



MAIC

Jornada entre expertos



Boehringer
Ingelheim

Continuidad asistencial y coordinación del seguimiento del paciente crónico

Luis Verde Remeseiro

#JornadaMAIC

RETO **4**

**MEJORA DE LA CONTINUIDAD
ASISTENCIAL DE LA IC**

Situación actual y
recorrido asistencial
Áreas de mejora

STEP

RETO **5**

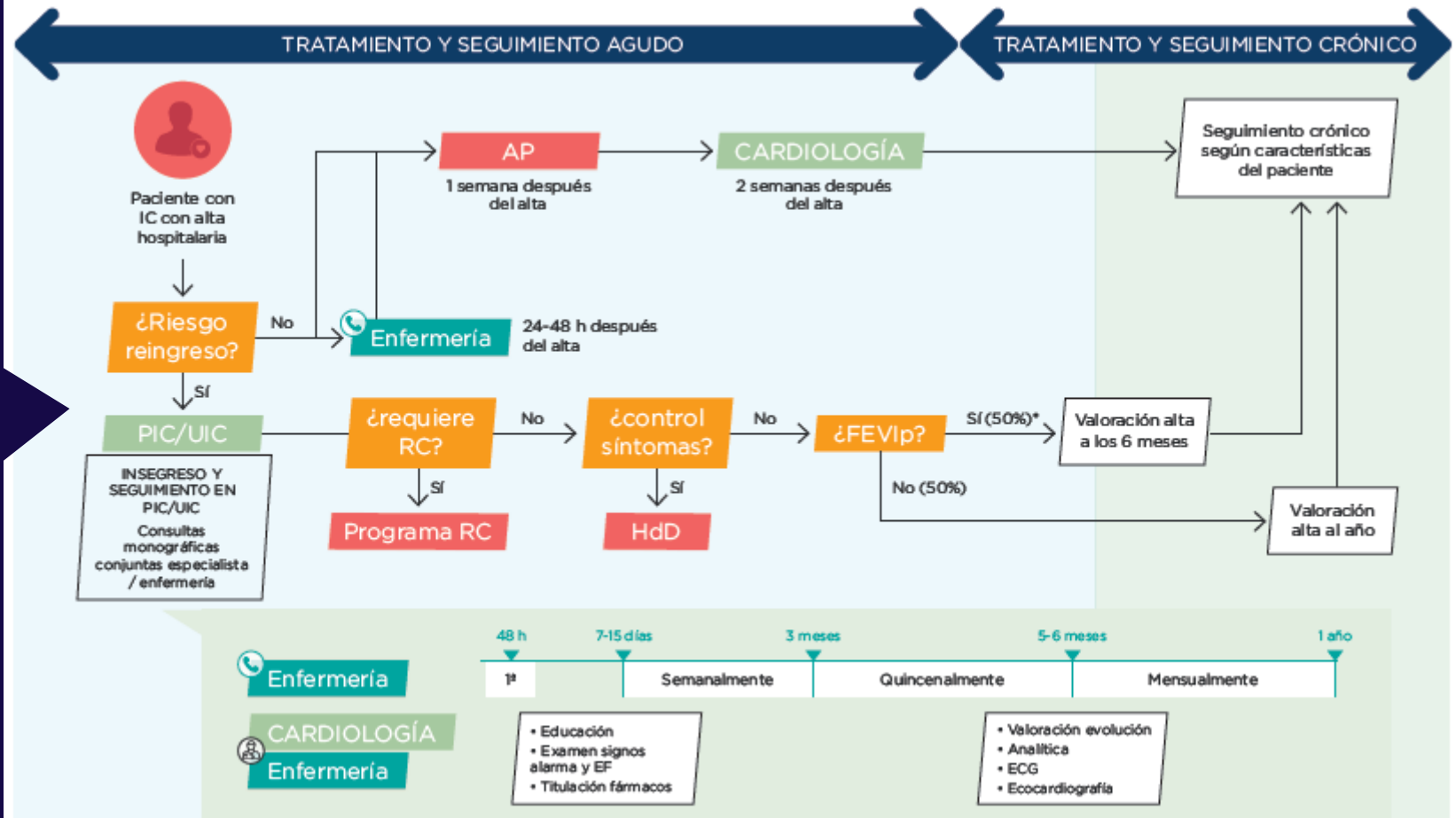
**PLANIFICACIÓN Y COORDINACIÓN
DEL SEGUIMIENTO CRÓNICO DE LA IC**

Situación actual y
recorrido asistencial
Áreas de mejora

Recorrido asistencial durante el seguimiento al alta hospitalaria

SITUACIÓN ACTUAL Y RECORRIDO ASISTENCIAL

La transacción entre el **alta hospitalaria** y el inicio del seguimiento **ambulatorio** es el momento clave para garantizar la **continuidad asistencial**



RETO 4

MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE LA IC

ÁREAS DE MEJORA

01

Trabajo a **nivel comunitario** (integración con AP, geriatría y otros servicios) desde los PIC y UIC, para garantizar la atención a todos los perfiles de pacientes

02

Promoción y dotación recursos estructurados asignados a los PIC y UIC.

03

Variabilidad en el uso de las **tecnologías de la información y comunicación** dentro de los PIC y UIC.

04

Educación de los pacientes

RETO 4

MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE LA IC

Buenas prácticas

Criterios consensuados de derivación

Planificar una **primera visita o contacto precoz** tras el alta y establecer mecanismo de seguimiento multidisciplinar

Reforzar los PIC o UIC con la inclusión de **perfiles de enfermería especializados en IC**

Establecer **consultas monográficas** en AP y AH **lideradas por enfermería**, con el apoyo de los clínicos

HdL con agenda específica

Uso de la **telemedicina, telemonitorización, receta electrónica** compartida

Factor social como componente clave de la atención integral al paciente

Uso de **materiales educativos, intervenciones grupales o motivacionales y AAPP**
Establecer la **figura del paciente/cuidador experto** como elemento de apoyo a la educación

PROCESOS ASISTENCIALES

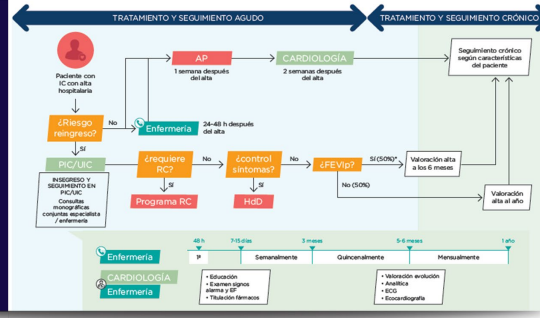
GESTIÓN POR PROCESOS ...

manera lógica de
organizar el trabajo



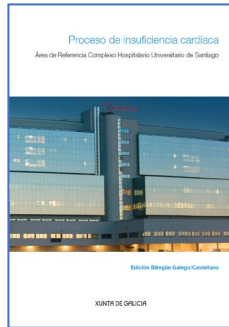
SITUACIÓN ACTUAL Y RECORRIDO ASISTENCIAL

La transacción entre el **alta hospitalaria** y el inicio del **seguimiento ambulatorio** es el momento clave para garantizar la **continuidad asistencial**



ÁREAS DE MEJORA

- 01 Trabajo a nivel **comunitario** (integración con AP, geriatría y otros servicios) desde los PIC y UIC, para garantizar la atención a todos los perfiles de pacientes
- 02 **Promoción y dotación recursos** estructurados asignados a los PIC y UIC.
- 03 Variabilidad en el uso de las **tecnologías de la información y comunicación** dentro de los PIC y UIC.
- 04 **Educación de los pacientes**



Buenas prácticas

Criterios consensuados de derivación

Planificar una **primera visita o contacto precoz** tras el alta y establecer mecanismo de seguimiento multidisciplinar

Reforzar los PIC o UIC con la inclusión de **perfiles de enfermería especializados en IC**

Establecer **consultas monográficas** en AP y AH lideradas por enfermería, con el apoyo de los clínicos

HdL con agenda específica

Uso de la **telemedicina, telemonitorización, receta electrónica** compartida

Factor social como componente clave de la atención integral al paciente

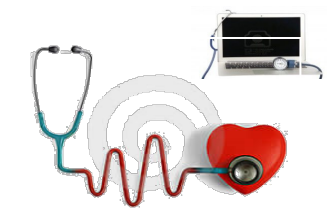
Uso de **materiales educativos, intervenciones grupales o motivacionales y AAPP**
Establecer la **figura del paciente/cuidador experto** como elemento de apoyo a la educación



Receta Electrónica



e-Consulta



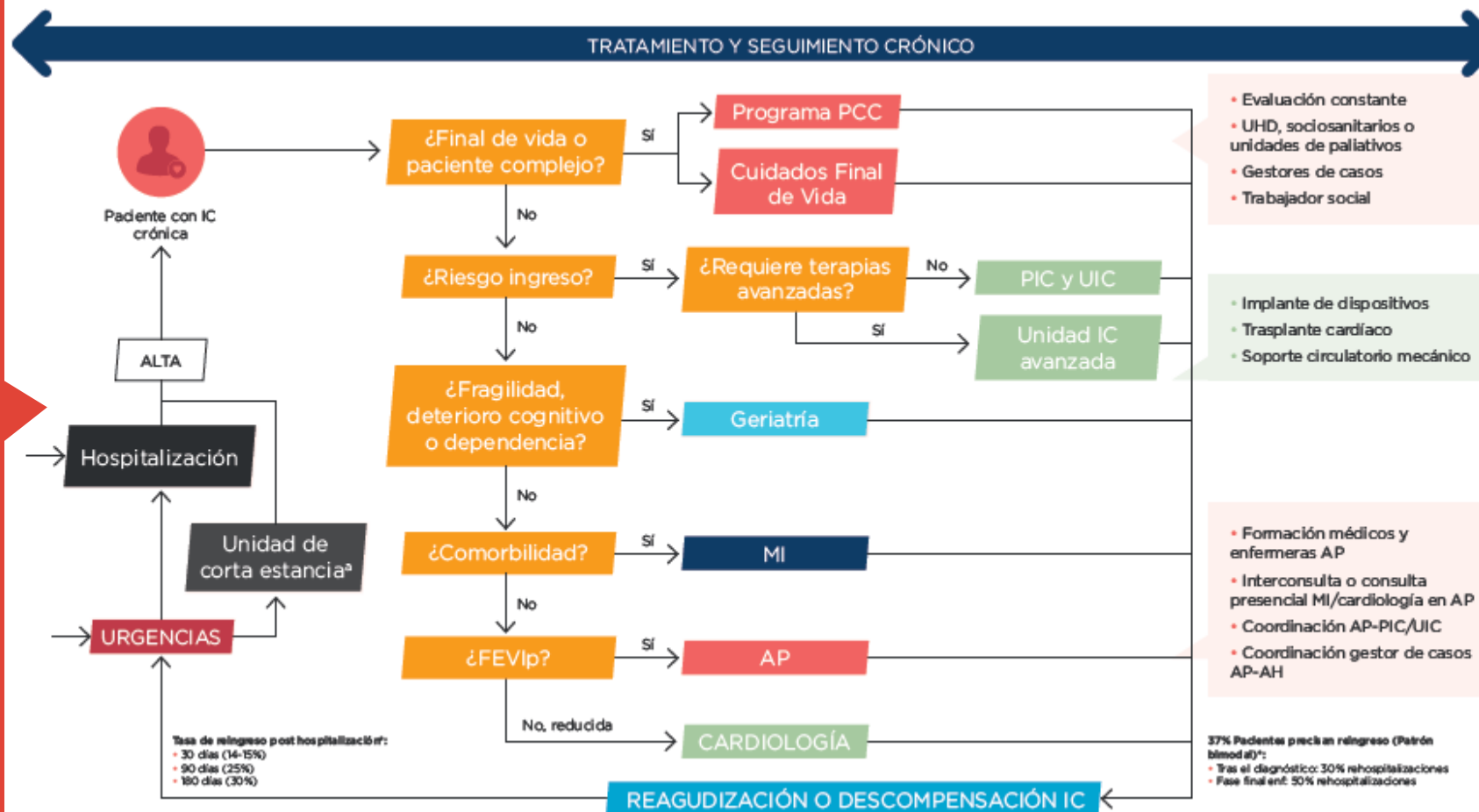
RETO 4 MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE LA IC

Recorrido asistencial del paciente crónico con IC

PLANIFICACIÓN Y COORDINACIÓN DEL SEGUIMIENTO CRÓNICO DE LA IC

Los pacientes con IC deben ser **seguidos de forma crónica**.

Según los diferentes modelos y el perfil del paciente, puede ser recomendable el **seguimiento en diferentes niveles asistenciales**



ÁREAS DE MEJORA

1

Variabilidad en la **derivación de pacientes durante el seguimiento crónico**. Algunos PIC y UIC de ámbito hospitalario mantienen el seguimiento del paciente crónico, aunque no presente un alto riesgo de reingreso.

2

Planificación de **cuidados avanzados o de final de vida** de los pacientes con IC.

3

Variabilidad en la presencia de **equipos referentes de IC en AP**.

4

Necesidad de reforzar y promover el desarrollo de la figura del **gestor de casos** en AP para coordinar la transferencia de pacientes entre los niveles asistenciales, especialmente para la atención de pacientes crónicos complejos, con enfermedad avanzada y cuidados de final de vida.

RETO 5

PLANIFICACIÓN Y COORDINACIÓN DEL SEGUIMIENTO CRÓNICO DE LA IC

Buenas prácticas

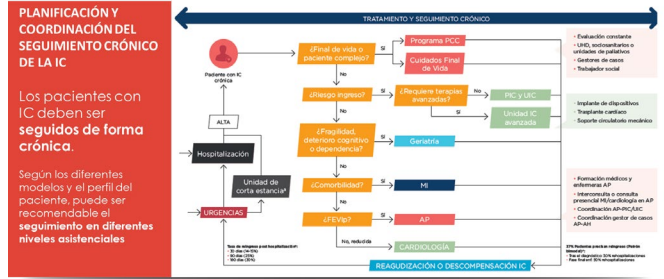
Establecer **criterios de derivación para el seguimiento crónico** adaptado a los diferentes perfiles de pacientes.

Planificación y coordinación proactiva de los cuidados, evaluación intensiva de los síntomas y apoyo psicológico, acceso a trab. social y RRSS y desarrollo de equipos de atención domiciliaria desde AP.

Promover la figura del **consultor referente** (cardiología/MI), presencial o no presencial, para resolver cuestiones sobre el seguimiento crónico de los pacientes.

Promover la figura de la enfermera de **consejo telefónico**, con funciones de asesoramiento, para garantizar la continuidad asistencial fuera del horario laboral.

Implantación en la práctica clínica de herramientas de **telemedicina y telemonitorización** para mejorar la atención del paciente.



ÁREAS DE MEJORA

- 1 Variabilidad en la derivación de pacientes durante el seguimiento crónico. Algunos PIC y UIC de ámbito hospitalario mantienen el seguimiento del paciente crónico, aunque no presente un alto riesgo de reingreso.
- 2 Planificación de cuidados avanzados o de final de vida de los pacientes con IC.
- 3 Variabilidad en la presencia de equipos referentes de IC en AP.
- 4 Necesidad de reforzar y promover el desarrollo de la figura del gestor de casos en AP para coordinar la transferencia de pacientes entre los niveles asistenciales, especialmente para la atención de pacientes crónicos complejos, con enfermedad avanzada y cuidados de final de vida.



BUENAS PRÁCTICAS

Establecer **criterios de derivación para el seguimiento crónico** adaptado a los diferentes perfiles de pacientes

Planificación y coordinación proactiva de los cuidados, evaluación intensiva de los síntomas y apoyo psicológico, acceso a trabajador social y RRSS y desarrollo de equipos de atención domiciliaria desde AP.

Promover la figura del **consultor referente** (cardiología/MI), presencial o no presencial, para resolver cuestiones sobre el seguimiento crónico de los pacientes.

Promover la figura de la enfermera de **consejo telefónico**, con funciones de asesoramiento, para garantizar la continuidad asistencial fuera del horario laboral.

Implantación en la práctica clínica de herramientas de **telemedicina y telemonitorización** para mejorar la atención del paciente.



RETO 5 PLANIFICACIÓN Y COORDINACIÓN DEL SEGUIMIENTO CRÓNICO DE LA IC

Gracias