



Changing Health

Liderando la transformación
de la gestión sanitaria

2022

La fragmentación del sistema de salud en pacientes con IC

Un reto para la gestión clínica y para el Value-Based Healthcare



Evolución del caso clínico

PARTE I



Mujer de 78 años, vive sola

Se ahoga al subir las escaleras, se queja del cansancio, y nota los tobillos entumecidos.

Médica de AP le diagnostica **insuficiencia cardíaca** y le manda pesarse cada día.

Desviación al especialista

Como no dan cita hasta dentro de 6 meses...

Cardióloga muestra cierto desinterés/apatía, y la deriva a **realizar más pruebas.**

Mientras espera, le receta **diversos fármacos** (diuréticos, potasio, vasodilatadores...)



Duplicidad

Le receta de una **nueva tanda de fármacos** que hacen lo mismo que los anteriores, pero con nombres distintos.

Pasado un tiempo, el ahogo causado por la IC un día se desata y la paciente acaba en un box de Urgencias

Con las notas del farmacéutico, elige los fármacos según las duplicidades que observa, así como otros criterios de selección, como el color y el tamaño.



La paciente deja de pesarse cada día ya que no ve bien la báscula.

La paciente despliega sus fármacos en casa, pero –confundida– **va la farmacia para que le aclaren qué hace cada uno.**

AP: atención primaria; IC: insuficiencia cardíaca



Insights del caso clínico

PARTE I

Problemática

DUPLICIDAD DE FÁRMACOS



FALTA DE COMUNICACIÓN ENTRE
AP Y CARDIOLOGÍA
(ACTÚAN COMO DOS ISLAS)



FALTA DE ADHERENCIA
Y HOSPITALIZACIÓN EVITABLE



FALTA DE MONITORIZACIÓN POR
PARTE DE AP



Solución

CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN

MEJORAR EL EJE COORDINACIÓN
– COLABORACIÓN – INTEGRACIÓN

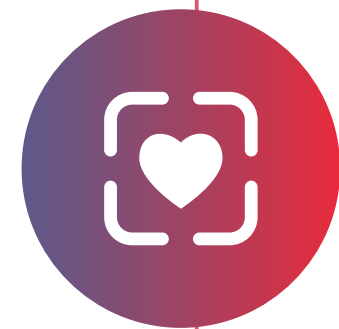
AYUDA POR PARTE DE ENFERMERÍA Y
SERVICIOS SOCIALES + POSIBLES
CONSULTAS TELEMÁTICAS

MÁS CONTACTO DURANTE LOS 6 MESES
DE LAPSO



Evolución del caso clínico

PARTE II



Diagnóstico por ecocardiografía:

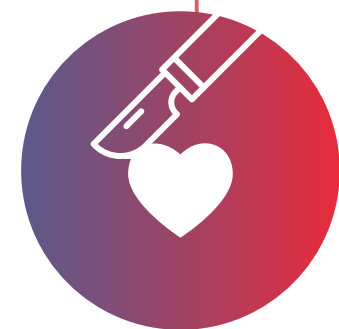
Se determina que la causa de IC es estenosis de válvula aórtica provocada por acumulación de calcio.

En la consulta con la paciente (acompañada de su hija), **la cardióloga plantea una intervención por TAVI**, dirigiéndose principalmente a la hija, ya que la paciente está en estado emocional y con ojos llorosos.

Después de una breve explicación, la cardióloga:

- Les proporciona un **tríptico explicativo**
- Les apremia a que **se decidan cuanto antes**

LA PACIENTE DECIDE OPERARSE



Intervención quirúrgica:

Recambio valvular sin sorpresas, a través de una discreta incisión inguinal.

En **postoperatorio**, la paciente comienza a dar muestras de inquietud, desorientación y delirios.

Tratamiento con neurolépticos y sedantes.

Su hija negocia su **traslado a la unidad de subagudos**, ya que no se puede hacer cargo.

La estancia se alarga más de lo previsto.

IC: insuficiencia cardíaca; TAVI: transcatheter aortic valve implantation



Insights del caso clínico

PARTE II

Problemática

FALTA DE EMPATÍA, NO SE MUESTRA
POSIBILIDAD DE DECISIÓN PARA EL PACIENTE



PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN;
PRESIÓN DE CARDIÓLOGA A PACIENTE E HIJA



DELIRIOS Y DESORIENTACIÓN
DE LA PACIENTE



FALTA DE TIEMPO DE EXPLICACIÓN Y
DE INDIVIDUALIZACIÓN



Solución

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA QUE INDICAN
COMO ACTUAR ANTE EL PACIENTE

FUNDAMENTAL ESCUCHAR LA VOZ
DEL PACIENTE

APOYO DE GERIATRÍA Y PROGRAMAS
ESPECÍFICOS PARA LA DESORIENTACIÓN

ALFABETIZACIÓN DEL PACIENTE: PEDAGOGOS
QUE EXPLIQUEN Y AYUDEN A ENTENDER AL
PACIENTE LA ENFERMEDAD Y TRATAMIENTOS



Evolución del caso clínico

PARTE III



Alta de la paciente:

3 semanas más tarde se da el alta a la paciente, hemodinámicamente mejorada y ya sin delirios.

Sin embargo, debido al largo período de hospitalización, **han surgido varios problemas:**

1 Índice de Barthel: ha descendido de 100 a 50.
Ahora necesita ayuda para el aseo personal, ha perdido el control de la micción, y se siente mucho más frágil.

2 Fibrilación auricular detectada a la paciente a través de un ECG rutinario.
Requiere tratamiento anticoagulante para prevenir coágulos y posibles ictus asociados.



Vuelta a la Atención Primaria:

La hija vuelve a AP, y la médico escucha atónita el hecho de que la paciente necesite más ayuda ahora que antes, ya que no sabía nada.

No se admiten ni se proponen soluciones para mejorar la laguna comunicativa.
La hija no recibe el soporte esperado por parte de AP.

La médico le comunica que una **enfermera se desplazará a casa** de la paciente para **valorar el caso.**

La hija se siente peor de lo que entró: salta a la vista que será insuficiente para solucionar la necesidad de cuidados que ahora tiene su madre.



Insights del caso clínico

PARTE III

Problemática

MALA TRANSFERENCIA ENTRE GERIATRÍA Y DOMICILIO



FALTA DE COORDINACIÓN Y COMUNICACIÓN ENTRE AP Y CARDIOLOGÍA



SERVICIOS SOCIALES HAN ENTRADO TARDE



DEPENDENCIA Y FRAGILIDAD AUMENTADAS DESPUÉS DEL ALTA



Solución

TRANSFERENCIAS AL ALTA MÁS ELABORADAS: EVALUACIÓN INTEGRAL + PLAN INDIVIDUALIZADO

IMPLICAR A CUIDADOR PRINCIPAL + ENFERMERÍA + INTERNISTAS PARA QUE APORTEN UNA VISIÓN INTEGRAL DEL CASO

REALIZAR VALORACIÓN SOCIAL DEL PACIENTE EN EL MOMENTO DEL INGRESO, PARA PLANIFICAR EL ALTA

PROTOCOLOS DE PLANIFICACIÓN AL ALTA + ENFERMERAS GESTORAS QUE AYUDEN CON LA TRANSICIÓN

AP: atención primaria



Evolución del caso clínico

PARTE IV



Nueva etapa en la vida de la paciente:

- La enfermera de AP viene cada **15 días** para tomarle las constantes y poner orden en su medicación
- La **trabajadora** municipal **acude 2 días a la semana** para limpiar y charlar

Cuando la enfermera se va, la **paciente sigue tomando las pastillas que le parecen**, como venía haciendo antes.



Además, no toma sus anticoagulantes para la FA, ya que le recuerdan a cuando su marido murió por una hemorragia gastrointestinal.

Su hija intenta incrementar el régimen de visitas, pero llega al límite, se rompe, y pide la baja laboral, quedando “fuera de combate”.



Un día, su hija se encuentra a la paciente tendida en el suelo, **llama a Urgencias y activan el Código Ictus**.

La paciente inicia un nuevo episodio hospitalario, pero muy distinto al anterior. Esta vez acaba con parálisis, y en una residencia para ancianos donde van a visitarla su hija y nieto todos los domingos por la mañana.



Conclusiones finales

PARTE IV

Problemática

A NIVEL DE *PATIENT-REPORTED OUTCOMES*,
EL RESULTADO DE ESTE CASO ES MUY MALO



MUY MALA COORDINACIÓN, AUNQUE CADA
PARTE HAYA HECHO SU LABOR



SOLO SE ACELERA, COORDINA Y AGILIZA
LA ATENCIÓN CUANDO OCURRE EL ICTUS,
YA QUE ES UNA URGENCIA



Solución

PREGUNTAR Y TENER EN CUENTA LA OPINIÓN DEL
PACIENTE DESDE EL PRINCIPIO

TENER EN CUENTA TODAS LAS SOLUCIONES EXPUESTAS
EN ESTE CASO, ESPECIALMENTE LA MEJORA DEL EJE
COORDINACIÓN – COLABORACIÓN – INTEGRACIÓN

REALIZAR VALORACIÓN SOCIAL DEL PACIENTE EN EL
MOMENTO DEL INGRESO POR IC + PROTOCOLOS DE
PLANIFICACIÓN AL ALTA + IMPLICACIÓN DE DIVERSOS
PROFESIONALES PARA VISIÓN GLOBAL