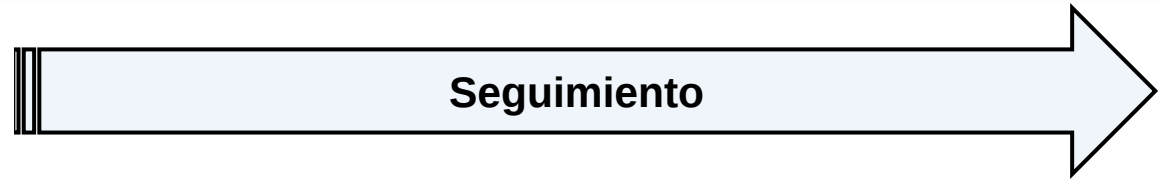
XUNTA DE GALICIA

Proceso Asistencial Integrado de la EPOC SERGAS 2015



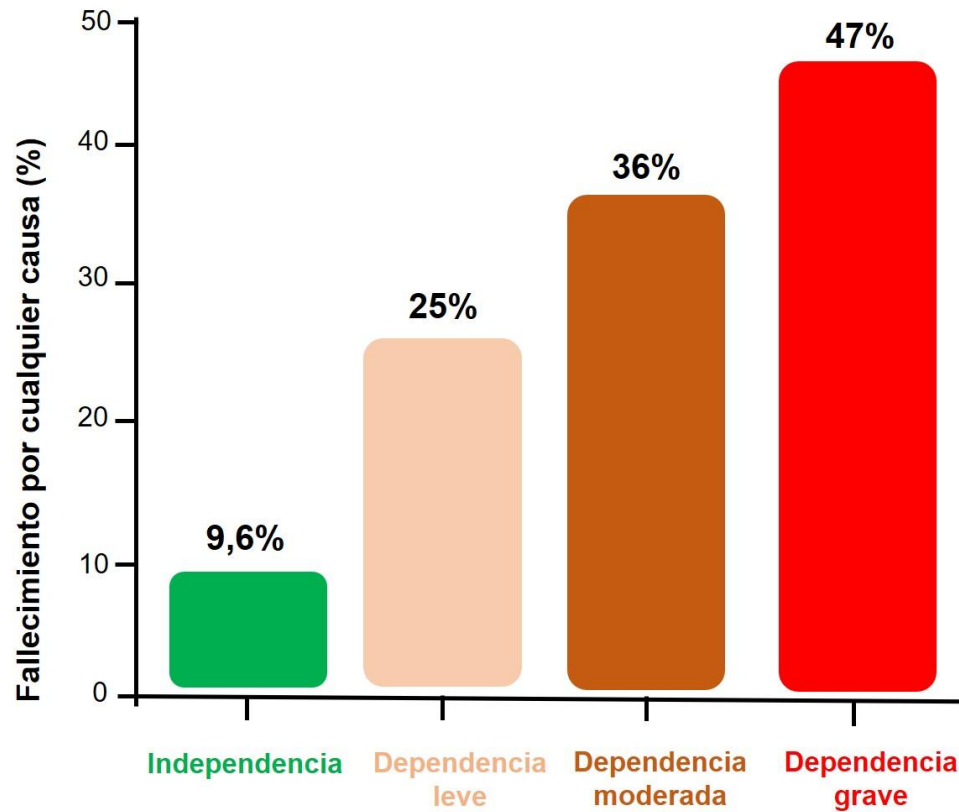
El componente social (SocioEPOC)

253 ingresos por AEPOC
Neumología
H. Álvaro Cunqueiro

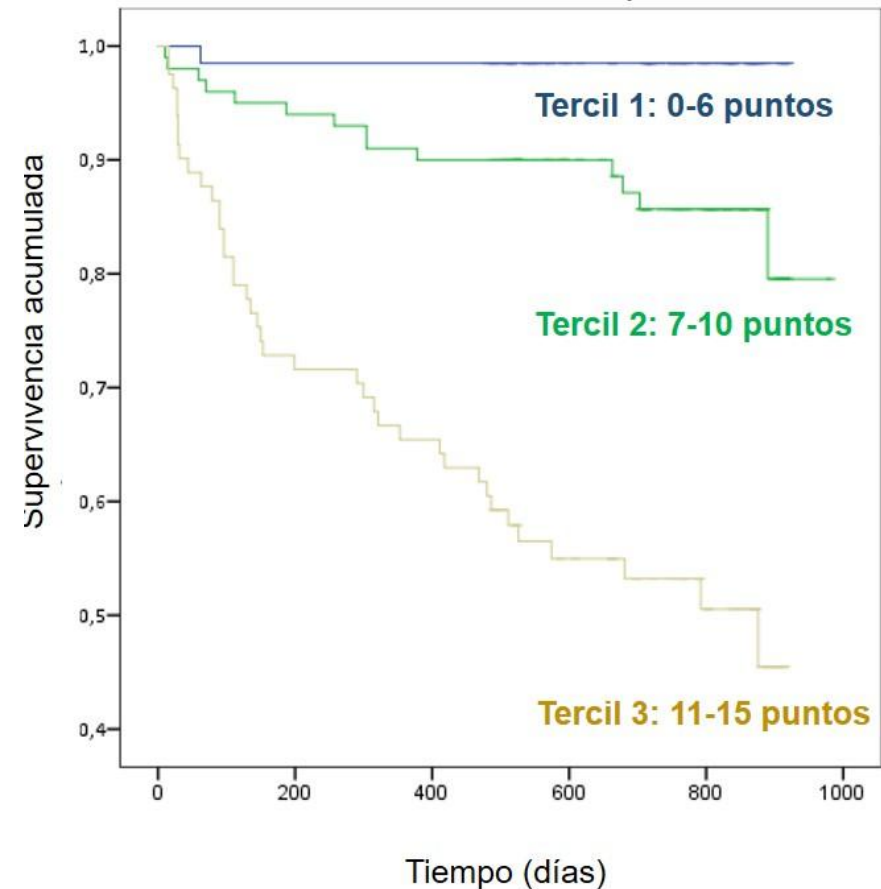


Variables		Estancia hospitalaria	Reingresos corto-largo plazo	Mortalidad
Clínicas	- Edad, sexo - IMC - Comorbilidad (Charlson, HAD, colonización ...) - Hábitos (tabaco, alcohol ...) - CAT, mMRC - FEV1 - Biomarcadores - Tratamiento alta	- Tabaquismo - Impacto (CAT)	- Cultivos + - Disnea - Obesidad	- Cultivos + - Disnea - Oxigenoterapia domiciliaria
M	Ingresos año previo	-	Ingresos año previo	-
Sociales	- Vivienda, recursos, entorno... - Cuidador y sobrecarga (Zarit) - Actividades básicas e instrumentales (Barthel, Lawton y Brody) - Riesgo social (Gijón y Barber)	Situación sociofamiliar (Gijón)	Dependencia (Barthel)	Dependencia (Barthel)

Dependencia y mortalidad en EPOC



Dependencia según Índice de Barthel



SCORE: Edad >60 años (+4), IMC ≤ 21 (+2), FEV1 <50% (+3), Charlson ≥ 3 (+2), alguna dependencia según índice de Barthel (+4). Puntuación posible: 0-15

Dependencia en Galicia

Numero de dependientes en Galicia

- Necesitan y reciben
- Necesitan y no reciben

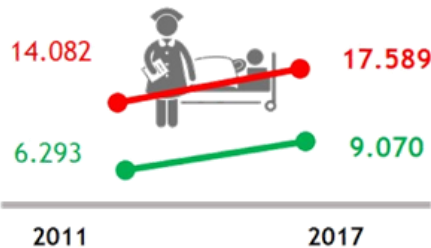
Teleasistencia



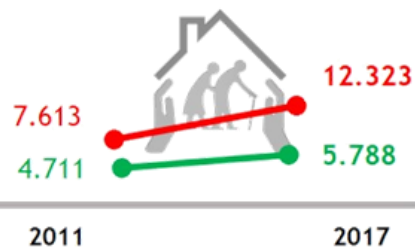
Ayuda a domicilio



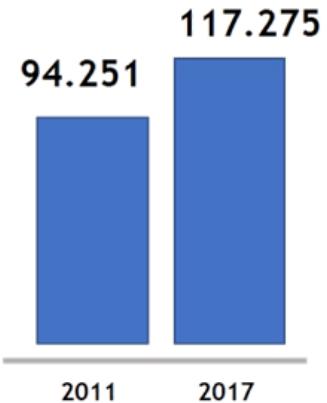
Cuidados sanitarios especializados



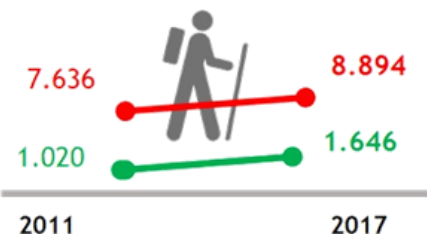
Estancias en centros de día



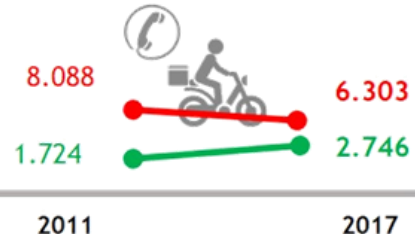
Total de dependientes



Programas de respiro



Comida a domicilio



Transporte adaptado



Chronic Care Model

Movilizar recursos comunitarios:

- Promoción de la salud
- Políticas de mejora
- Alianzas entre organizadores

- Historia clínica
- Estratificar a la población
- Sistemas de alerta
- Medición de resultados
- Compartir Information con el paciente



Preparar a paciente y profesional para conocer enfermedad y automanejo

- Definir roles y responsabilidades
- Gestión de casos
- Coordinación entre niveles

- Aplicar evidencia científica
- Uso rutinario GPC
- Informar/formar paciente

Reflexiones para la posible mejora

- Una **adecuada gestión** de la EPOC como “paradigma de la cronicidad” requiere importantes **cambios** en la forma de prestación de la atención sanitaria, pero también en las habilidades, actitudes y aptitudes de profesionales, pacientes y ... gestores
- Deben de **coordinarse** las estrategias “**macro**” con las “**meso**” y las “**micro**” y existir un adecuado **compromiso político**
- Las enfermeras gestoras, protocolos de coordinación entre niveles, telemonitorización, hospitales de día neumológicos, H/ADO, apoyo social efectivo ... son **herramientas**, no soluciones
- Si las buenas prácticas no se **valoran**, **miden**, **dimensionan** y **provisionan** adecuadamente no será posible llevar a cabo ningún cambio del suficiente calado para impactar en la sostenibilidad del sistema sanitario público

Gestión en EPOC: un traje a medida

Paciente:

- Situación clínica
- Habilidades
- Entorno

Sistema:

- Medios disponibles
- Coordinación
- Inercias
- Experiencia
- Cambios organizativos
- Política sanitaria

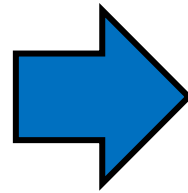


Neumólogo
Enfermera
gestora/enlace
Médico AP

Plan de acción:

- Tratamientos farmacológicos
- Tratamientos no farmacológicos
- Educación
- Autocuidado
- Seguimiento programado
- Telemonitorización
- Hospital de día, HADO ...
- Abordaje esfera social

**Hacer lo
posible**



**Hacerlo
posible**