Pan American Health Organization

Regional Office of the World Health Organization

ACADEMIA LATINOAMERICANA DE MEDICINA DEL ADULTO MAYOR

ALMA

LA GESTIÓN DE CASOS QUIÉN, CÓMO, CUÁNDO

GRUPO 4

Sylvia Leitón Arrieta
Gustavo Arbo
Aldo Ramón Sgaravatti Ferreiro
Norma América Cardoso Lunar
Odín Edgar Vázquez Valdez
Belkys Quintana López
Eduardo Vázquez de la Mora
Oscar Monge Navarro



Programa de Desarrollo Abril/2003 / Autor: Dr. Enrique Vega

Cronic Care Clinics. Wy don't they work? JAGS 1999; 47; 908-909 No. 5

En un estudio hecho en Rochester, New York, hace 30 años demostró:

- Que los pacientes **frágiles** que necesitaban una evaluación exhaustiva podían recibirla de equipos multidisciplinarios ambulatorios.
- 2/3 de los pacientes que estaban en listas de espera por Hogares de Ancianos, pudieran resolver sus necesidades en instituciones menos restrictivas
- ¼ de los pacientes **frágiles** evaluados podían resolver sus problemas en su casa, con algún cuidado adicional.

GESTIONAR

- TAREA ADMINISTRATIVA
- HACER DILIGENCIAS ADECUADAS PARA CONSEGUIR ALGO

GESTIÓN DE CASOS

Gestor de Caso del
Adulto Mayor
en Riesgo de Dependencia

Gobierno de Chile

- La Sociedad americana de manejos de caso define la gestión caso como un proceso de colaboración en el asesoramiento, planificación, acceso y defensa de las opciones y servicios, para encontrar las mejores opciones a las necesidades de salud de los individuos, mediante la comunicación y los recursos disponibles a fin de promover la calidad y la eficacia de costes en los resultados.

La gestión de casos no es una profesión, es un método.

Fundamentos de la atención sanitaria de los mayores / Elsevier 2015

Proceso diseñado para implementar de forma eficiente, apropiada y coordinada los servicios de salud en los diferentes niveles asistenciales.

1970 surgió en Estados Unidos el case management, que se ha traducido como gerencia de casos.

¿ PERO ES SIMPLE UN MANEJO DE CASOS?

¿QUIÉN ?



¿GERIATRAS?

¿TRABAJADORAS SOCIALES ?

¿ENFERMERAS ?

¿MEDICOS GENERALISTAS AP?

¿PROVEEDORES DE SALUD?

¿OTRAS ESPECILIDADES?

¿PALIATIVISTAS?

THE ROTE OF THE GERIATRICIAN IN MANAGELD CARE. OPPORTUNITIES AND RESPONSABILITIES. STERNBERT; JAGS 1999; 47; 605-610 NO. 5

- En un programa de manejo de cuidados, se necesita la capacidad gerencial del médico en adición de su capacidad de brindar cuidados clínicos ¿Quién mejor que un geriatra para eso?

GRUPOS DE EXPERTOS DEL PAPPS

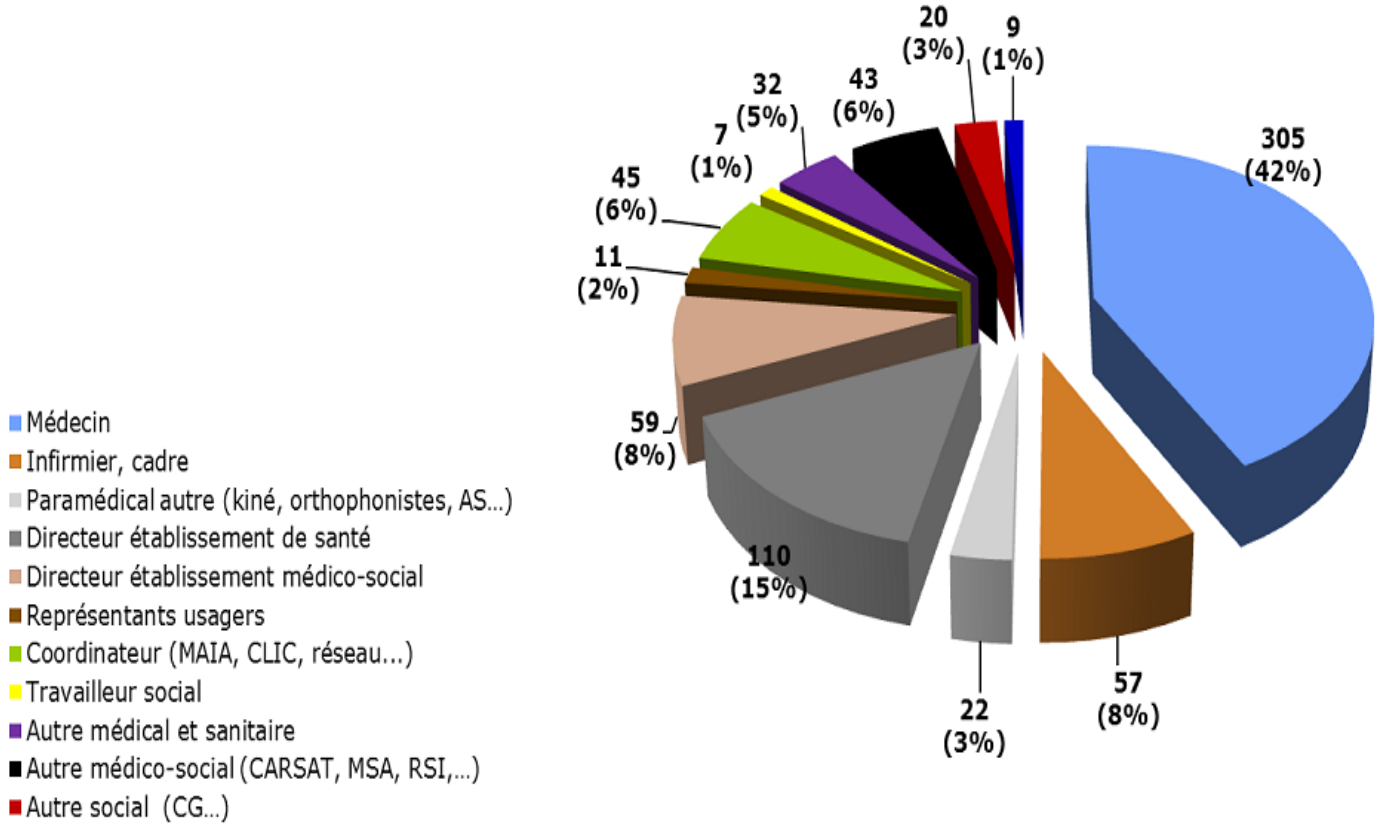
Actividades preventivas en los mayores

Estrategias multidisciplinares/multidimensionales, en las que algunos profesionales específicos (geriatras, fisioterapeutas y especialistas en el manejo de movilidad y actividad física, trabajadores sociales, enfermeras comunitarias especializadas) pueden tener un importante papel, en coordinación con los de AP.

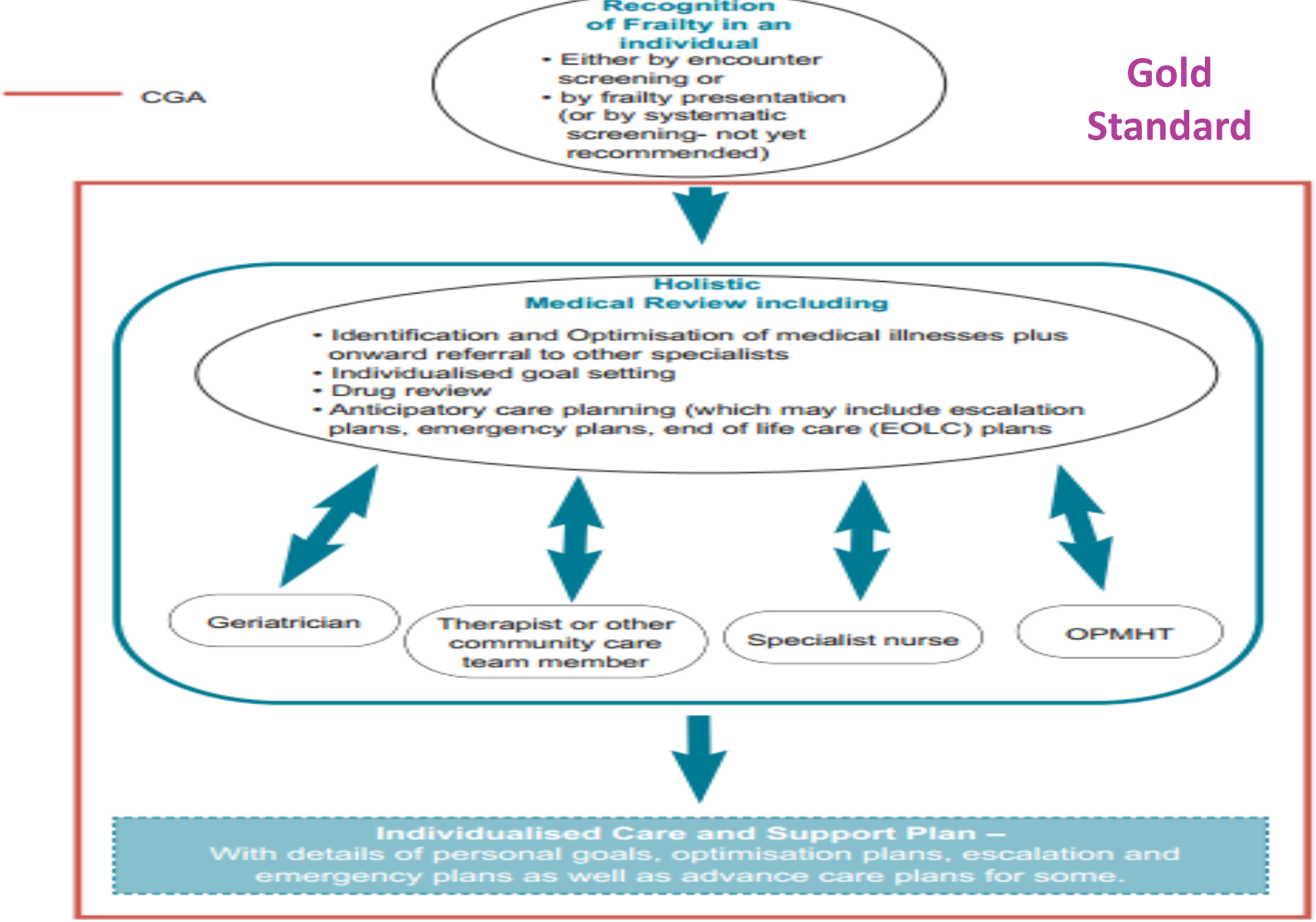
Aten Primaria Vol. 46. Supplement 1V - June 2014

- Los gestores de caso provienen de distintas disciplinas: trabajo social , psicología, medicina , enfermería.
- Los trabajadores sociales y los enfermeros son los que reivindican para sí la gestión de casos.

Repérer, évaluer et prendre en charge la fragilité pour prévenir la dépendance en pratique clinique



Bruno Vellas, M.D, Ph.D[1,2] et al.



Gold Standard

Ellis G, M Whitehead, O'Neill D, Langhorne P, Robinson D. Valoración geriátrica integral para los adultos mayores ingresados en el hospital. Base de Datos Cochrane Syst Rev 2011; doi: 10.1002

British Geriatrics Society 2014

¿CÓMO?

ORIENTADOS AL ADULTO MAYOR

- Asegurar que los servicios proporcionados son adecuados para las necesidades de ese cliente específico.
- Supervisar las condiciones de los servicios.
- Mejorar el acceso y la continuidad de y entre los servicios.
- Soporte a cuidadores y personal de apoyo
- Servir de enlace entre el sistema institucional y la comunidad.

ORIENTADOS HACIA EL SISTEMA

- Identificar carencias y fallos de servicios en la comunidad.
- Facilitar el desarrollo de más servicios no institucionales (residenciales).
- Promover la calidad y la eficiencia en la provisión de servicios

- **Pero la realidad ha demostrado que no en pocas ocasiones quedan excluidos de estos cuidados y de estas coordinaciones aquellos con mayor deterioro funcional .**
- **No es común que los ancianos frágiles reciban multiples servcicios , ni variedad de ellos.**

¿QUE SE NECESITA?

- CAMBIO DE PARADIGMA A FAVOR DE MODELOS DE ATENCIÓN CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA .

MODELOS DE ATENCIÓN CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

- ✓ SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD (Comunidad – Hospital)
- ✓ APOYAR A LOS PACIENTES EN SUS COMUNIDADES. (Home Care)
- ✓ APLICAR UN CUIDADO PREVENTIVO Y ANTICIPATORIO.

- ¿ENTONCES?



¿QUE SERA LO MEJOR?

¿MANEJAR LA FRAGILIDAD COMO UNA CONDICION DE CUIDADO A LARGO PLAZO (LTC)?

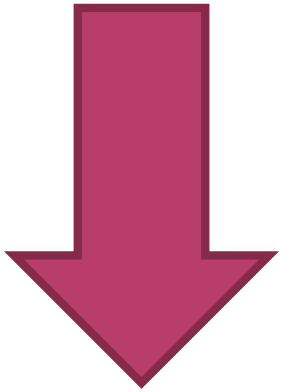
LA COORDINACION DE CASOS DE ALTOS RIESGOS COMO CENTRO DE LOS SISTEMAS INTEGRADOS .

Age and Ageing 2015; **44:** 732–735

INDIVIDUALIZACIÓN



Ravishankar Jayadevappa and Sumedha Chhatre. *Patient Centered Care - A Conceptual Model and Review of the State of the Art*. The Open Health Services and Policy Journal, 2011, 4, 15-25



- LA INCLUSIÓN DE LOS PACIENTES Y/O FAMILIARES EN LA TOMA DE DECISIONES Y EL ANÁLISIS DE LOS VALORES QUE GUÍAN LAS DECISIONES DE GESTIÓN .

HERRAMIENTA MULTIFACTORIAL

Estrategia clínica **Diagnóstico, comorbilidades, ¿ pronostico ?** **Expectativa de vida** **Regla de oro Riesgo/Beneficio**	**Decisión del Paciente** **Cognición del paciente** **Voluntad anticipada** **metas globales**
Calidad de vida capacidad funcional	Escenario situación social y económica de la familia

J Am Geriatr Soc 63:1674-1678, 2015.

¿CUÁNDO?

- Una coordinación anticipada
- Con una colaboración con el paciente ;la familia y los proveedores de servicios
- Bien definidas las intervenciones y los procedimientos.
- Apropiado, supervisado y con una revisión de los recursos necesarios .
- Aumentando la efectividad de la intervención si fuese necesario .

DURACION Y FRECUENCIA

- Un cuidado largo y flexible .
- Mantenido en el tiempo proporcionando todos los cuidados hasta el final de su vida.
- Evaluando cuando necesitan una atención paliativista u otros servicios de cuidado.
- Con la capacidad de modificar las citas en caso necesario.

MODELO ACTUAL

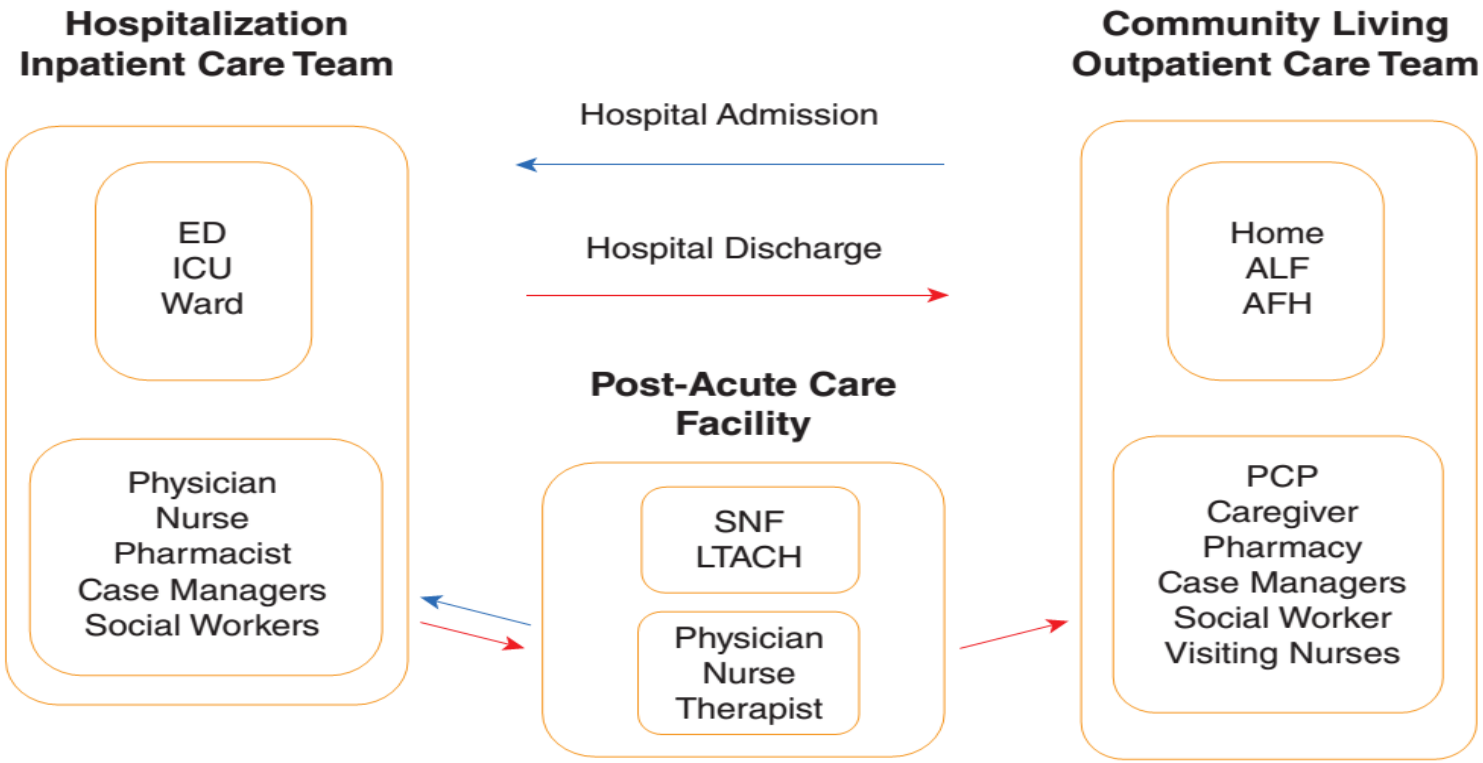


Figure 13.1 Care transitions between community-based and hospital-based care. A leftward arrow represents hospital admission and a rightward arrow represents patient discharge. ED, emergency department; ICU, intensive care unit; SNF, skilled nursing facility; LTACH, long-term acute care hospital; ALF, assisted living facility; AFH, adult foster home; PCP, primary care provider.

CONCLUSIONES

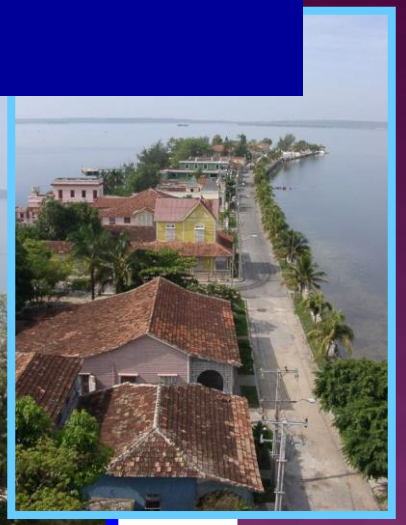
- Está diseñada para evitar o acortar al máximo la hospitalización y reducir sus costes evitar uso de servicios sanitarios no necesarios.
- Obtener el tratamiento más apropiado para el paciente mediante el uso eficiente de los recursos disponibles.
- Con el 'trabajador de referencia', adscrito a un servicio concreto.
- Orientados hacia la gestión de servicios y hacia las necesidades del paciente.
- En el paciente frágil la gestión de casos debe formar parte de los cuidados a largo plazo



CIENFUEGOS –CUBA















Gracias Miami por la bienvenida