



G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I DIRECCIÓ GENERAL
B PRESTACIONS
/ I FARMÀCIA

ESTRATEGIES
DE SALUT ILLES BALEARS



G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I HOSPITAL UNIVERSITARI
B SON ESPASES
/

Integración de la EPOC en la Estrategia de Cronicidad

Manuel del Río Vizoso

Responsable hospitalario del equipo de cronicidad

IV Jornada de la Estrategia de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva
Crónica (EPOC) de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears

Hospital Universitario Son Espases. Palma, 13 de diciembre de 2019



Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016–40 for 195 countries and territories

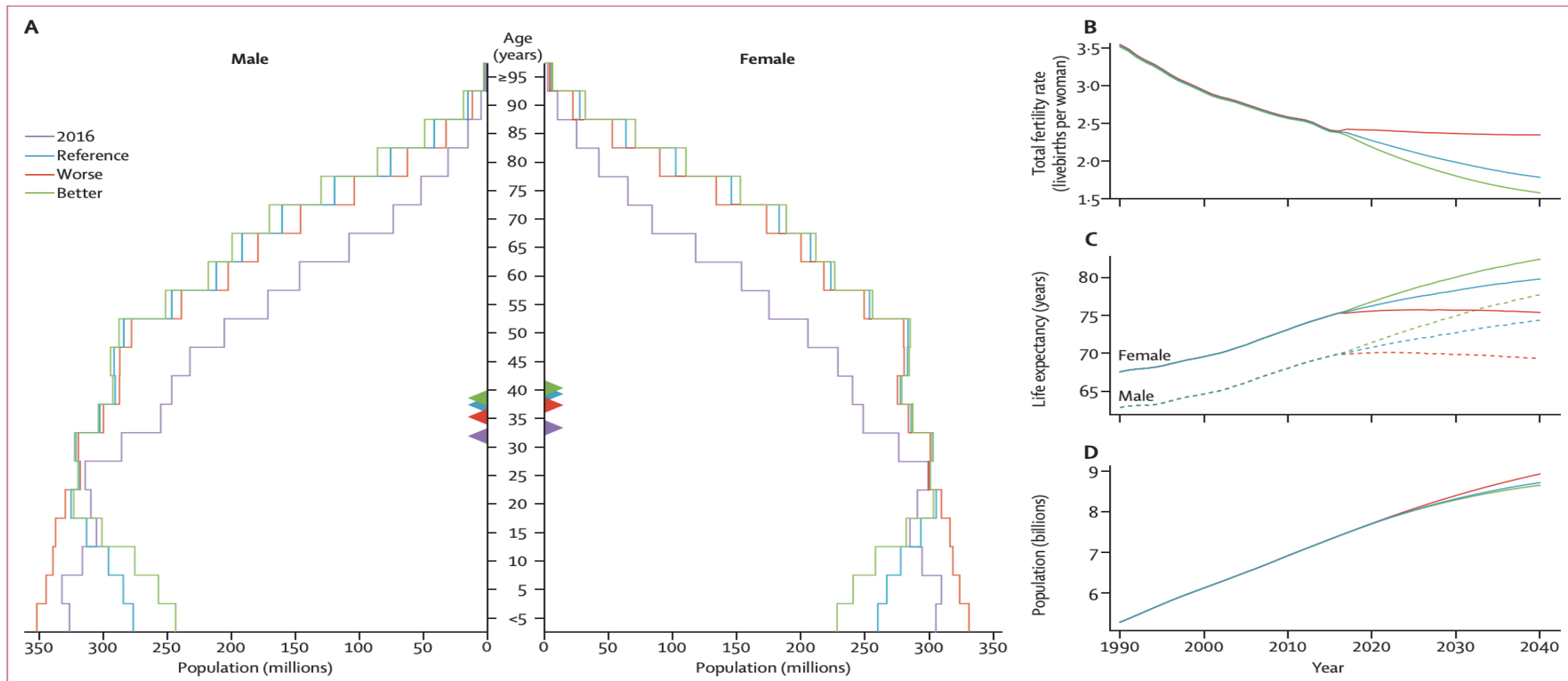


Figure 3: Global distribution of population in 2016 and 2040 reference forecasts, 2040 better health scenario, and 2040 worse health scenario

Data are shown (A) by age and sex and by (B) total fertility rate, (C) life expectancy, and (D) population. Triangles within the population pyramid represent the mean age globally for males and females for corresponding years and forecasts. Inlays show total population forecasts, and associated inputs into the population forecast: fertility and life expectancy.

Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016–40 for 195 countries and territories

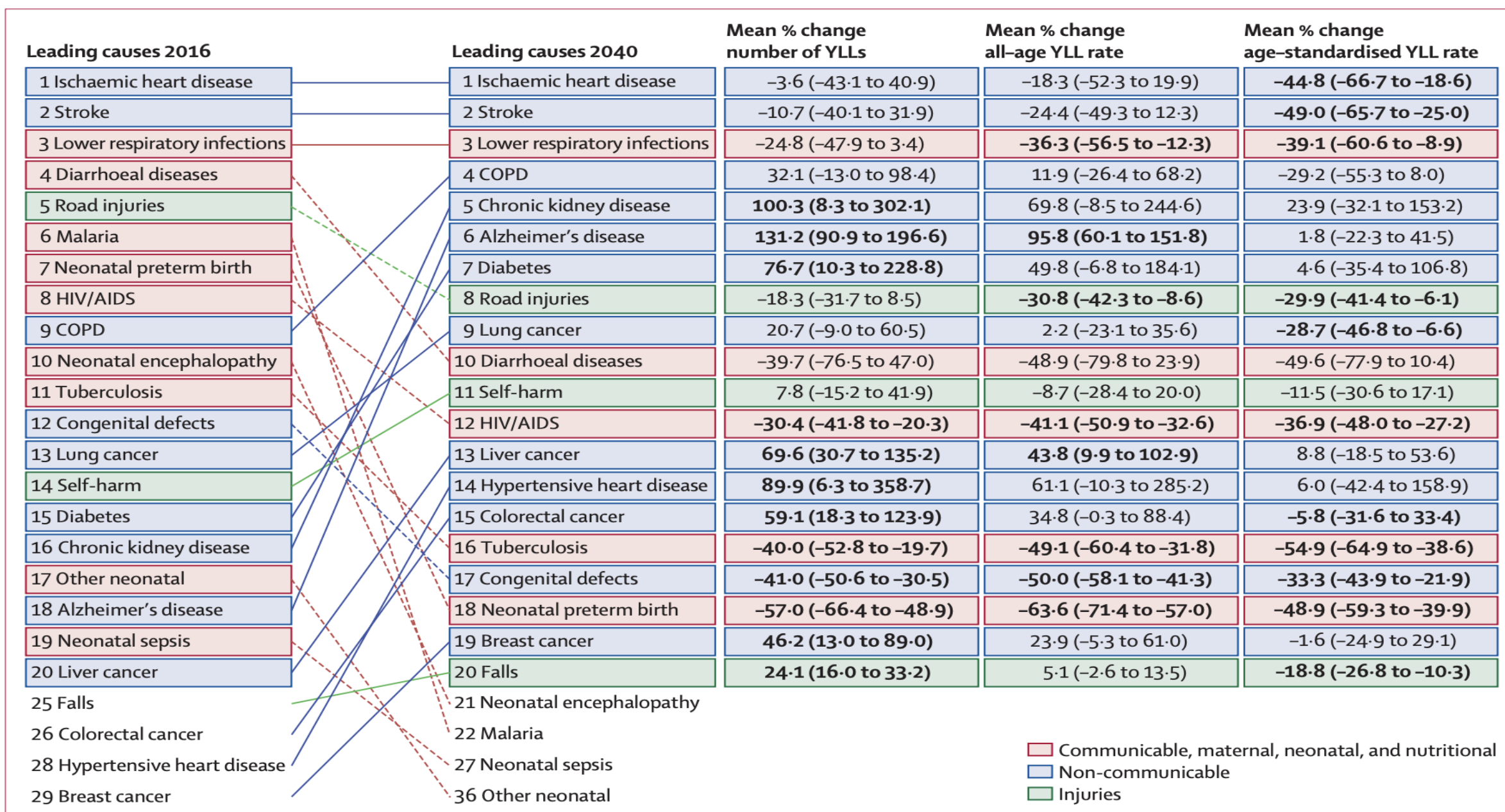


Figure 4: Leading 20 Level 3 causes of YLLs globally in 2016 and 2040 by rank order



Projections of multi-morbidity in the older population in England to 2035: estimates from the Population Ageing and Care Simulation (PACSim) model

ANDREW KINGSTON¹, LOUISE ROBINSON¹, HEATHER BOOTH², MARTIN KNAPP³, CAROL JAGGER¹, FOR THE MODEM PROJECT

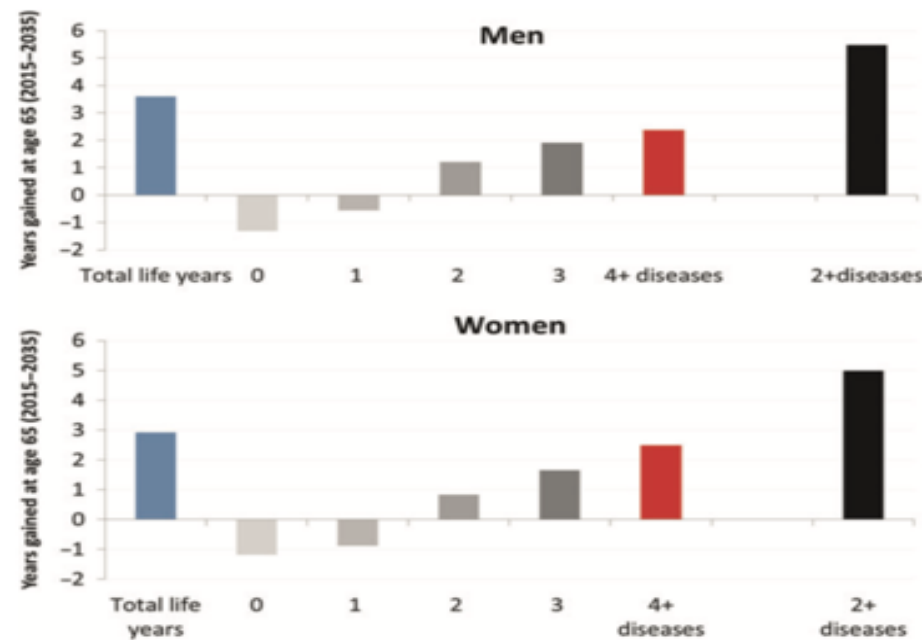


Figure 1. Years gained between 2015 and 2035 in life expectancy at age 65 and years lived from age 65 with multi-morbidity (diseases only), by sex

Key Points

- Between 2015 and 2035, numbers of older people with 4+ diseases will double and a third of these will have mental ill-health.
- Two-thirds or more of the gain in years of life at age 65 will be years with 4+ long-term conditions (complex multi-morbidity).
- Our findings suggest the need for a focus on prevention of, and service provision for those with, complex multi-morbidity.

Conclusions: our findings indicate that over the next 20 years there will be an expansion of morbidity, particularly complex multi-morbidity (4+ diseases). We advocate for a new focus on prevention of, and appropriate and efficient service provision for those with, complex multi-morbidity.

Briefing: Understanding the health care needs of people with multiple health conditions



- Although having multiple conditions is often thought of as being related to old age, 30% of people with 4+ conditions are under 65 years of age, and this percentage is higher in disadvantaged areas. Improving care for people with multiple conditions requires action across the NHS and other sectors, not just services targeting elderly people.
- People with multiple conditions have multiple consultations and treatments. We found patients with 4+ conditions had an average of 8.9 outpatient visits across 2.8 different medical specialties. Over the study period, they visited their general practice 24.6 times (or once a month on average) and were prescribed 20.6 different medications. This compares with the 2.8 outpatient visits, 8.8 visits to the general practice, and 5.6 different medications for patients with one condition. However, people with multiple conditions did not seem to have significantly longer GP consultation times despite their more complex needs.

Key points

- As the number of people with multiple health conditions grows, meeting their needs will be one of the biggest challenges facing the NHS. In 2006/07, one in 10 patients admitted to hospital as an emergency had 5+ conditions. In 2015/16, the figure was one in three.
 - People with multiple conditions often have poorer quality of life, greater risk of premature death, and may need substantial NHS support. But the ability of the NHS to plan care that responds to these needs has been hampered by a lack of information about the conditions that people have and their existing patterns of care.
 - People in disadvantaged areas are at greater risk of having multiple conditions, and are likely to have multiple conditions at younger ages. Around 28% of people in the most-deprived fifth of England have 4+ conditions, compared with 16% in the least-deprived fifth. In the least-deprived fifth of areas, people can expect to have 2+ conditions by the time they are 71 years old, but in the most-deprived fifth, people reach the same level of illness a decade earlier, at 61 years of age.
-



VISITAS A PRIMARIA

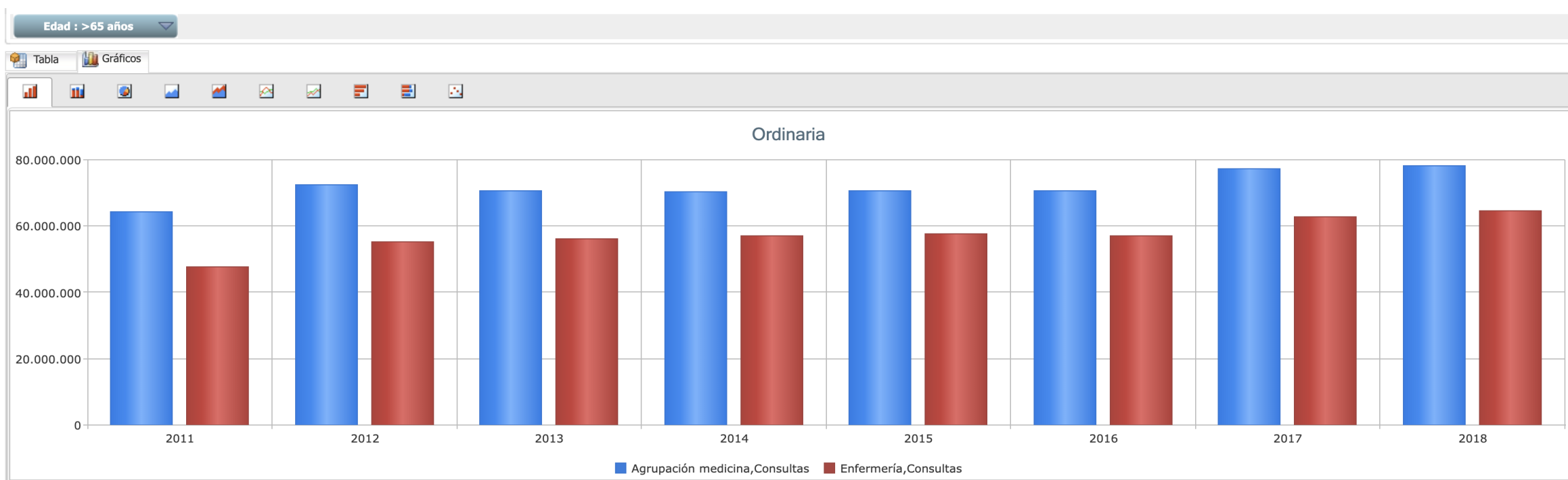
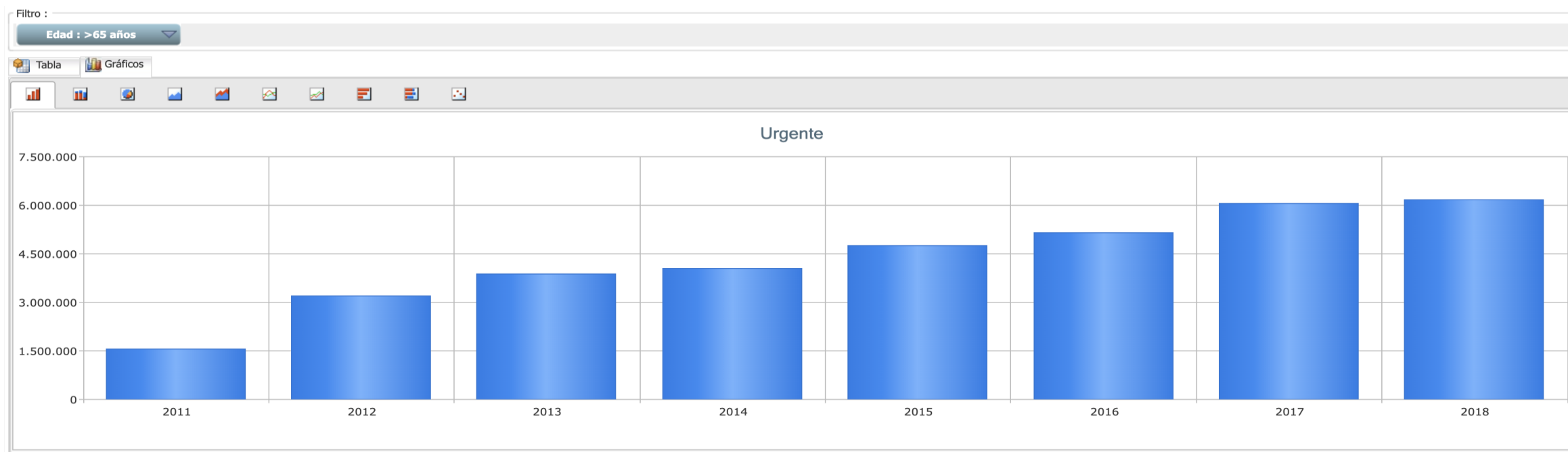
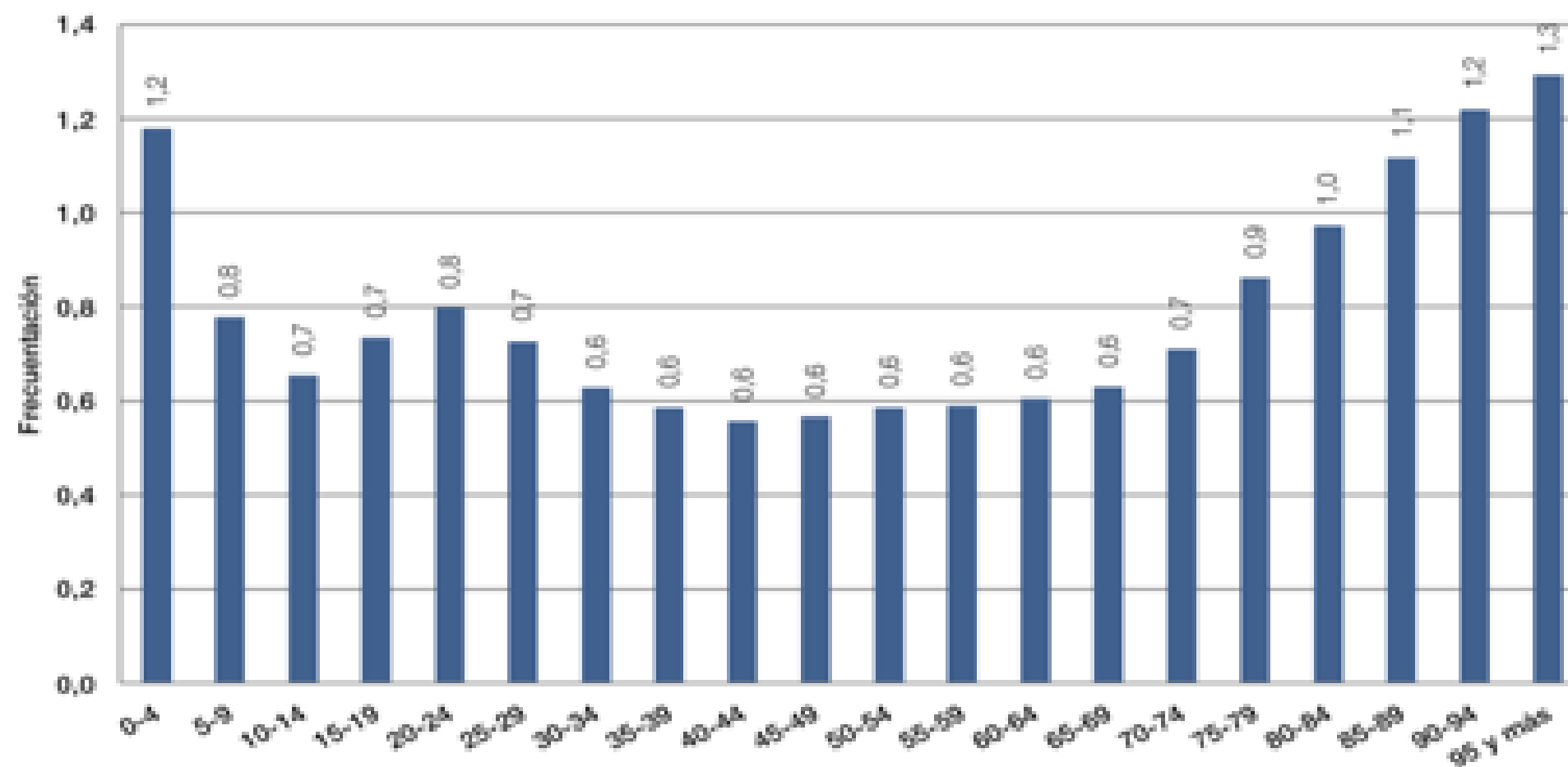


Gráfico 4-11 Frecuentación por grupos de edad a la urgencia de atención primaria del SNS, 2015



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

EPI-SCAN II

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

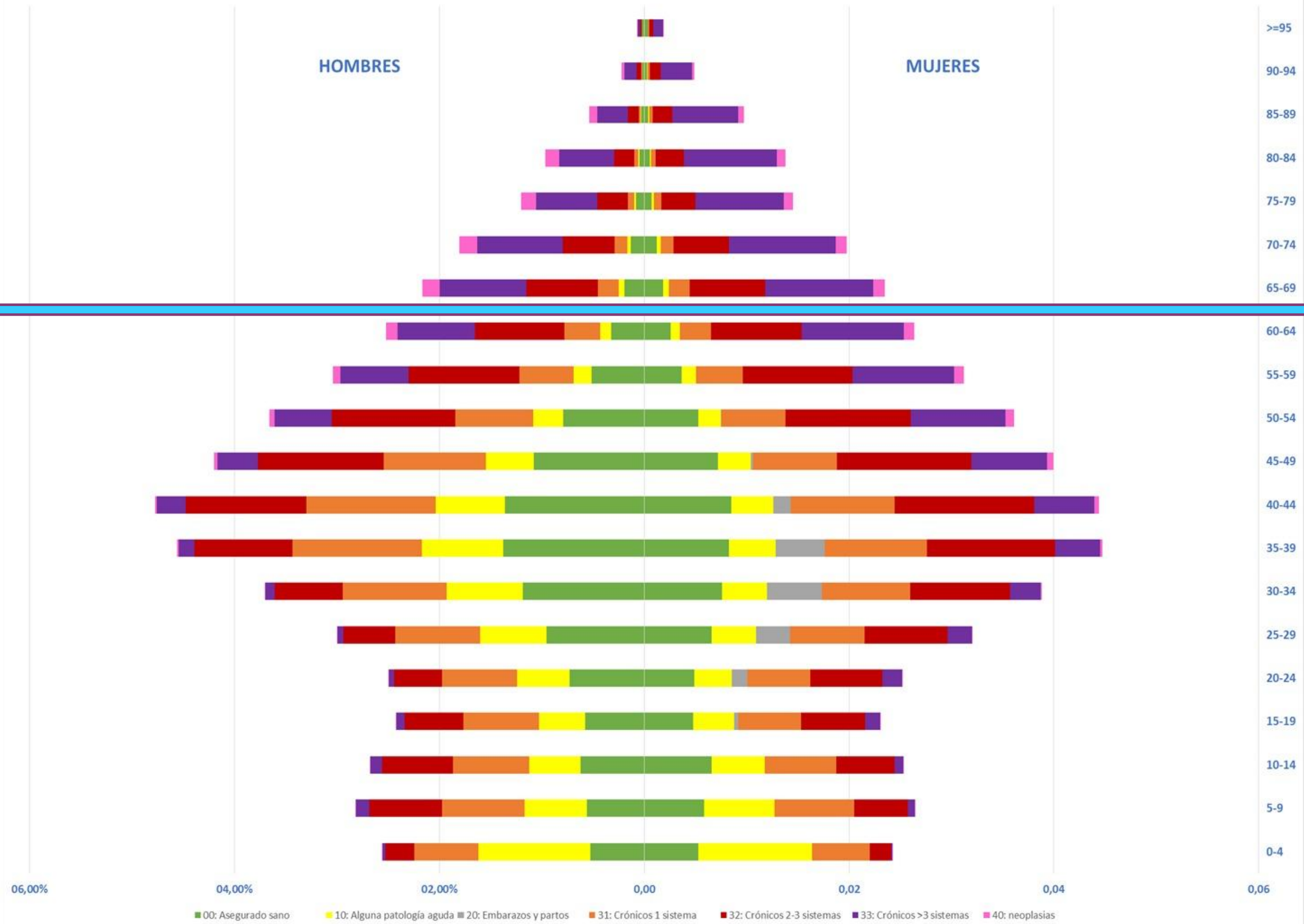


Según proyecciones de población de las Islas Baleares del Instituto Nacional de Estadística, la población en 2029 se estima sea de 1.169.361,32, correspondiendo un 22% (257.260) a población de 65 o más años.¹⁴

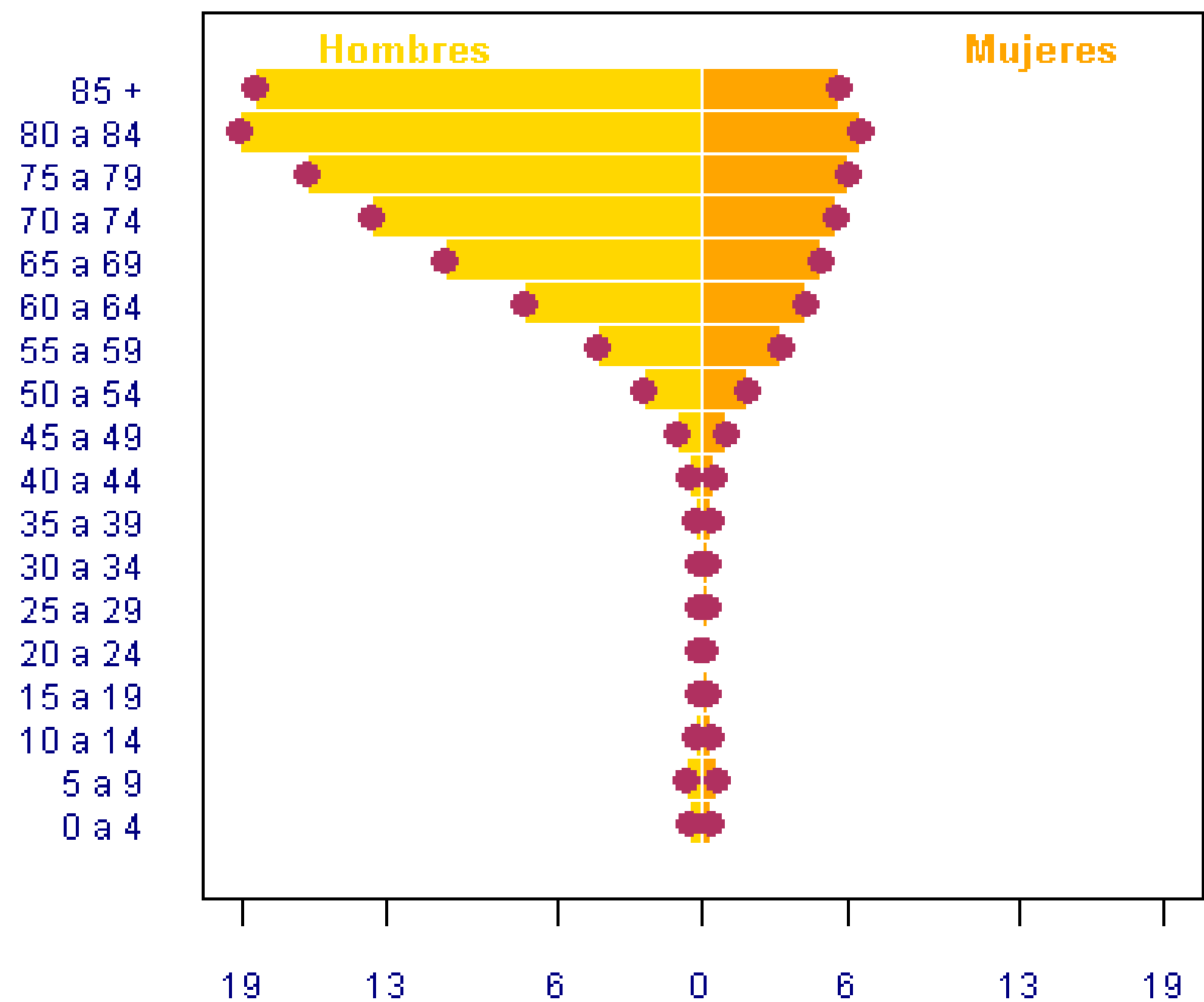
Tabla 1. Proyección de población 2015-2029. Islas Baleares. Fuente: INE

Año	2015		2029	
Población total	1.120.548,41		1.169.361,32	
	n_i	p_i	n_i	p_i
Población ≥ 65	170.900	15,3%	257.260	22%

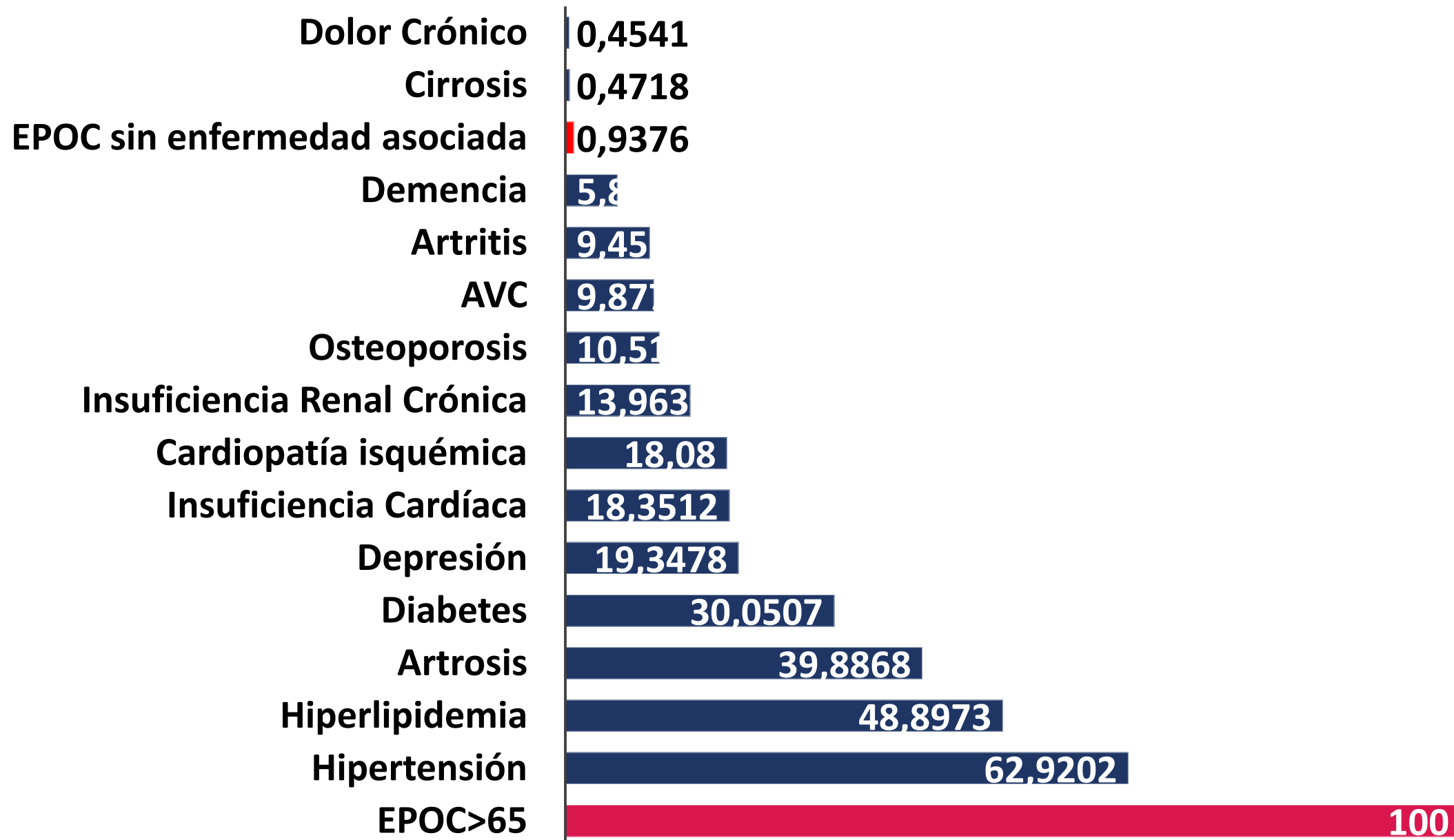
Pirámide % pacientes/edad por etiqueta GMA



Distribución de la EPOC por edad y sexo (%) en IB



EPOC > 65 años Islas Baleares según GMA[©]





Altas por procesos - APR-GRD 32.0



GRD	CDM	T	Severidad	Descripción	Altas hospitalización	% Altas	% Altas norma	Dif.Norma	Altas hospitalización anterior	Var.Altas
560	14	M	+	PARTO	1.260	4,1%	6,2%	▼	1.276	▼
140	04	M	+	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	995	3,2%	1,7%	▲	889	▲



Perfil de desempeño por área sanitaria en el periodo 2013-2015

Indicador	Área Sanitaria	Población	Casos	Tasa estanda...	P 10	Tenden...	Perfil de desempeño
▼ Hospitalizaciones Potencialmente Evitables en el periodo 2013-2015							
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en mayores de 40 años	Baleares-Son Llatzer	393.716	1.388	39,77	12,83	↑	6,42  53,45
	Baleares-Inca	183.305	474	26,57	12,83	—	6,42  53,45
	Baleares-Manacor	215.636	865	40,24	12,83	—	6,42  53,45
	Baleares-Son Dureta	498.863	1.314	29,99	12,83	↑	6,42  53,45
	Baleares-Menorca	143.919	171	12,83	12,83	—	6,42  53,45
	Baleares-IbizaFor	211.512	310	17,84	12,83	—	6,42  53,45

¿QUÉ PASA EN LOS INGRESOS HOSPITALARIOS?

Fragilidad cutánea

Incontinencia

↓ Cap. Aeróbica

↓ Masa ósea

↓ Masa y fuerza muscular

Inestabilidad vasomotora

Movilidad

Potencia de dependencia

Camas Altas y Barandillas

Polifarmacia

Sujeciones

Aislamiento

Dietas restrictivas

**Cambios
asociados al
envejecimiento**



**Factores asociados
a la hospitalización**



**DETERIORO
FUNCIONAL**

Consecuencias...

- ↑ Estancia hospitalaria
- ↑ Reingresos
- ↑ Polimedicación
- ↑ Derivaciones Hosp. ME y LE
- ↑ Institucionalización
- ↑ Mortalidad (40 %)



Polimedicación





Enfermería Clínica

www.elsevier.es/enfermeriaclinica



ORIGINAL

Deterioro funcional asociado a la hospitalización en pacientes mayores de 65 años[☆]



María Pilar Córcoles-Jiménez*, María Victoria Ruiz-García,
María Dolores...,
Pedro Ferná...

Resolvemos el proceso agudo con un elevado coste para el paciente: DFH 46 % – 60,2 %



Revista Española de Geriatria y Gerontología

www.elsevier.es/regg



REVISIÓN

Revisión sobre el deterioro funcional en el anciano asociado al ingreso por enfermedad aguda

Carmen María...,
y José Ant...

41% mortalidad en pacientes con DFH





G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARIS

Plan de Atención a Personas con enfermedades crónicas complejas y avanzadas.

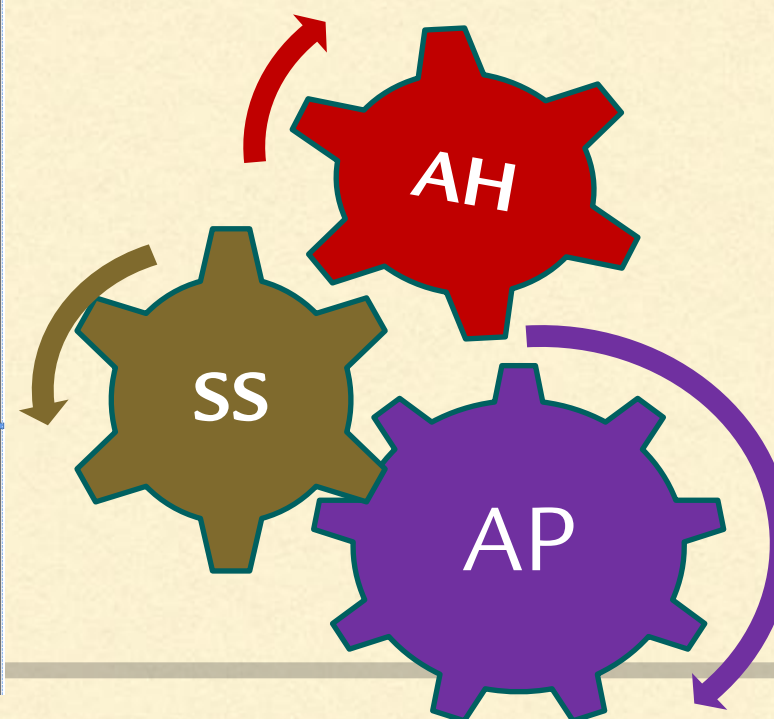
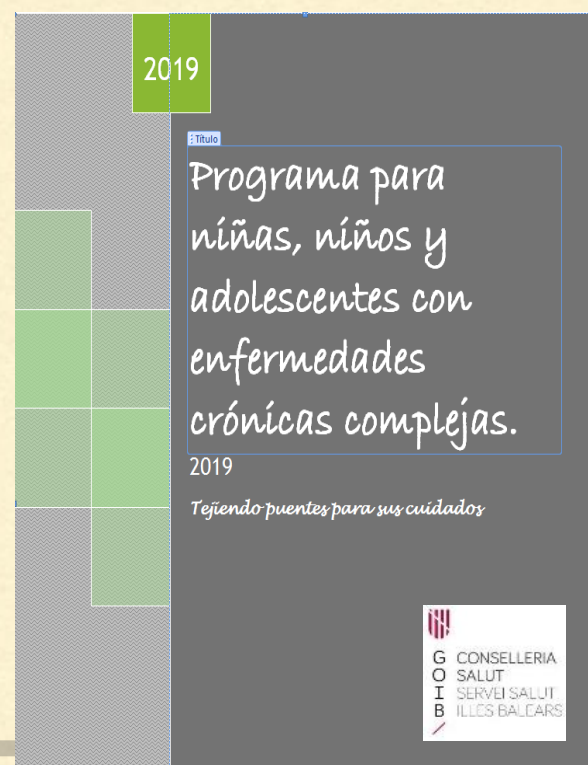
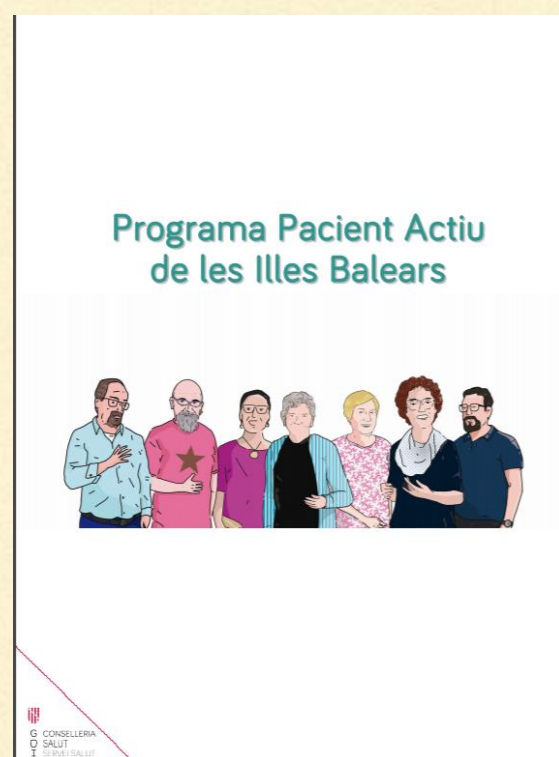
Subdirección Atención a la Cronicidad, Coordinación Sociosanitaria y Enfermedades poco frecuentes

Servicio de Salud de las Islas Baleares
Conselleria de Salut i Consum

PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO (PCC) Y AVANZADO (PCA)



- Permaneciendo el **máximo tiempo posible en el entorno comunitario en las mejores condiciones**
-



ESTRATIFICACIÓN y desarrollo de TICs y SIS

Atención Primaria eje de la Atención a las personas con enfermedades crónicas

Mejorar la resolución en At. Primaria

Nuevos Roles profesionales

At. Domiciliaria

Paciente Activo

Abordaje integral en la At. hospitalaria

Unidades de Crónicos Complejos

Consulta rápida Especialista consultor

Equipo. Multiprof. Abordaje integral Recup. funcional

Atención Intermedia Integrada

Unidades de Crónicos Avanzados
Procesos transversales

Atención integral e integrada
Demencia
Recuperación funcional

RUTAS ASISTENCIALES-CONTINUIDAD ASISTENCIAL: Gestión de Casos

CUIDADOS PALIATIVOS Y PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE LAS DECISIONES

EMPODERAMIENTO PACIENTES Y CUIDADORES



GOIB

PAC. ACTIVO

FISIOTERAPIA A DOMIC.

HOSP. A DOMICILIO

C.P. / ESAD

EGC-AP
Continuidad Asistencial

UNIDAD PCC

ATENCIÓN DOMICILIARIA

Consulta ALTA RESOLUCIÓN

061

URGENCIAS

Atención Primaria

Hospital Agudos

PCC Pediatría



061

EGC- AI
Continuidad Asistencial

Atención Intermedia

EGC- HA
Continuidad Asistencial

Coordinación con Educación-Escuela

UNIDAD PCA, UCP, CONVALECENCIA, HDG

Coordinación con Servicios Sociales

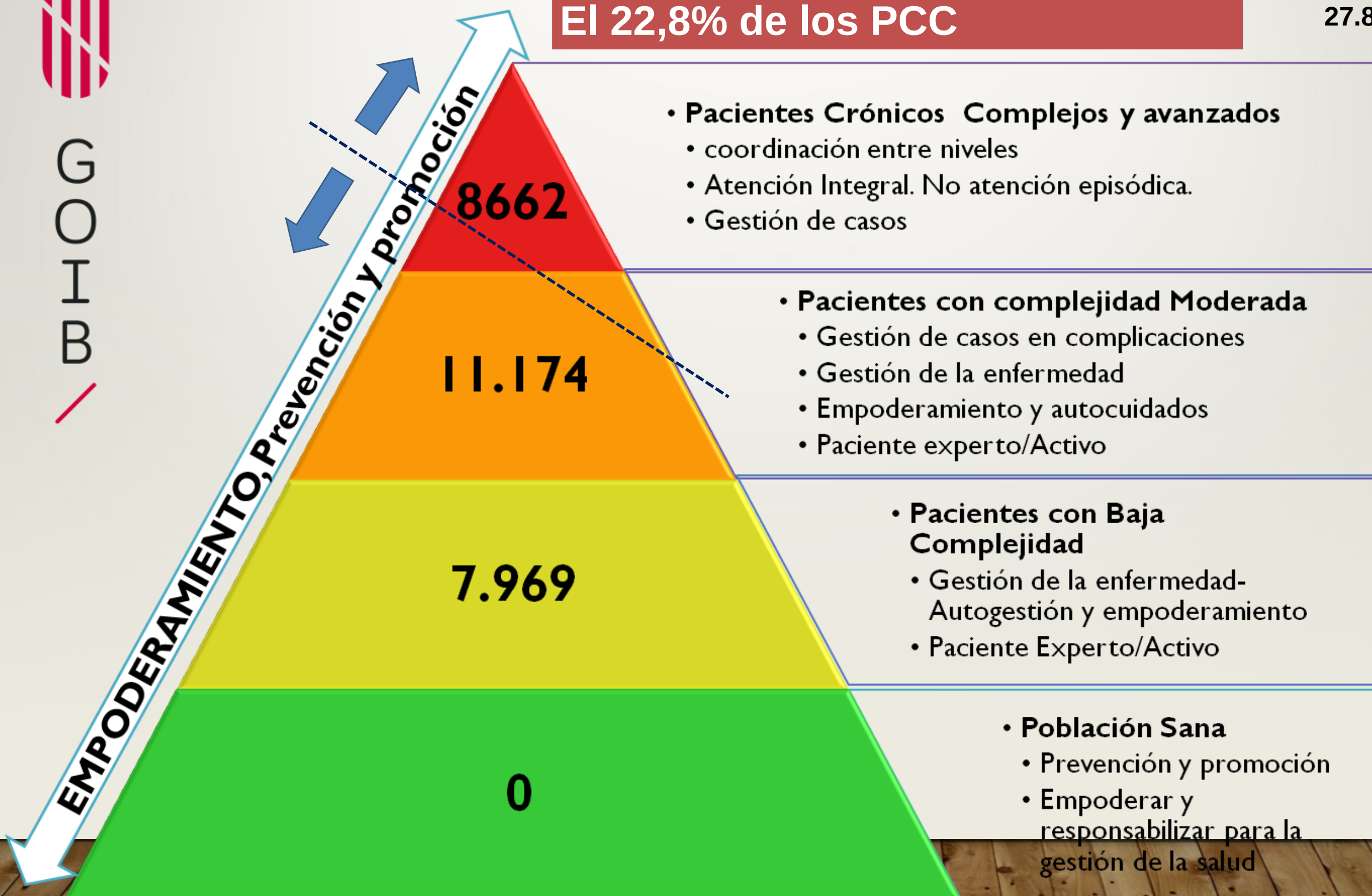
Pacientes PCC con EPOC

El 22,8% de los PCC

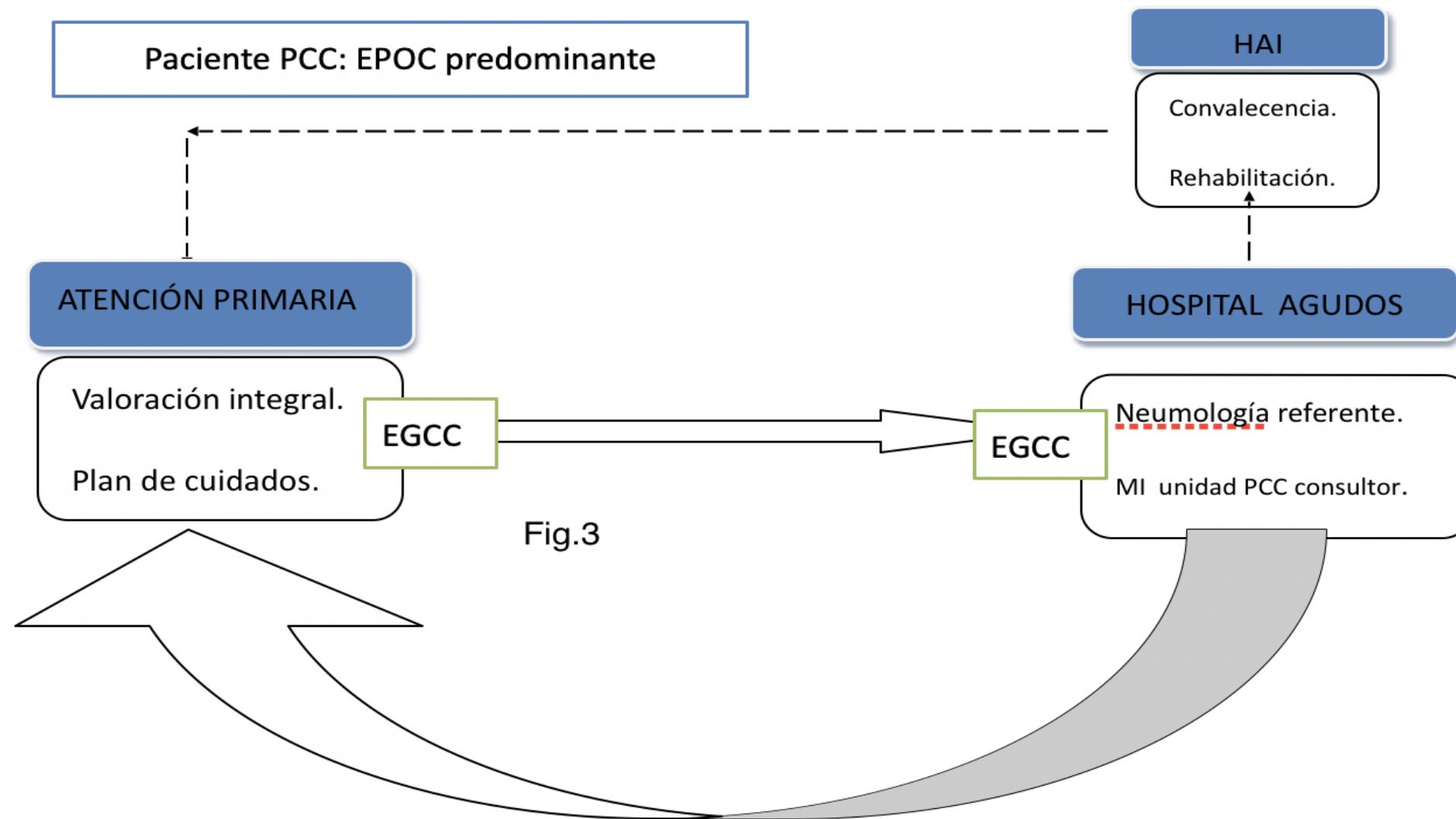
27.805



GOIB







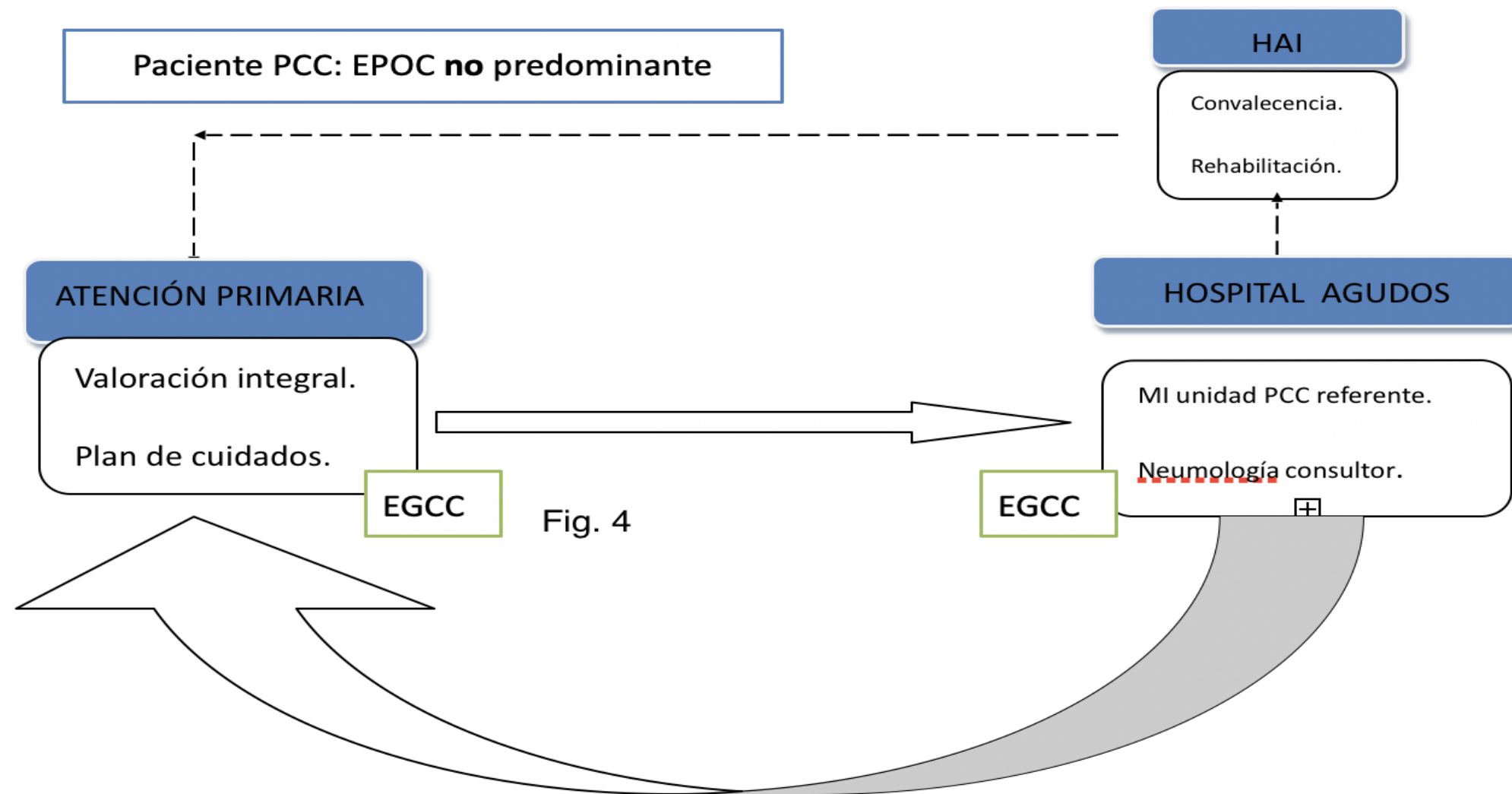


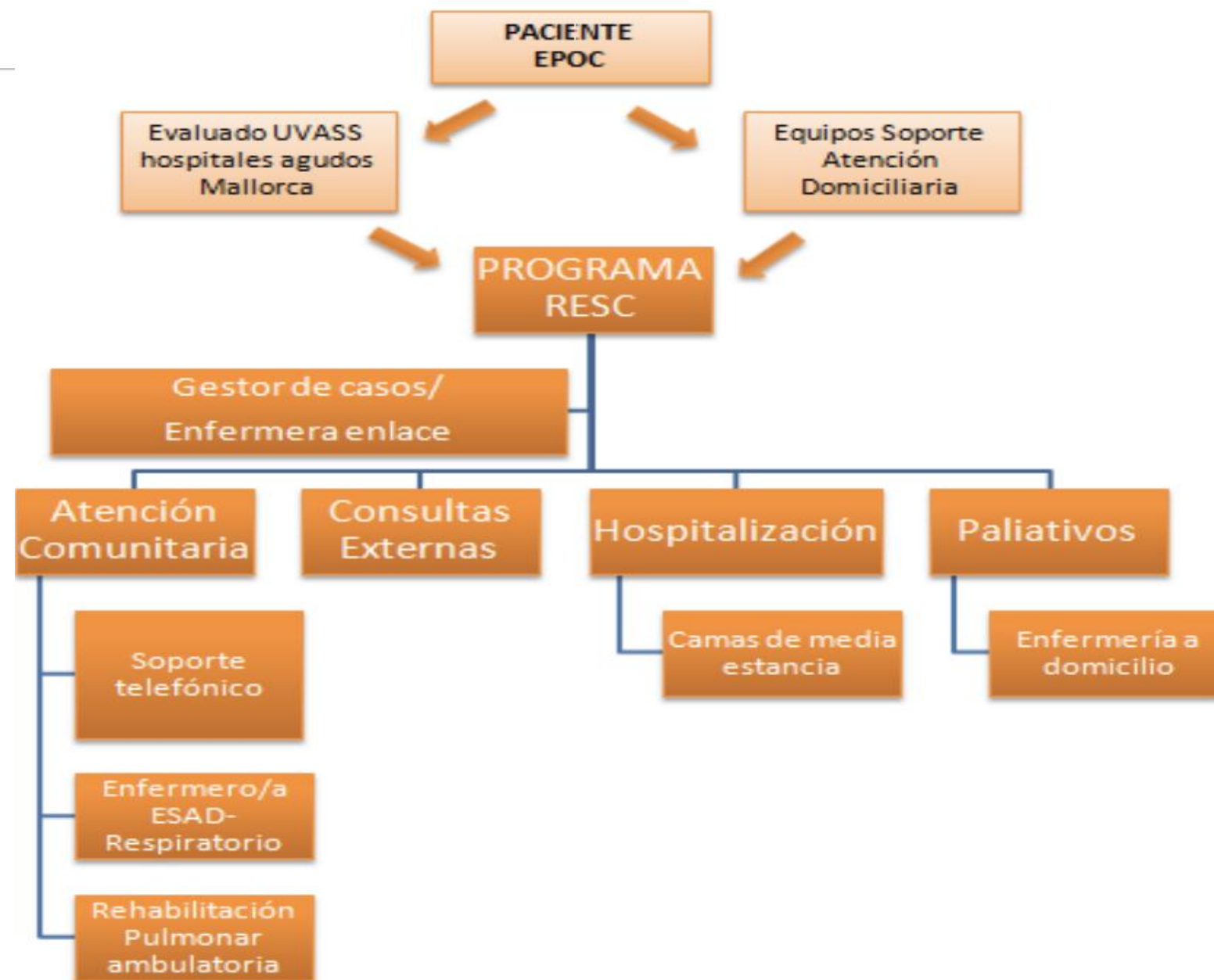
Fig. 4

Programa RESC de continuidad asistencial para enfermos respiratorios crónicos

Practica desarrollada por la Unidad de Respiratorio del Hospital Joan March, Bunyola, Ib-Salut, Islas Baleares.

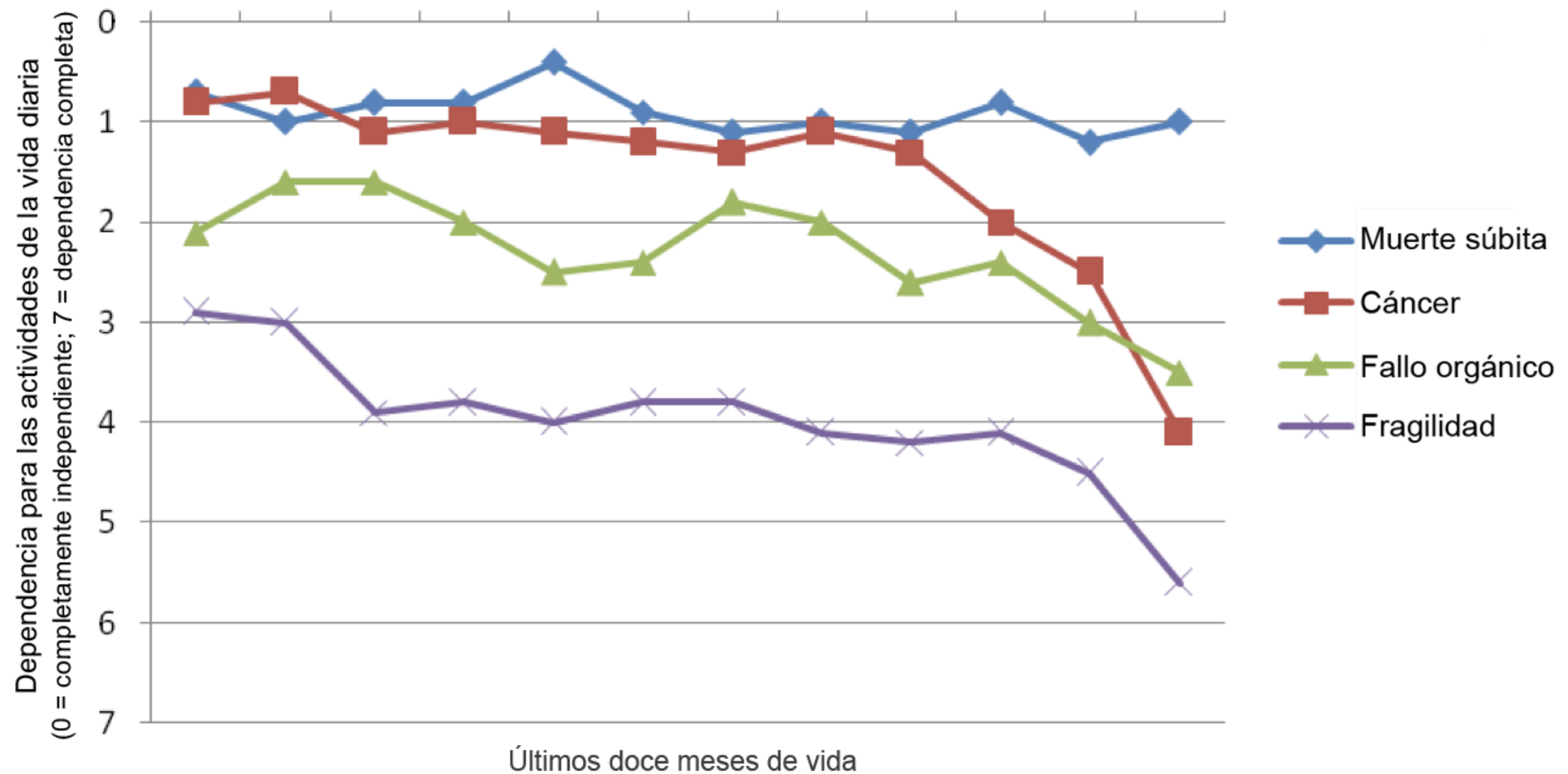
Resumen

- RESC es un programa de continuidad asistencial que atiende pacientes respiratorios crónicos avanzados derivados, fundamentalmente, desde los hospitales de agudos de Mallorca, formalizando el circuito de derivación.
 - Gestionado desde la unidad de Respiratorio del Hospital Joan March, se busca la atención integral al paciente con un abordaje interdisciplinar, ofreciendo atención en el ámbito comunitario, en consulta externa, hospitalización de media estancia y cuidados paliativos.
 - Como elementos innovadores y transformadores destacan los roles del: (i) enfermero/a del Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD)-Respiratorio encargado/a del control domiciliario de todos los pacientes RESC de los centros de salud; enfermero/a de enlace/gestor/a de casos, con funciones de soporte al paciente, planificación de intervenciones, prestación de cuidados, coordinación del equipo de atención.
-





MIRADA PALIATIVA



INSTRUMENTO NECPAL CCOMS-ICO® VERSIÓN 3.1 2017

Pregunta sorpresa (PS) (a/entre profesionales):

¿Le sorprendería que este paciente muriese a lo largo del próximo año?

Si, me sorprendería → NO es NECPAL

NO me sorprendería

Parámetros
NECPAL

"Demanda" o "Necesidad"	- Demanda: ¿Ha habido alguna expresión implícita o explícita de limitación de esfuerzo terapéutico o demanda de atención paliativa de paciente, familia, o miembros del equipo?	1
	- Necesidad: Identificada por profesionales miembros del equipo	2
Indicadores clínicos generales de progresión	- Declive nutricional	3
	- Declive funcional	4
	- Declive cognitivo	5
Dependencia severa	- Karnofsky <50 o Barthel <20	6
Síndromes geriátricos	- Caídas - Úlceras por presión - Disfagia - Delirium - Infecciones a repetición	7
Síntomas persistentes	Dolor, debilidad, anorexia, digestivos...	8
Aspectos psicosociales	Distrés y/o Trastorno adaptativo severo	9
	Vulnerabilidad social severa	10
Multi-morbilidad	>2 enfermedades o condiciones crónicas avanzadas (de la lista de Indicadores específicos)	11
Uso de recursos	Valoración de la demanda o Intensidad Intervenciones	12
Indicadores específicos de severidad/progresión de la enfermedad	Cáncer, EPOC, ICC, y Hepática, y Renal, AVC, Demencia, Neurodegenerativas, SIDA, otras enfermedades avanzadas	13

Si presenta por lo menos 1 parámetro NECPAL: **NECPAL+**

NECPAL+ = **PS+** + Por lo menos 1 parámetro asociado

Codificación y Registro:

Tienen la utilidad de explicitar en la documentación clínica accesible la condición de "Paciente crónico avanzado"

- Codificación:

Se recomienda utilizar una codificación específica como "Paciente crónico complejo avanzado" diferente de la convencional CIE9, V66.7 (Paciente terminal) o CIE10 Z51.5 (Paciente en servicio de cuidados paliativos)

- Registro

Historia clínica:

Después de la Pregunta Sorpresa, es recomendable explorar los diferentes parámetros, añadiendo N de + en función de los que encontremos positivos

Historia clínica compartida:

Siempre acompañar la codificación y registro de información clínica adicional relevante que describa situación y propuestas ante escenarios previsibles y otros servicios (En Cataluña, PIIC)

CÓMO MEJORAR LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS IDENTIFICADAS

Acciones	Recomendaciones
1. Evaluación multidimensional, situacional, e inicio de atención Integral, multidimensional, centrada en la persona	Explorar todas las dimensiones con Instrumentos validados (físicos-síntomas, emocionales, sociales, espirituales, ...) Iniciar proceso de atención Integral Impecable Evaluar necesidades de los cuidadores
2. Explorar valores, preferencias y preocupaciones de pacientes y familias	Iniciar gradualmente planificación de decisiones anticipadas y decisiones compartidas
3. Revisar estado de la enfermedad/condición	Revisar estado, pronóstico, objetivos, posibles/previsibles complicaciones, recomendaciones para la prevención y respuesta a crisis Tener en cuenta no solo aspectos estáticos (severidad) sino también dinámicos (evolución o progresión en el tiempo)
4. Revisar tratamiento	Actualizar objetivos, Adecuación terapéutica, retirar medicación si es necesario, Conciliación terapéutica entre servicios
5. Identificar y atender al cuidador principal	Necesidades y demandas: Evaluación (capacidad de cuidar, ajuste, riesgo de duelo complicado), Educación y apoyo, empoderamiento
6. Involucrar al equipo e identificar responsable	En: Evaluación, plan terapéutica, definición de roles en seguimiento, atención continuada y urgente
7. Definir, compartir e iniciar un Plan Terapéutico Integral Multidimensional	Respetando preferencias de los pacientes, abordando todas las dimensiones, Utilizando el cuadro de cuidados, Involucrando al equipo y equipos
8. Atención Integrada: Organizar atención con todos los servicios involucrados, con especial énfasis en definir el rol de los servicios específicos de cuidados paliativos y los de emergencias	Iniciar Gestión de caso y atención preventiva, proceso de decisiones compartidas, rutas asistenciales entre los recursos, prever y organizar las transiciones, conciliación y consenso entre servicios, Involucrar pacientes en propuestas
9. Registrar y compartir la información clínica relevante con todos los servicios involucrados	En la información ofrecida, historia clínica compartida, o sesiones
10. Evaluar, revisar y monitorizar resultados	Revisión y actualización frecuentes, audit post-atención, generación evidencia

ANEXO 1

CRITERIOS NECPAL SEVERIDAD / PROGRESIÓN / ENFERMEDAD AVANZADA

Enfermedad oncológica	- Cáncer metastásico o locoregional avanzado - En progresión (en tumores sólidos) - Síntomas persistentes mal controlados o refractarios a pesar de optimizar el tratamiento específico.
Enfermedad pulmonar crónica	- Dificultad de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones - Confinado a domicilio con limitación marcha - Criterios espirométricos de obstrucción severa (VEMS <50%) o criterios de déficit restrictivo severo (CV forzada <40%/DLCO <40%) - Criterios gasométricos basales de oxigenoterapia crónica domiciliar. - Necesidad corticoterapia continuada - Insuficiencia cardíaca sintomática asociada
Enfermedad cardíaca crónica	- Dificultad de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones - Insuficiencia cardíaca NYHA estadio III o IV, enfermedad valvular severa no quirúrgica o enfermedad coronaria no revascularizable - Ecocardiografía basal: FE <30% o HTAP severa (RAPo >60) - Insuficiencia renal asociada (FG <30 l/min) - Asociación con insuficiencia renal e hiponatremia persistente
Demencia	- GDS <6 - Progresión declive cognitivo, funcional, y/o nutricional
Fragilidad	- Índice Fragilidad < 0.5 (Rockwood K et al, 2005) - Evaluación geriátrica Integral sugestiva de fragilidad avanzada (Stuck A et al, 2011)
Enfermedad neurológica vascular (ictus)	- Durante la fase aguda y subaguda (<3 meses post-ictus): estado vegetativo persistente o de mínima conciencia > 3 días - Durante la fase crónica (> 3 meses post-ictus): complicaciones médicas repetidas (o demencia con criterios de severidad post-ictus)
Enfermedad neurológica degenerativa: ELA, EM, Parkinson	- Deterioro progresivo de la función física y/o cognitivas - Síntomas complejos y difíciles de controlar - Disfagia/trastorno del habla persistente - Dificultades crecientes de comunicación - Neumonía por aspiración recurrente, disnea o insuficiencia respiratoria
Enfermedad hepática crónica	- Cirrosis avanzada estadio Child C (determinado fuera de complicaciones o habiéndolas tratado y optimizado el tratamiento), MELD-Na > 30 o ascitis refractoria, síndrome hepato-renal o hemorragia digestiva alta por hipertensión portal persistente a pesar de optimizar tratamiento. - Carcinoma hepatocelular en estadio C o D
Insuficiencia renal crónica	- Insuficiencia renal severa (FG <15) en pacientes no candidatos o con rechazo a tratamiento sustitutivo y/o trasplante - Finalización dialítica o fallo trasplante

(1) Usar Instrumentos validados de severidad y/o pronóstico en función experiencia y evidencia. (2) En todos los casos, valorar también distress emocional o impacto funcional severo en paciente y/o impacto familiar como criterio de necesidades paliativas. (3) En todos los casos, valorar distress ético en toma de decisiones. (4) Valorar siempre combinación con multi-morbilidad

ANEXO 1

CRITERIOS NECPAL SEVERIDAD / PROGRESIÓN / ENFERMEDAD AVANZADA ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾

Enfermedad oncológica	• Cáncer metastásico o locoregional avanzado • En progresión (en tumores sólidos) • Síntomas persistentes mal controlados o refractarios a pesar optimizar el tratamiento específico.
Enfermedad pulmonar crónica	• Díscnea de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones • Confinado a domicilio con limitación marcha • Criterios espirométricos de obstrucción severa (VEMS <30%) o criterios de déficit restrictivo severo (CV forzada <40%/DLCO <40%) • Criterios gasométricos basales de oxigenoterapia crónica domiciliaria. • Necesidad corticoterapia continuada • Insuficiencia cardíaca sintomática asociada
Enfermedad cardíaca crónica	• Díscnea de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones • Insuficiencia cardíaca NYHA estadio III ó IV, enfermedad valvular severa no quirúrgica o enfermedad coronaria no revascularizable • Ecocardiografía basal: FE <30% o HTAP severa (PAPs> 60) • Insuficiencia renal asociada (FG <30 l/min) • Asociación con insuficiencia renal e hiponatremia persistente
Demencia	• GDS ≥ 6c • Progresión declive cognitivo, funcional, y/o nutricional
Fragilidad	• Índice Fragilidad ≥ 0.5 (Rockwood K et al, 2005) • Evaluación geriátrica integral sugestiva de fragilidad avanzada (Stuck A et al, 2011)
Enfermedad neurológica vascular (ictus)	• Durante la fase aguda y subaguda (<3 meses post-ictus): estado vegetativo persistente o de mínima conciencia> 3 días • Durante la fase crónica (> 3 meses post-ictus): complicaciones médicas repetidas (o demencia con criterios de severidad post-ictus)
Enfermedad neurológica degenerativa: ELA, EM, Parkinson	• Deterioro progresivo de la función física y/o cognitivas • Síntomas complejos y difíciles de controlar • Disfagia /trastorno del habla persistente • Dificultades crecientes de comunicación • Neumonía por aspiración recurrente, díscnea o insuficiencia respiratoria

Pacient amb MPOC avançat : PCA

ATENCIÓN PRIMARIA

Valoración integral
Plan de cuidados.

EGC

ESAD

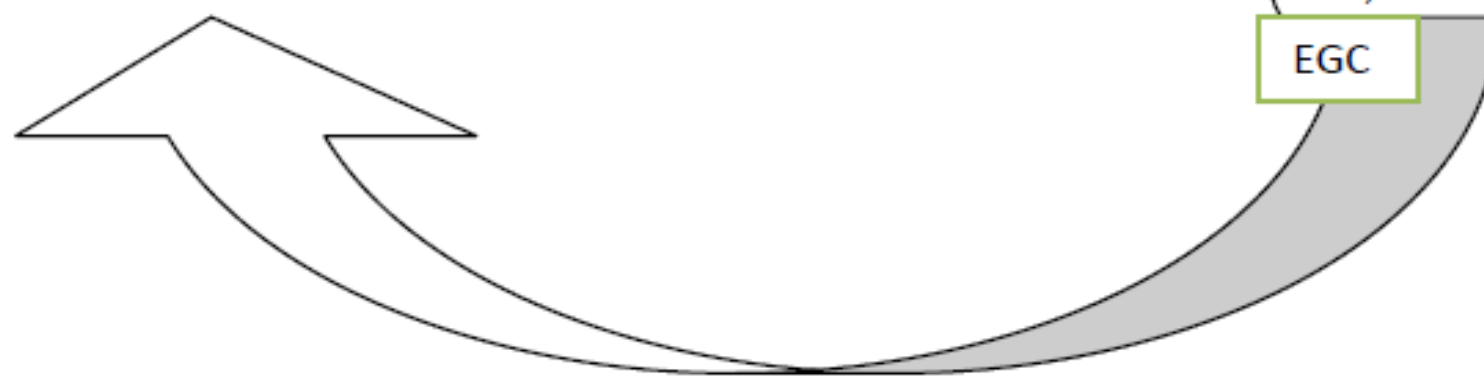
HAI

Ingreso directo.

Unidad PCA/ Unidad
Cuidados Pal.

Tto, cuidados y Reh.

EGC



Programa Pacient Actiu de les Illes Balears



Objetivo 2: Mejorar la salud de las personas con problemas de salud crónicos de las Islas Baleares, de sus familias y de las personas cuidadoras a través de la formación entre iguales en el marco del programa de paciente activo.



Profesionales que han recibido formación:

- Mallorca: 121 (88 AP)
- Menorca: 8
- Ibiza:- Formentera: 22

Pacientes activos formadores formados: 102

- Mallorca: 83
- Menorca: 10
- Ibiza: 9

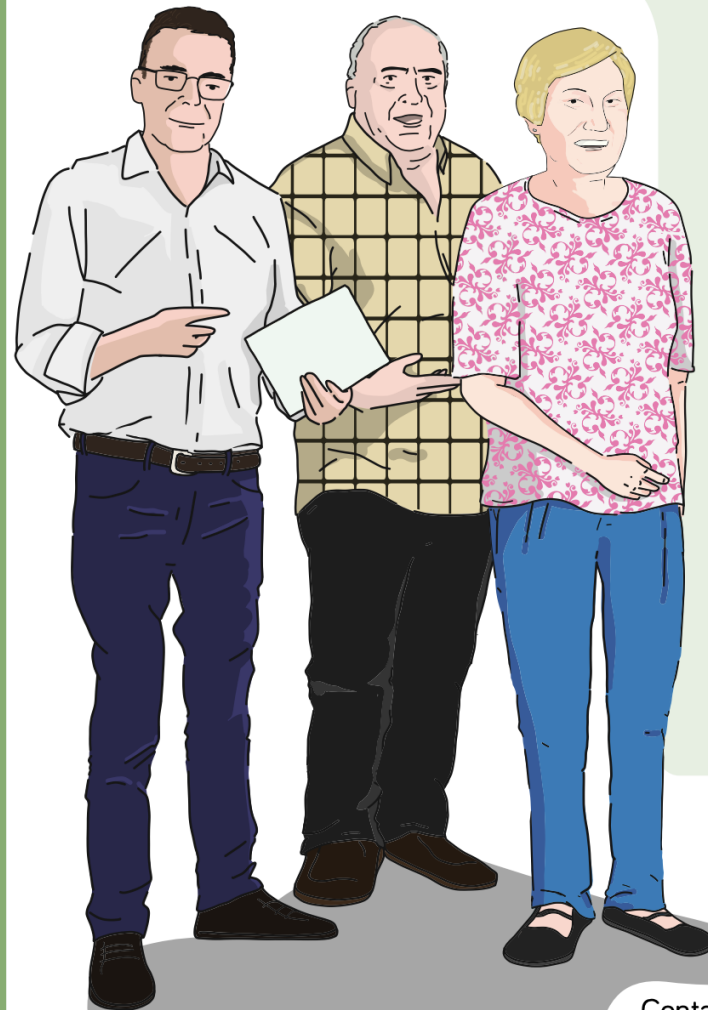
75 pacientes han completado la formación entre iguales

- Diabetes, EPOC, cuidadores

PRESENTACIÓN en 22 Centros de Salud

Realización de 7 guías didácticas: DM, EPOC, Cuidadores, IRC, EM, IC, Ca, mama,

Programa Pacient Actiu



Teniu una
**malaltia
pulmonar
obstructiva
crònica?**

Us podem ajudar
a millorar la salut:
compartim la
mateixa malaltia

Voleu participar
en un grup de
formació del
**Programa
Pacient Actiu?**

En la formació contem
amb el suport d'un
professional sanitari

Contacteu amb el vostre equip
de salut o amb l'associació de
pacients a la qual pertanyeu



pacientactiuib@ibsalut.caib.es



[@pacientactiuib](https://twitter.com/pacientactiuib)



G CONSELLERIA
O SALUT
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS

Si patiu una malaltia crònica o teniu cura
d'una persona amb un problema de salut
crònic, aquest Programa us pot interessar



Feim salut, faig salut

