

Soporte telefónico en Cuidados Paliativos. Una herramienta para multiplicar eficiencia y poder llegar a todos

**Salvador Vergara López
Jefe de Sección de Medicina Interna
Hospitales de Valme y El Tomillar. AGS Sur de
Sevilla**

Guion

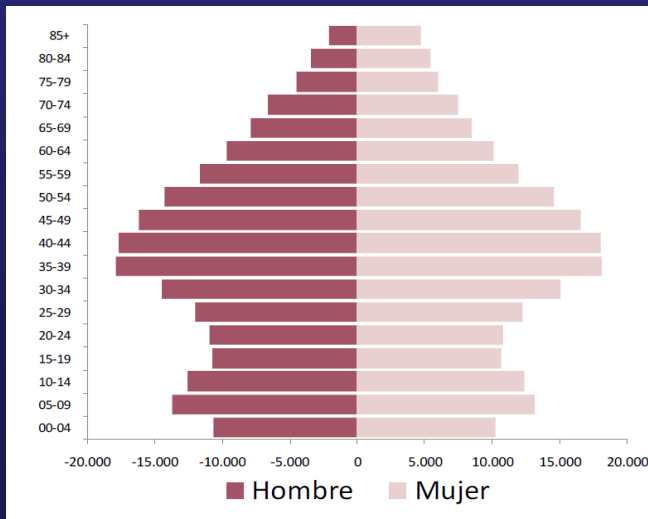
- **El AGS Sur de Sevilla y los recursos de Cuidados paliativos (CCPP)**
- **La telemedicina antes de la telemedicina**
- **Optimización del soporte telefónico**
- **Conclusiones**

AGS Sur de Sevilla

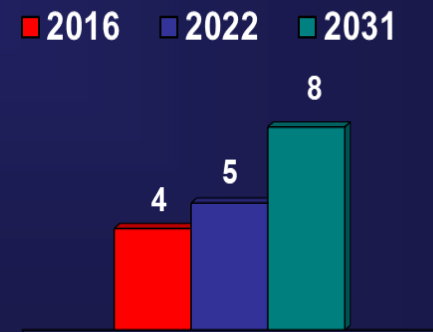


AGS Sur de Sevilla

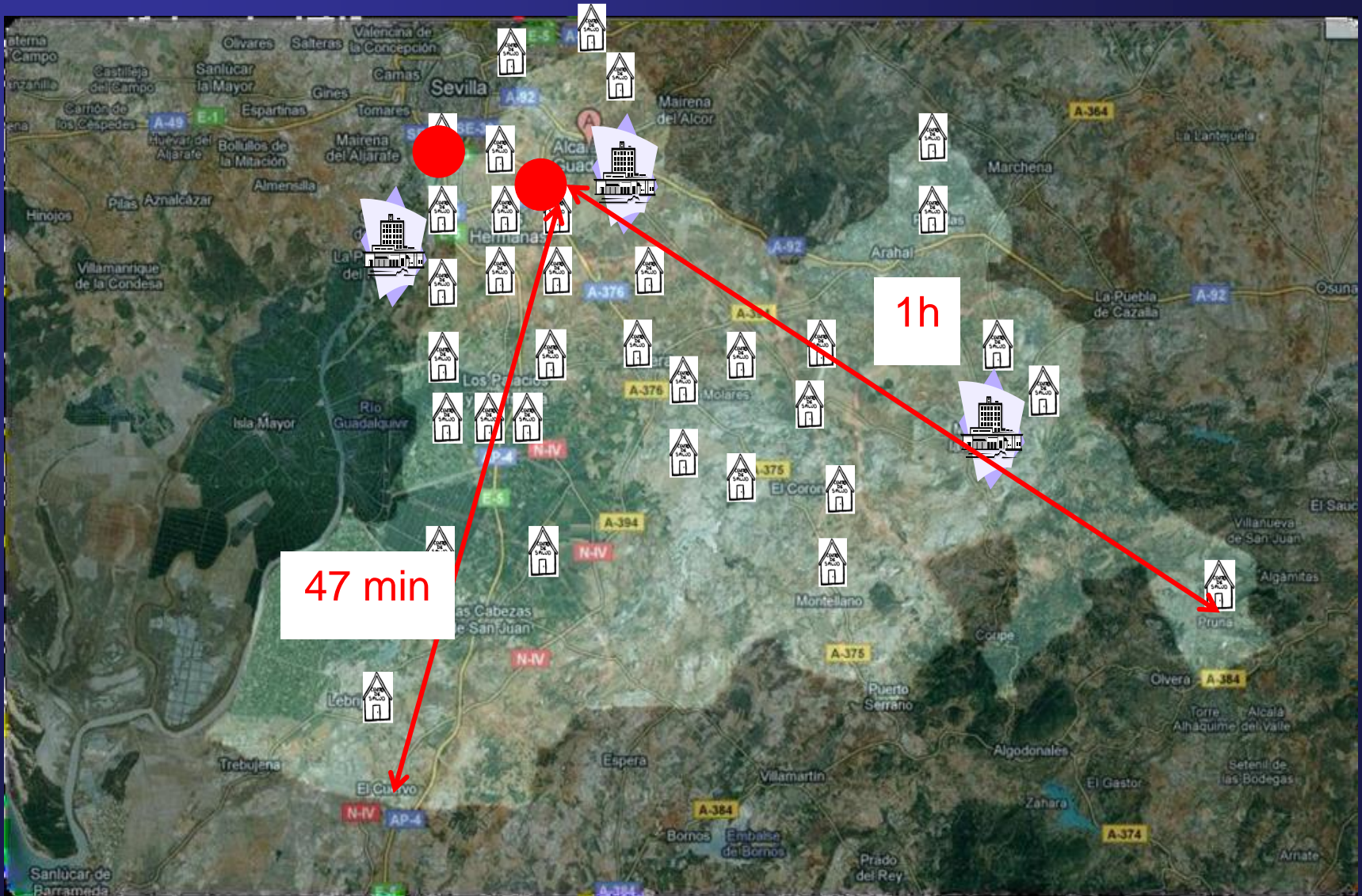
- 2 hospitales: Valme y El Tomillar
- 33 Centros de Salud
- 3 Centros de Especialidades
- Población en torno a 480.000 habitantes



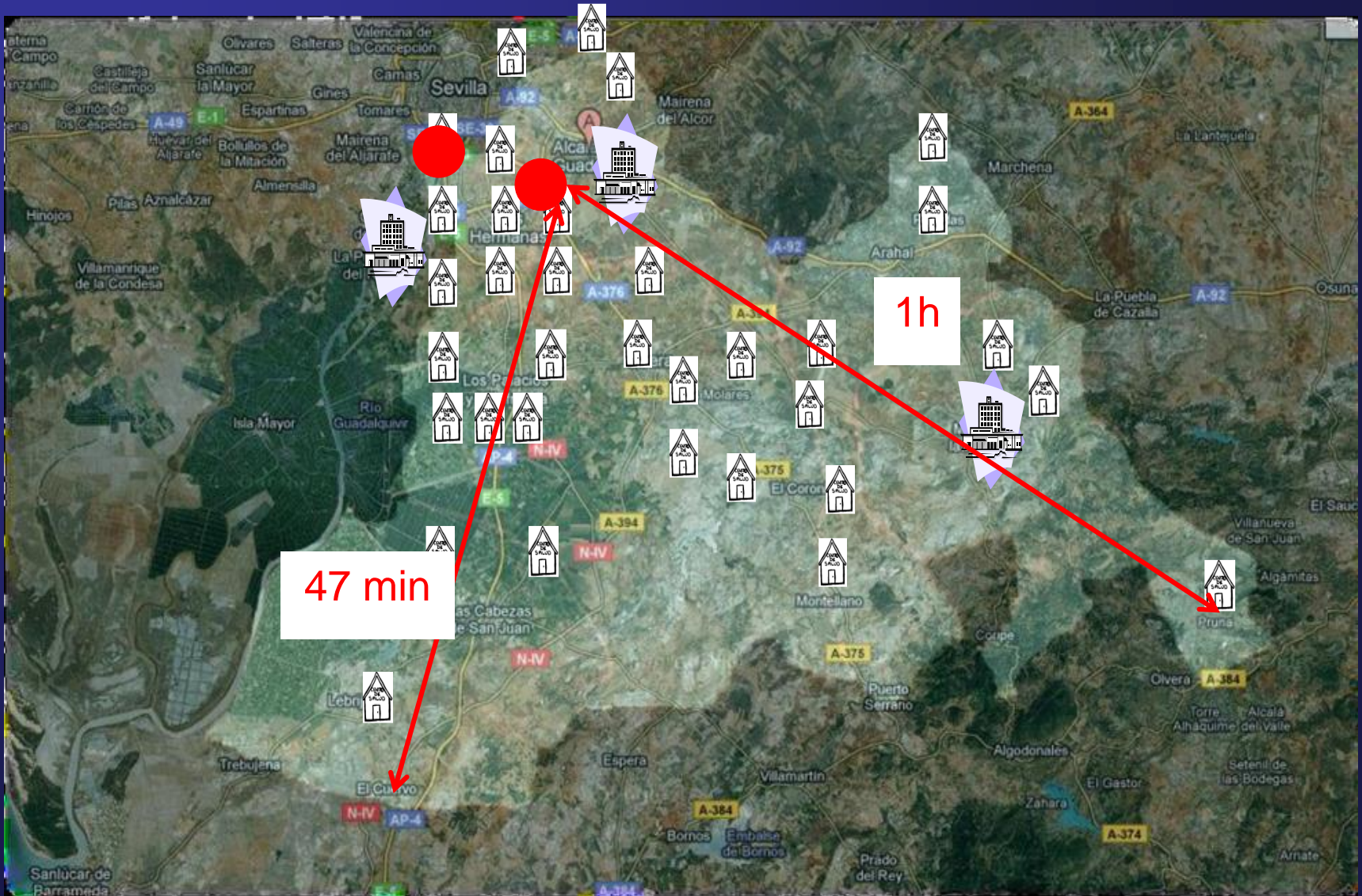
Porcentaje población mayor 80 años



AGS Sur de Sevilla



AGS Sur de Sevilla



CCPP en el AGS Sur de Sevilla

- **Medicina interna**
 - Hospital de Valme. Referencia de agudos y consultas externas.
 - Hospital de El Tomillar: referencia de cronicidad, multimorbilidad y Cuidados paliativos.
 - Concepto global de CCPP (oncológicos 35% y NO oncológicos 65%)
- **Unidad de CCPP**
 - Unidad de hospitalización de agudos autónoma (enfermos procedentes de urgencias, domicilio y Hospital de día)
 - Hospital de día

Hospital de día. El inicio

- 3 Equipos médico-enfermera
- Distribución por zonas geográficas
- Actividad telefónica:
 - Abierto a todos los pacientes.
 - Respuesta en el mismo día mediante mensaje en contestador automático.
 - 3 posibilidades básicas de respuesta:
 - Solución problema planteado.
 - Habitualmente baja complejidad
 - citación con “demora 0” en hospital de día.
 - Ingreso desde domicilio.
 - Aprox. 36% ingresos “no urgentes”

Situación inicial. Fortalezas

- **Visión amplia y moderna de CCPP**
- **Apuesta decidida por la Continuidad asistencial**

Situación inicial. Amenazas y debilidades

- Elevada población envejecida y envejeciéndose
- Elevada dispersión geográfica
- Exclusión de los recursos básicos (uso generalizado del soporte telefónico)
- Recursos avanzados poco desarrollados.
 - Ausencia de Equipo de soporte de CCPP domiciliarios
 - Falta de control de ingresos (65% procedente de urgencias, sin filtro)
- Recursos avanzados sobrecargados y con una evidente ineficiencia por elevada atención a la complejidad no elevada

Estrategias de mejora puesta en marcha

- Apuesta por formación de los recursos básicos y avanzados.
- Mejora de las relaciones con los servicios proveedores de pacientes.
 - Creación comité de paliativos con oncología
 - Herramienta de derivación digital + reuniones presenciales mensuales.
- Creación de criterios de ingreso desde urgencias.
- Optimización del soporte telefónico
 - CLAVE: Atención distribuida según nivel de complejidad.

Estrategias de mejora puesta en marcha



¿cómo gestionar la asistencia mediante soporte telefónico según nivel de complejidad y partiendo de un uso generalizado?

► **IDC-Pal: Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos**

		Elementos	Nivel de complejidad*	SÍ	NO
1. Dependientes del paciente	1.1. Antecedentes	1.1a Paciente es niño/a o adolescente	AC		
		1.1b Paciente es profesional sanitario	C		
		1.1c Rol socio-familiar que desempeña el/la paciente	C		
		1.1d Paciente presenta discapacidad física, psíquica o sensorial previas	C		
		1.1e Paciente presenta problemas de adicción recientes y/o activos	C		
		1.1f Enfermedad mental previa	C		
	1.2. Situación clínica	1.2a Síntomas de difícil control	AC		
		1.2b Síntomas refractarios	AC		
		1.2c Situaciones urgentes en paciente terminal oncológico	AC		
		1.2d Situación de últimos días de difícil control	AC		
		1.2e Situaciones clínicas secundarias a progresión tumoral de difícil manejo	AC		
		1.2f Descompensación aguda en insuficiencia de órgano en paciente terminal no oncológico	C		
		1.2g Trastorno cognitivo severo	C		
		1.2h Cambio brusco en el nivel de autonomía funcional	C		
		1.2i Existencia de comorbilidad de difícil control	C		
		1.2j Síndrome constitucional severo	C		
		1.2k Difícil manejo clínico por incumplimiento terapéutico reiterado	C		
	1.3. Situación psico-emocional	1.3a Paciente presenta riesgo de suicidio	AC		
1.3b Paciente solicita adelantar el proceso de la muerte		AC			
1.3c Paciente presenta angustia existencial y/o sufrimiento espiritual		AC			
1.3d Conflicto en la comunicación entre paciente y familia		C			
1.3e Conflicto en la comunicación entre paciente y equipo terapéutico		C			
1.3f Paciente presenta afrontamiento emocional desadaptativo		C			
2. Dependientes de la familia y el entorno	2.a Ausencia o insuficiencia de soporte familiar y/o cuidadores	AC			
	2.b Familiares y/o cuidadores no competentes para el cuidado	AC			
	2.c Familia disfuncional	AC			
	2.d Claudicación familiar	AC			
	2.e Duelos complejos	C			
	2.f Limitaciones estructurales del entorno	AC			
3. Dependientes de la organización sanitaria	3.1. Profesional/Equipo	3.1a Aplicación de sedación paliativa de manejo difícil	AC		
		3.1b Dificultades para la indicación y/o manejo de fármacos	C		
		3.1c Dificultades para la indicación y/o manejo de intervenciones	C		
		3.1d Limitaciones en la competencia profesional para el abordaje de la situación	C		
	3.2. Recursos	3.2a Dificultades para la gestión de necesidades de técnicas instrumentales y/o material específico en domicilio	C		
		3.2b Dificultades para la gestión y/o manejo de necesidades de coordinación o logísticas	C		

*Nivel de complejidad: C: Elemento de Complejidad; AC: Elemento de Alta Complejidad

- Atención basada en complejidad
 - Pacientes oncológicos ✓

- Pacientes No oncológicos



65-70% pacientes No oncológicos

Adaptación herramienta de complejidad IDC-pal a nuestra área

IDC-Pal: Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos					
Categoría	Elementos	Nivel de complejidad*			
		SÍ	NO		
1. Dependencia del paciente	11. Aspectos				
	11a	Paciente es niño/a o adolescente	AC		
	11b	Paciente es profesional sanitario	C		
	11c	Relación-familiar que desempeña es/a paciente	C		
	11d	Paciente presenta discapacidad física, psíquica o sensorial previas	C		
	11e	Paciente presenta problemas de adicción recientes y/o activos	C		
	11f	Enfermedad mental previa	C		
	11. Situación clínica	12a	Síntomas de difícil control	AC	
		12b	Síntomas refractarios	AC	
		12c	Situaciones urgentes en paciente terminal oncológico	AC	
		12d	Situación de últimos días de difícil control	AC	
		12e	Situaciones clínicas secundarias a progresión tumoral de difícil manejo	AC	
		12f	Descompensación aguda en insuficiencia de órgano en paciente terminal no oncológico	C	
		12g	Trastorno cognitivo severo	C	
		12h	Carries tenso en el nivel de autonomía funcional	C	
12i		Existencia de comorbilidad de difícil control	C		
13. Situación psicosocial	13a	Dificil manejo clínico por incumplimiento terapéutico reiterado	C		
	13b	Paciente presenta riesgo de suicidio	AC		
	13c	Paciente presenta angustia existencial y/o sufrimiento espiritual	AC		
	13d	Conflicto en la comunicación entre paciente y familia	C		
	13e	Conflicto en la comunicación entre paciente y equipo terapéutico	C		
2. Dependencia de la familia y el entorno	2a	Paciente presenta afrontamiento emocional desadaptativo	C		
	2a	Ausencia o insuficiencia de soporte familiar y/o cuidadores	AC		
	2b	Familiares y/o cuidadores no competentes para el cuidado	AC		
	2c	Familia disfuncional	AC		
	2d	Clasificación familiar	AC		
	2e	Duelos complejos	C		
	2f	Limitaciones estructurales del entorno	AC		
3. Dependencia de la organización sanitaria	31. Problemas de gestión				
	31a	Aplicación de sedación paliativa de manejo difícil	AC		
	31b	Dificultades para la indicación y/o manejo de fármacos	C		
	31c	Dificultades para la indicación y/o manejo de intervenciones	C		
	31d	Limitaciones en la competencia profesional para el abordaje de la situación	C		
	32a	Dificultades para la gestión de necesidades de técnicas instrumentales y/o material específico en domicilio	C		
	32b	Dificultades para la gestión y/o manejo de necesidades de coordinación o logísticas	C		

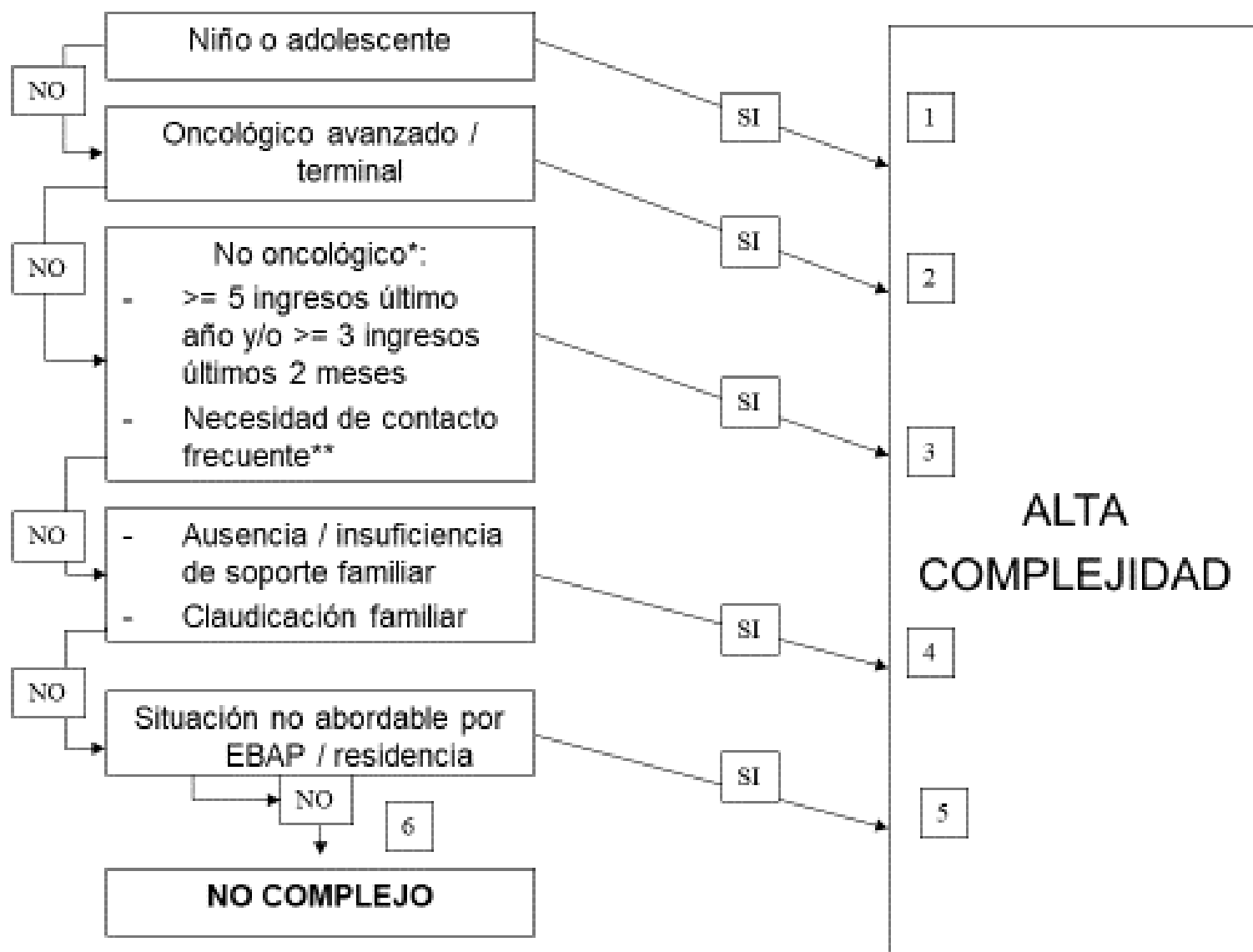


Encuesta a expertos



- elevado riesgo de desarrollar crisis de necesidad complejas
- elevado riesgo de desarrollar crisis que requieran asistencia hospitalaria
- elevado riesgo de desarrollar crisis que no pudieran ser abordadas por recursos básicos de CCPP
- facilidad de aplicación.
- priorización de “sensibilidad” frente a “especificidad”

Aplicación H. Complejidad



* También incluye pacientes oncológicos no avanzados cuyo problema principal no sea oncológico

** Pacientes con necesidad predecible de procedimientos que requieran hospitalización o estancia en HDTO: paracentesis, transfusiones, toracocentesis principalmente

Atención basada en Herramienta de Complejidad

- A quien: Pacientes en seguimiento por Unidad.
- Para qué: establecer la ATENCIÓN AMBULATORIA (soporte telefónico directo)
- Cuando:
 - PROCESO DINÁMICO
 - Alta paciente
 - Informes de consultas externas
- Cómo:
 - Plantilla en E. clínica para aplicar a anamnesis y elaboración de informes

No tiene ninguna plantilla

PLANTILLAS DE MI UNIDAD FUNCIONAL

- ANAMNESIS UDTO
- ANAMNESIS UDTO2
- hoja de anamnesis
- INGRESO
- UDTO
- ANAMNESIS INGRESO TOMILLAR
- HIPERTENSION ARTERIAL MODIFICADA
- HIPERTENSION REFRACTARIA
- PERDIDA DE PESO

PLANTILLAS ESPECIALIZADAS DE MI UNIDAD FUNCIONAL

- Hoja de Anamnesis De Patología Nodular Tiroidea

Cerrar

Plantillas de Informes de Consulta

MIS PLANTILLAS

No tiene ninguna plantilla

PLANTILLAS DE MI UNIDAD FUNCIONAL



INFORME CONSULTA UDTO



Cerrar

Atención basada en Herramienta de Complejidad

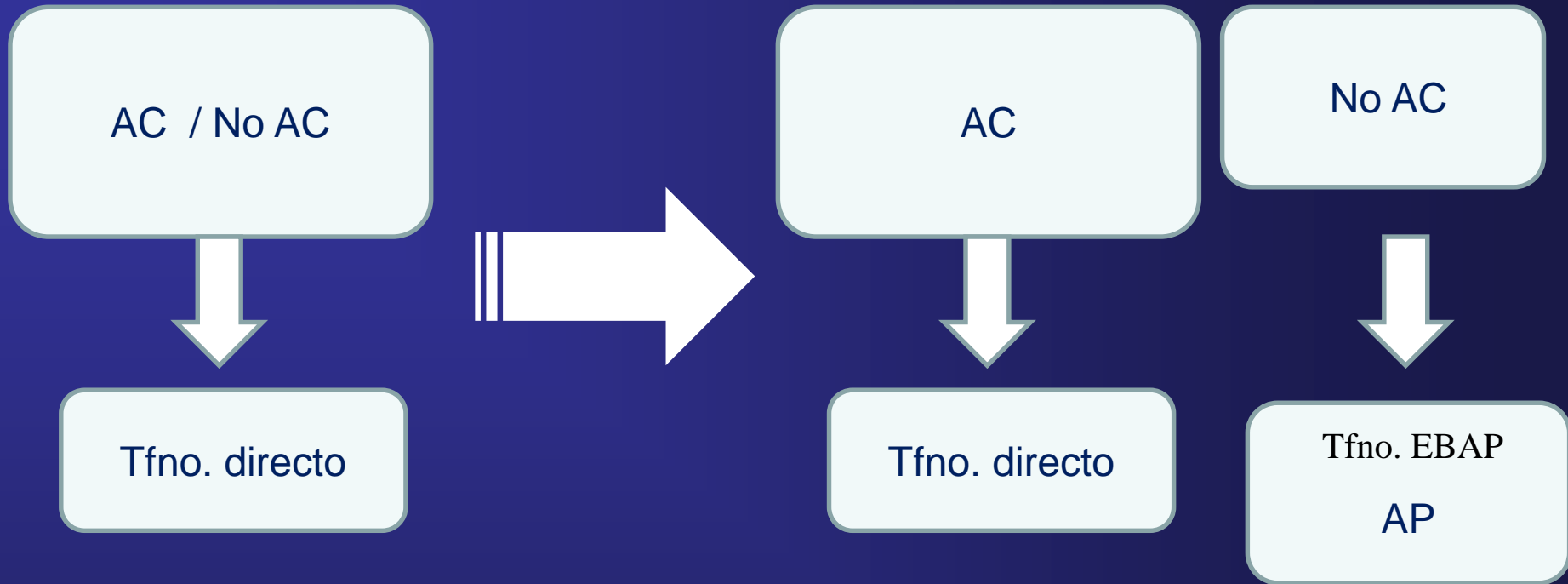
- Quitar la parte que no proceda
 - Quedarse con el texto de AC o No AC.
 - Dentro del texto quitar los teléfonos que no correspondan.
 - Indicar el número de la causa/s que establecen la alta complejidad (opcional).

El paciente se considera actualmente en situación de NO AC.

Control por parte de su Equipo de atención primaria, que tiene a su disposición el teléfono 768724 / 768687 / 768686 para cualquier consulta no urgente de lunes a viernes en horario de mañana.

El paciente se considera actualmente en situación de AC, MOTIVO .

Control por parte de su Equipo de atención primaria, Tiene a su disposición el teléfono 95 501 61 56 / 95 50161 58 / 95 501 61 29 para cualquier consulta no urgente de lunes a viernes en horario de mañana.



Resultados de aplicación de la herramienta

- Fácil y rápida aplicación.
- 0% → 28% → 45-50 % situaciones consideradas no AC.
- Optimización de la herramienta con el uso.

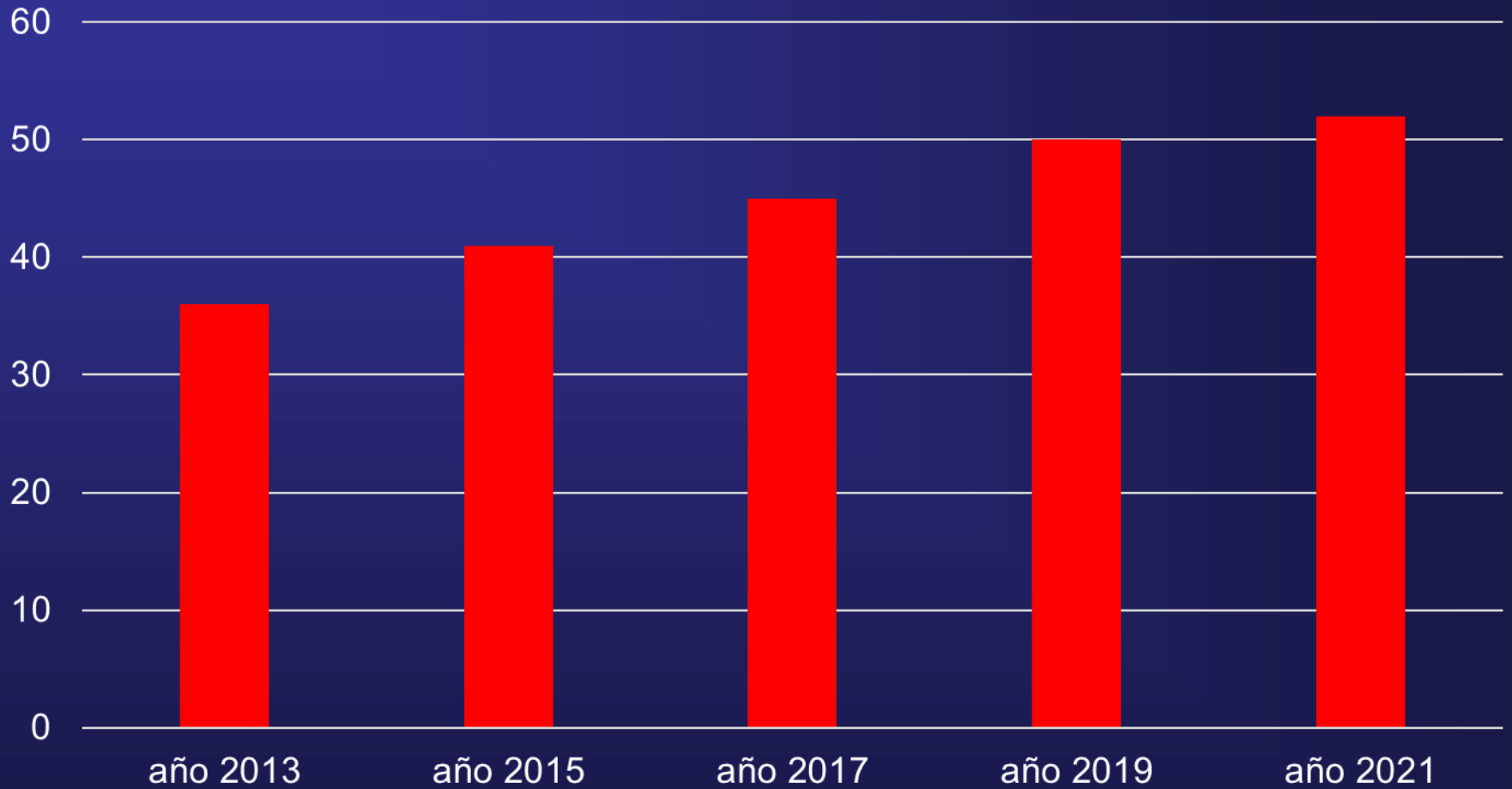
Conclusiones

- El concepto amplio y global de CCPP es muy beneficioso para los pacientes.
- Los CCPP en pacientes no oncológicos suponen un reto importante para las unidades de CCPP en términos clínicos y de gestión.
- El soporte telefónico puede ser una herramienta muy útil en CCPP.
 - Soporte a recursos básicos
 - Abordaje directo de los pacientes. CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Conclusiones

- Es necesaria una adecuada formación en gestión de situaciones y utilización de los recursos basada en la complejidad.
- Las herramientas existentes no están adecuadamente diseñadas para la gestión de pacientes no oncológicos.
- Adaptación de una herramienta es factible y capaz de aumentar la eficiencia de los recursos.
 - Mejor integración de los recursos básicos de CCPP
 - Mejora de la formación.
 - Mayor capacidad de abordar situaciones de AC.
 - Mayor capacidad de garantizar la continuidad asistencial.
 - Optimización de recursos con impacto en la calidad de vida y seguimiento del paciente.

Evolución de los ingresos NO urgentes



Muchas gracias