Continuidad de la Atención. Gestión de casos

Jorge Hernán López R.
Profesor Asociado
Facultad de Medicina
Universidad Nacional de Colombia
Tutor: Dr Fernando Morales- Martinez
Costa Rica



Gestión de Casos (Case Management)

Definición:

La gestión de casos es un proceso de colaboración por medio del cual se valoran, planifican, aplican, coordinan, monitorizan y evalúan las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y recursos disponibles que promuevan resultados de calidad que sean costo-efectivos

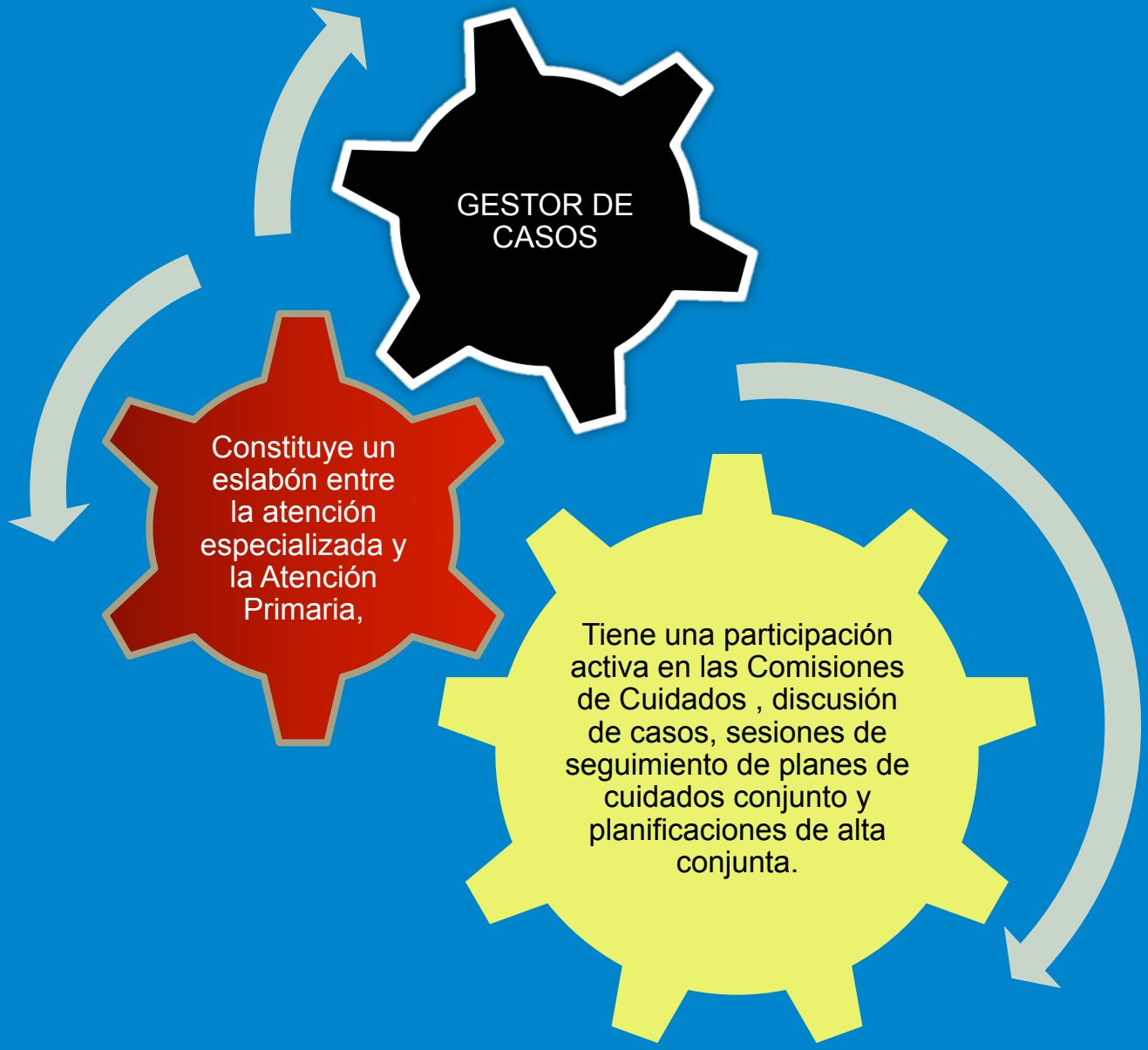
Cuidados Continuados

En la atención al anciano los cuidados continuados y coordinados aseguran la readaptación del anciano a su entorno habitual con la mayor calidad de vida posible

Gestión de Casos

Tiene los siguientes componentes:

1. Detección del caso
2. Valoración
3. Plan de cuidados
4. Implementación del cuidado
5. Monitorización
6. Revaloración periódica


GESTOR DE CASOS
Constituye un eslabón entre la atención especializada y la Atención Primaria,
Tiene una participación activa en las Comisiones de Cuidados , discusión de casos, sesiones de seguimiento de planes de cuidados conjunto y planificaciones de alta conjunta.

Objetivos en atención primaria

- Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes (clientes).
- Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de las cuidadoras principales de estos pacientes.
- Facilitar la mejora de la Atención Domiciliaria al Equipo de Atención Primaria
- Mejorar la coordinación del equipo de Atención Primaria con la red social.
- Mejorar la coordinación con otros niveles asistenciales como elemento de garantía de la continuidad de cuidados

Gestión de casos



La provisión de servicios sanitarios para atender enfermedades crónicas, necesita una organización diferente a las utilizadas en patologías agudas como se ha hecho tradicionalmente en las últimas décadas.



El énfasis de este cambio en la provisión ha de centrarse en la monitorización y el seguimiento de los pacientes más que en intervenciones agudas aisladas al tiempo que se orienta la atención hacia los cuidados y no solo hacia la curación o alivio de la enfermedad

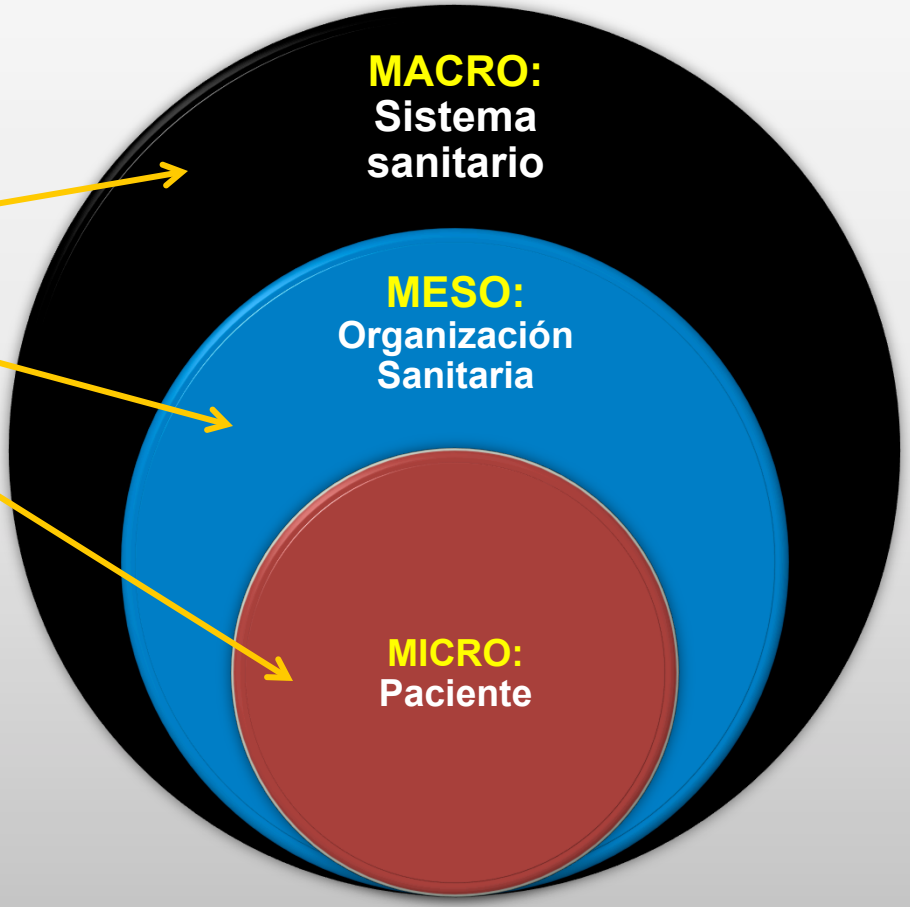
Justificación

En el Sistema Sanitario actual el cuidado de los pacientes exige la participación de varios profesionales en un entorno tecnológico donde el paciente es sometido a diferentes episodios de cuidados a través de diversos niveles asistenciales

Esto exige una integración de los cuidados en todos los niveles asistenciales entre profesionales dentro de cada nivel asistencial y sobre los diferentes niveles.

Niveles de Gestión





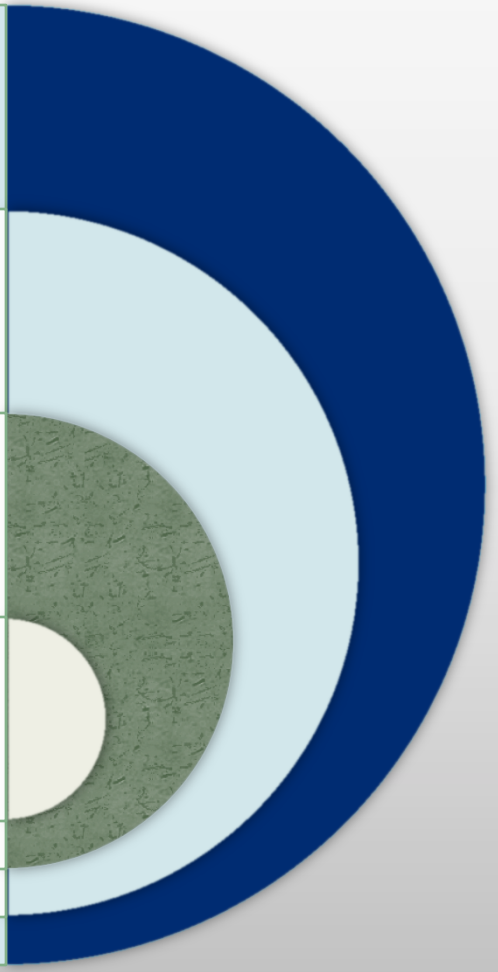
Objetivos de la integración para el paciente

Que los servicios sean organizados centrados en la necesidad del paciente y anticipándose a las necesidades de cuidados.
Los servicios deben cubrir todas las necesidades del paciente
Tener en cuenta el entorno familiar y social
Ofrecerle las opciones posibles de cuidados dándole opción para elegir



Objetivos de la integración para el paciente

Facilitar el acceso al servicio (geográfica, física, psicosocal, e informativa)
El paciente no experimenta las transiciones entre servicios sanitarios ni entre niveles asistenciales. El esfuerzo de coordinación se centra en los profesionales sanitarios no en los pacientes.
Los paquetes de cuidados son diseñados e implementados con la participación activa del paciente.
Antes de prestar el servicio se realiza una evaluación completa y durante la prestación del servicio se revalúa al paciente para ajustar el cuidado



Candidatos para recibir gestión de casos

Personas que presentan o están en riesgo de presentar los siguientes problemas:

- Deterioro de la movilidad física.
- Deterioro de la integridad de la piel.
- Déficit de autocuidados.
- Incontinencias de esfínteres.
- Dolor agudo o crónico.
- Confusión aguda o crónica.
- Manejo inefectivo o incumplimiento del régimen terapéutico
- Cansancio o riesgo de cansancio en el cuidador

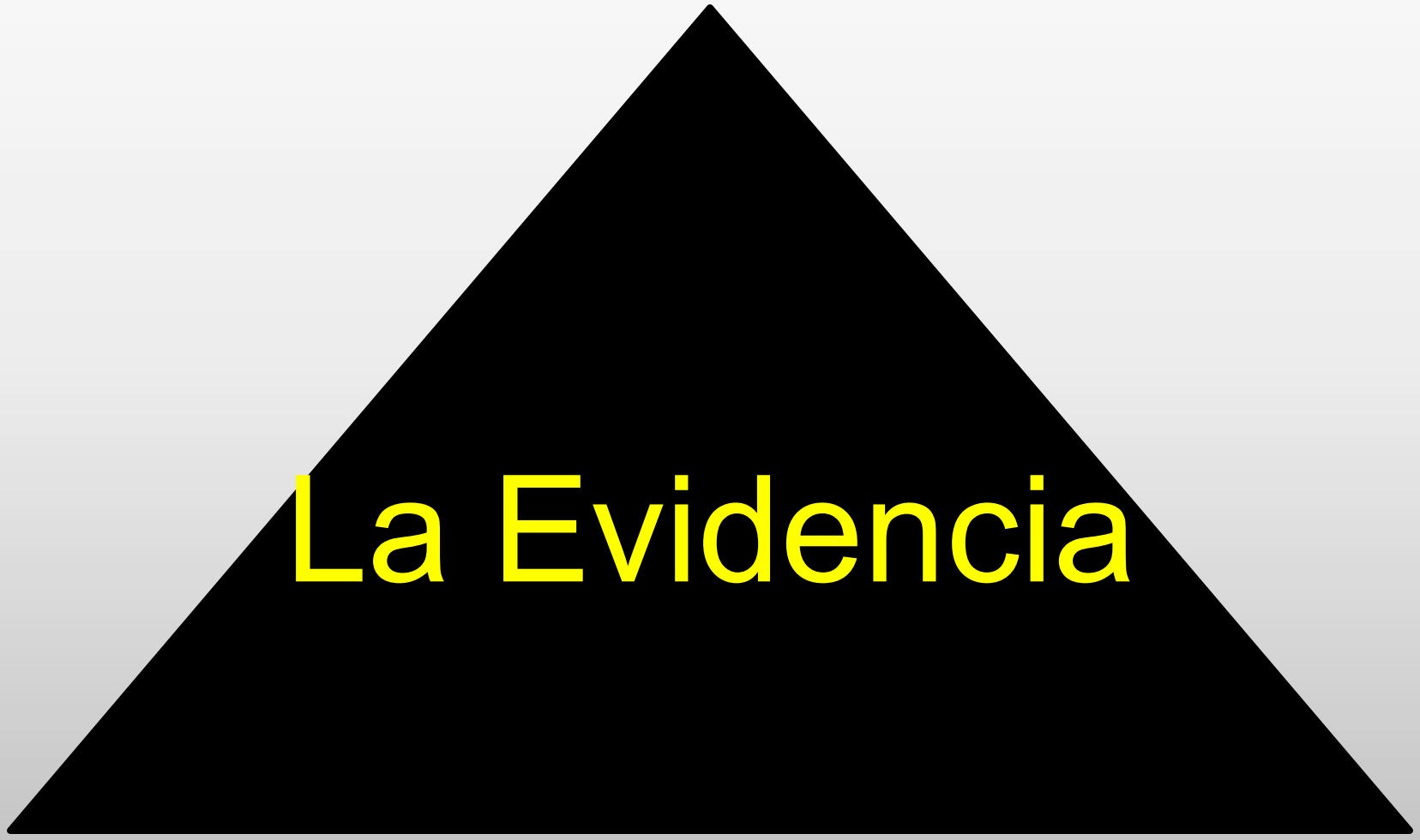
Modelos de Gestión de casos

Intensivo	Compartido	Agencia de GC	Autocoordinación por el propio pte.
• Pacientes complejos. • El gestor hace todas las gestiones	• No es un solo gestor sino un grupo con procedimientos establecidos. • Varios pacientes y menos complejos	• Es un grupo donde uno actúa como líder.	• El propio paciente elije los servicios • Debilidad: A veces los servicios no se ajustan a las necesidades

PACE: Program all inclusive care for elderly

Objetivo: Permanencia en el propio hogar del paciente

Atención médica
Terapia física y ocupacional
Recreación
Alimentación y consejería nutriciónal
Consejería
Atención domiciliaria
Cuidado personal
Cuidado de respiro


La Evidencia

- **PATOLOGIA MENTAL**
- Gestión de casos mejora el compromiso por parte del paciente psiquiátrico pero la evidencia para reducir hospitalización requiere un bajo número de pacientes por gestor.
- The UK700 trial of Intensive Case Management. World Psychiatry 1:3 - October 2002

Meta - analysis: hospital based case management does not reduce length of hospital stay or readmissions in adults

- Se analizaron 12 RCT que evaluaban GC basada en el hospital con respecto a estancia y readmisiones en pacientes adultos.
- Se excluyen pacientes con enfermedad mental y atención ambulatoria.
- La edad media fue 72 a.
- No hubo diferencia en GC y cuidado usual en estancia o readmisiones. Sin embargo se demostró que GC redujo estancia en pacientes con falla cardiaca pero no en pacientes con ACV o ancianos frágiles.

- Nurs Res 2005;54:255–64.

Gestión de casos y patologías: Falla cardiaca

Intervenciones

- 1. Planear alta temprana
- 2.Educación al paciente y su familia
- 3. Seguimiento telefónico por 12 semanas
- 4. Promover la toma óptima de los medicamentos

Resultados

- Readmisiones a 90 días fueron iguales en ambos grupos
- Costos similares en ambos grupos
- Readmisiiones por FC 17% vs 14% NS.
- Estancia hospitalaria de readmisión fue menor en GC que control (6,9 días vs 9,5)

Conclusiones

- Programas específicos de GC necesitan ser habilitados con grupos específicos de ptes para que sean efectivos,
- En este estudio los mejores resultados se vieron en pacientes que tenían fácil acceso a un cardiólogo residente cerca del área

Arch Intern Med. 2003

Diabetes Mellitus

- Un programa de telemedicina con GC que incluía apoyo, educación y alcance de metas encontró que ancianos diabéticos obtuvieron de manera significativa mejor control de DM pero no hubo mejoría en autoeficacia, depresión o distrés por su DM.
- Hubo mejoría en HBA1C, TA y lípidos.

Diabetes Care 2007

Demencia

- Un estudio analizó 412 cuidadores de ptes con AD, la mitad recibió GC y la mitad sirvió de control. CM consistía de evaluación clínica en casa cada 6 meses.
- La enfermera gestora identificaba problemas médicos y psicosociales del cuidador y del paciente, así como sus necesidades de servicio. Se desarrollaba un plan de cuidado con acuerdo de cuidador y paciente.
- RESULTADOS: Menos cuidadores en el grupo casos fueron admitidos al hospital p=0.037. No hubo diferencias en admisiones a urgencias ni en costos

Evid. Based Ment. Health 2002;5;95

Revisión Cochrane sobre Unidades Ortogeriátricas

Programa / Desenlace	U. Rehab Ortopédicas - Geriátricas	Prog Fracturas de cadera	Alta Temp con acomp.
Estancia intrahosp.	No Reducción	Reducción	Reducción
Readmisiones			Aumento NS
Impacto funcionalidad morbilidad y QL	Evidencia insuficiente	Evidencia insuficiente	Evidencia insuficiente
Costo efectividad	?	Posiblemente	Posiblemente
Mortalidad	Ningún cambio	Ningún cambio	Ningún cambio

Cameron I et al. Health Technol Assess. 2000

Post acute care PAC: Australia

Este programa está disponible para todo adulto > 18 a que requiera cuidados comunitarios. Permite una aproximación coordinada a GC y provisión de servicios comunitarios a corto plazo. Goza de un presupuesto independiente que le permite usar servicios de tratamiento (p. ej.TF) o de soporte (p.ej alimentación) para el periodo inmediato post descarga.

Un estudio controlado demostró que coordinar la provisión de servicios a corto plazo y hacer seguimiento a través de PAC es benéfico como plan de descarga

El modelo de cuidado es importante en generar estos resultados.
Los coordinadores PAC son entrenados para identificar y dirigir servicios comunitarios para recoger las necesidades de los pacientes y obtener las mejores opciones

Effectiveness of case management and post-acute services in older people after hospital discharge.
MJA 2003

Evaluación geriátrica post descarga de Anciano Frágil hospitalizado

Objetivo: Evaluar el impacto de VGI en ancianos frágiles iniciada antes de la alta y continuada en casa.

Métodos: Pacientes > 65 años con condiciones médicas inestables, limitación funcional reciente o problemas clínicos geriátricos potencialmente reversibles. Total pacientes 354

Resultados: No hubo diferencia en el grupo intervención y el control en cuanto a sobrevida, readmisiones hospitalarias, o traslado a hogar geriátrico a 60 días.

Tampoco hubo diferencia en funcionalidad física,social,limitación de los roles, percepción de salud,dolor, salud mental, energía o fatiga, y bienestar general

L. Siu, Mount Sinai School of Medicine, New York, NY, USA.
Arch Int Med 1996

Continuidad de la Atención. Gestión de casos. Conclusiones



La gestión de casos es muy útil cuando se adapta adecuadamente a las necesidades de cada paciente y a los recursos de cada región.



El gestor de casos es un enlace importante entre el sistema de salud y el paciente agobiado por múltiples patologías crónicas o discapacidades

Continuidad de la Atención. Gestión de casos. Conclusiones



Con los actuales sistemas de salud, en los cuales existen múltiples proveedores de servicio la GC permite trasladar muchos trámites burocráticos al gestor descargando al enfermo y a su cuidador de estos trámites.



Un sistema adecuado de gestión permite una continuidad armónica de la atención sin interrumpir el cuidado al enfermo


Gracias