



Estrategias Marco

Nuevo modelo

ALGARVE – ANDALUCÍA

ENTREGABLE

1.1.1

ESTRATEGIAS MARCA

DESARROLLO DE NUMA

ENTREGABLE 1.1.1

El informe que se presenta a continuación se enmarca en la Actividad 1. Especificación del modelo transfronterizo de atención a personas con enfermedades crónicas y en las siguientes dos Acciones:

- **A1.1** Análisis del estado actual de la prestación sanitaria a personas con enfermedades crónicas o en riesgo de fragilidad luso-andaluzas y las limitaciones en la frontera.
- **A1.2** Análisis de los elementos habilitadores del nuevo modelo.

ACCIONES		ENTREGABLES	
A1.1	Análisis del estado actual de la prestación sanitaria a personas con enfermedades crónicas o en riesgo de fragilidad luso-andaluzas y las limitaciones en la frontera.	E1.1	Análisis de los sistemas socio-sanitarios actuales en la zona transfronteriza.
A1.2	Análisis de los elementos habilitadores del nuevo modelo.	E1.2	Resultados de los focus groups con personas usuarias y profesionales.
A1.3	Definición del nuevo modelo de prestación socio-sanitaria conjunta en la zona transfronteriza.	E1.3	Definición del nuevo modelo de atención transfronterizo.
		E1.4	Hoja de ruta del proyecto

1. PLAN ANDALUZ DE ATENCIÓN INTEGRADA A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS (PIEC) 2012-2016

En este Plan, encontramos tanto la situación respecto a las TIC y la atención a esta tipología de pacientes, como experiencias previas y recursos existentes, que deben ser tenido en cuenta a la hora de plantear el nuevo modelo asistencial, NUMA. Forman parte del punto de partida actual.

Así contamos con Receta Electrónica, Escuela de Pacientes y Plataforma Multicanal Salud Responde, presentes en dicho Plan.

Receta electrónica constituye un canal de comunicación entre el SSPA y Farmacia Comunitaria. Contribuye a una mejor atención a pacientes con enfermedades crónica alrededor de la prescripción farmacológica (dispensación y seguimiento incluidos). Es uno de los sistemas de información a tener en cuenta en el análisis de los diferentes sistemas de información que se usan en la atención a estos pacientes y en coordinación y colaboración con Farmacia Comunitaria.

La Escuela de Pacientes dispone de 10 líneas temáticas de formación de pacientes en enfermedades crónicas: Fibromialgia, Diabetes 1, Diabetes 2, Asma, Cáncer de mama, Cáncer colorrectal, Insuficiencia cardíaca, EPOC, y Cuidadoras. Por tanto, es también un recurso que se puede utilizar en este nuevo modelo, quizás incorporando elementos específicos (Aulas virtuales, redes, recursos digitales...) para la atención de la fragilidad.

La Plataforma Multicanal Salud Responde, SR, tiene servicios como Cita Previa en Atención Primaria, Cita Previa en Atención Hospitalaria, Salud 24 horas (Este servicio ofrece información sobre los principales problemas de salud y cómo prevenirlos. Son consejos sanitarios personalizados divididos en grandes bloques temáticos), Campaña de prevención de los efectos de las altas temperaturas y Seguimiento de altas hospitalarias. Además, como se presentará más adelante. SR participa en el proyecto ATLANTIC, aportando su expertis y sus recursos en el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas en domicilio.

En el propio PIEC, podemos encontrar áreas donde se ha de determinar indicadores de resultados a tener en cuenta en el proyecto: Hospitalizaciones, Frecuentación en Atención Primaria, consumo de recursos, recursos telemáticos disponibles... para incluir en el proceso de evaluación del proyecto y del nuevo modelo asistencial.

2. ESTRATEGIAS PARA LA RENOVACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Si bien el PIEC nos ayuda a identificar los recursos existentes en la atención de personas con enfermedad crónica, esta estrategia ha de tenerse en cuenta para que en el desarrollo del nuevo modelo asistencia, NUMA, se aprovechen las diferentes iniciativas que se pondrán en marcha en la implementación de dicha estrategia y que convergen con la mejora de la atención de la población diana que inicialmente atenderá NUMA. Así, en la Propuesta 10 de esta estrategia, encontramos que se requieren Mejoras en TIC y Sistemas de Información y Creación e implantación de la Biografía Sanitaria de los ciudadanos andaluces atendidos en el SSPA, que junto con el desarrollo de CLIC SALUD (se desarrollará más adelante, dentro de los SSII del SAS) pueden formar el Core del Sistema de Información de NUMA, conjuntamente con la integración con la plataforma de monitorización de bioseñales y las plataformas o sistemas de información existentes en las oficinas de Farmacia, incorporando desarrollos ad hoc para atender aspectos como la Fragilidad, contemplada en este proyecto.

Así mismo, en esta estrategia, las líneas 6, 7 y 8 se verán complementadas y mejoradas incorporando al agente local, Farmacia Comunitaria. Estas líneas son:

Línea 6: Asunción de la coordinación de toda la atención recibida por un/a ciudadano/a, para lo cual es imprescindible el desarrollo de sistemas de información y comunicación, para que el/la médico/a de familia y el/la enfermero/a de familia estén informados de todo lo que acontece al/a la paciente compleja/o o con necesidades especiales.

Línea 7: Generalizar experiencias de coordinación e integración de la atención como:

- Telemedicina
- Consultorías presenciales y/o telefónicas/ internet entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria
- Programas de conciliación terapéutica al alta

Línea 8: Garantizar la integralidad de la atención a través de la redefinición de las formas y protagonistas de la prestación de la cartera de servicios de Atención Primaria y el acceso, desde cualquier punto del primer nivel asistencial, a las tecnologías diagnósticas cuya aplicación resulte eficiente en Atención Primaria.

Así mismo, el desarrollo de determinadas acciones presentes en la Estrategia serán elementos facilitadores del éxito de NUMA, una vez se pase del pilotaje a la extensión a todo el sistema, si así se considera oportuno a la vista de los resultados de dicho pilotaje. Estas acciones son:

Propuesta 1 Impulsar una Atención Primaria vertebradora real de toda la atención y agente de salud del paciente

2. Identificación inequívoca y nominal de los/as pacientes pluripatológicos/as-frágiles que se han de beneficiar de un servicio personalizado en función de su vulnerabilidad y especiales características y necesidades.

Propuesta 3 Profundizar en los valores esenciales que han hecho de la Atención Primaria un referente social y en salud

8. Potenciar la diversificación de los espacios para desarrollar la atención, sacándola del Centro de Salud a la familia, el entorno y el Hospital bajo la coordinación del equipo básico de familia.

9. Complementariedad de roles entre profesionales para la Gestión compartida de la atención a la demanda de problemas de salud entre medicina y enfermería de familia, ampliándola al área y recursos sociales.

11. Desarrollo de Planes Terapéuticos Personalizados, que incluyan la distribución de responsabilidades y tareas de los diferentes roles que los proveen, independientemente del nivel asistencial y del área de intervención (social, familiar, institucional).

12. Convenio entre Consejerías de Salud con Igualdad y Política Social para trabajar en la integración de los sistemas de información y de las nuevas tecnologías TIC y en los protocolos de intervención.

Cabe destacar las acciones incluidas en la Propuesta 10.

Propuesta 10 Mejoras relevantes de apoyo a la gestión clínica

Propuesta 10.1. Mejoras en TIC y Sistemas de Información

1. Creación del modelo "clave de equipo" que permitirá la designación unívoca de un/a profesional médico/a y un/a enfermero/a para cada ciudadano/a.

2. Adaptación del módulo de Citación a "clave de equipo" para que los/as ciudadanos/as puedan obtener cita con su médico/a o enfermera/o a través de InterSAS/ClicSalud o Salud Responde.

3. Adaptaciones de los módulos de explotación actualmente existentes para que las/os enfermeras/os puedan obtener datos más precisos de su actividad, una vez esta se enmarque en el nuevo modelo de clave de equipo.

4. Creación del módulo de datos básicos de salud. Será un módulo transversal, independiente del nivel asistencial que agrupará la información sobre alergias, contraindicaciones, problemas de salud, antecedentes, etc. Mejorará la recogida de la información, siendo más estructurada y facilitando a los profesionales su introducción. Este módulo nutrirá a otros como: base de datos poblacional, proyectos de explotación, sistemas de soporte a las decisiones.

5. Creación del módulo de datos sociales. El fin no es crear una historia social dentro de la sanitaria. La idea es tener aquí todos los datos de índole social que pueden ser de utilidad en la asistencia sanitaria. Buscaremos sinergias en los modelos de datos de la

Consejería de Asuntos Sociales de cara a facilitar futuras integraciones, cuestión también facilitada por tratarse de un módulo transversal.

6. Mejoras en el nuevo módulo de constantes e integración en todos los ámbitos asistenciales con el ecosistema Diraya. Con este módulo, las constantes están recogidas centralizadamente, independientemente del ámbito asistencial y disponible para todos ellos.

8. Creación de un módulo que gestionará centralizadamente las hojas de recogida de información, así como cuestionarios, escalas y ayudas a la exploración. Permitirán una gestión más ágil de los cambios en las hojas, no precisando paradas ni despliegues y soportando versionado. Se basará en el reaprovechamiento de la información, integrándose con el resto de módulos centralizados.

9. Creación de un nuevo navegador de la historia de salud que será único para todos los niveles asistenciales. Ofrecerá más opciones para facilitar la búsqueda de la información por parte de los profesionales (filtros y un buscador).

NUMA debe tener en cuenta estos futuros desarrollos para integrarse con ellos, no realizándose duplicidades.

Como soporte a la toma de decisiones:

10. En el módulo de prescripciones, con la inclusión del "medicamento de primera elección" y renovación de dosis.

11. En el módulo de pruebas analíticas, con la inclusión de los protocolos diagnósticos y otros mecanismos de gestión de la demanda.

Favoreciendo la Colaboración interniveles:

14. Inclusión de un mecanismo de aviso en tiempo real tanto para el/la médico/a como para la/el enfermera/o del equipo de referencia del/de la ciudadano/a, a través de su buzón de profesional, cuando éste ingrese o sea dado de alta en hospitalización o tenga una asistencia en urgencias.

16. Creación de una plataforma de comunicación interniveles que permitirá la incorporación de nuevos servicios de telemedicina. Facilitará el intercambio de elementos de la historia clínica con otros/as profesionales e incorporará herramientas que permitan una comunicación tanto síncrona como asíncrona.

17. Mejoras en el visor de la Historia de Salud Digital Única: se ha reorganizado la disposición de los episodios de forma que se da más importancia al proceso clínico que al ámbito geográfico en el que tuvo lugar, facilitando la localización de la información. Así mismo, se incrementa la información que se visualiza.

18. Acceso de los equipos de Atención Primaria (médico/as y enfermeros/as) a las estaciones clínicas de los hospitales de su provincia. De esta forma podrán tener acceso en tiempo real a la información que no pueden ver en HSDU (aplicaciones departamentales).

19. Incorporar a Salud Responde en los programas de seguimiento de ClicSalud. "Elemento crucial incluido en el proyecto NUMA."

Además de ser el centro de la atención, la ciudadanía, la persona deberá ser el pivote de su plan de atención y quien de permisos de uso de su información a los diferentes agentes participantes en su atención, así la Carpeta de Salud juega un papel crucial, así como todos los sistemas que se integren con la misma. Es por ello, que las siguientes acciones, dentro de esta misma propuesta contribuyen a la vertebración de la información compartida y de una atención integrada:

Ciudadanía como parte activa del sistema

20. Creación de un sistema de mensajería segura entre profesionales sanitarios/as y ciudadanos/as al que se irá incorporando elementos clínicos progresivamente.

21. Gestión de programas de seguimiento de salud en ClicSalud. Permitirá a los/as profesionales facilitar el seguimiento de sus pacientes al incorporar elementos de evaluación clínica (formularios). Actualmente se cuenta con seguimientos para diabetes e hipertensión.

22. Mejoras en la información ofrecida a la ciudadanía en ClicSalud en el ámbito de las citas, prescripciones e informes clínicos.

23. Creación del portal sanitario del/de la ciudadano/a, producto de la fusión de InterSAS y ClicSalud. De esta forma se simplificará el acceso a los servicios.

24. Creación de una plataforma de interoperabilidad destinada a aplicaciones móviles (mSSPA). Permitirá el desarrollo de apps que interactúen con la información existente en nuestra historia clínica a través de una pasarela segura. En una primera fase para la consulta de información, pero posteriormente será posible también la escritura de información. Por ejemplo, que las constantes recogidas por un/a ciudadano/a en una aplicación puedan registrarse en el módulo de constantes corporativo (siempre claramente identificadas como elemento externo, para mejor criterio de los/as profesionales).

Desarrollo de criterios, indicadores de complejidad y estrategias de manejo en fragilidad. Informes, Estudios e Investigación Ministerio de Sanidad y Política Social.

Como se cita en este documento, "Actualmente España es uno de los países con mayor esperanza de vida en el mundo, pero cuando se habla de esperanza de vida en buena salud, la situación empeora respecto a otros países como Francia, Suecia, Australia, Japón. Añadir vida no siempre es sinónimo de buena calidad de vida y salud (Topinková, 2008)". Es por ello que incorporar al proyecto NUMA acciones de prevención, detección y atención a la Fragilidad es oportuno y necesario.

En este mismo informe, se referencia unas afirmaciones muy interesantes que respaldan la orientación tomada en el proyecto NUMA. Estas son:

"Algunos autores como Ho, Williams, Hardwick calculan que se podría realizar prevención primaria del deterioro relacionado con la edad hasta en el 50% de los ancianos, si conseguimos herramientas diagnósticas o indicadores de riesgo. Por tanto, la identificación de factores de riesgo, causas, marcadores y/o predictores de la fragilidad

podría ser útil en el diagnóstico de la fragilidad en el anciano y como consecuencia, esto supondría una mejoría en su calidad asistencial y creación de medidas preventivas adecuadas".

Una de las conclusiones más importantes de este informe (Estudio Delphi) es que "No existe una herramienta validada para identificar la fragilidad, aunque encontraron la posibilidad de agrupar en 16 categorías todas las variables o posibles predictores referidas por los autores". Son los siguientes:

- Caídas.
- Incontinencia.
- Polimedicación.
- Autopercepción de salud.
- Actividades de la vida diaria (AVD).
- Hospitalización.
- Patologías.
- Deterioro cognitivo.
- Estado nutricional.
- Úlceras por presión.
- Parámetros clínicos.
- Trastornos de la movilidad.
- Disminución sensorial.
- Trastornos del ánimo.
- Características sociodemográficas y ambientales.
- Edad.

Aunque existen muchas escalas destinadas a evaluar la fragilidad, podemos decir que el patrón de oro de las escalas lo tiene la Escala Fried. Esta escala es de fácil aplicación, compuesta por 5 ítems (fatigabilidad, resistencia, deambulación, comorbilidad y pérdida de peso) en la que cada respuesta afirmativa es valorada con 1 punto. Así, se considera fragilidad puntuaciones mayores o iguales a 3 y prefragilidad las puntuadas como 1 ó 2. La escala FTS, The Frailty Trait Scale, mide las características biológicas de la fragilidad y está basada en el modelo de fragilidad de Fried, haciendo incorporaciones del marco propuesto por Rockwood. Esta consta de 12 ítems. Además de las cinco dimensiones propuestas por Fried et al, incluye otras dimensiones como son el estado cognitivo, nutricional y vascular. FTS tiene un valor predictivo que es ligeramente mejor que el modelo de Fried para la mortalidad en personas mayores de 80 años, y para las hospitalizaciones en menores de 80 años. Aunque es de primera elección el uso de Fried por su facilidad.

En el Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor, dentro de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, se plantea como objetivo detectar e intervenir sobre la fragilidad y el riesgo de caídas en la persona mayor, como medio para evitar y/o retrasar el deterioro funcional, así como promover la salud en la población mayor de 70 años. Para alcanzar dicho objetivo se propone realizar un cribado de fragilidad a toda la población mayor de 70 años, mediante una herramienta que permita detectar la limitación funcional incipiente. Además, realizar una valoración del riesgo de caídas de esta misma población. Así, la persona detectada como frágil será subsidiaria de las intervenciones oportunas para revertir tal estado, principalmente programas de actividad física multi-componente específicamente diseñados, de carácter eminentemente grupal. Además, la población detectada como frágil será subsidiaria de una valoración multidimensional (clínica-funcional-mental-social), asociada a la resolución de problemas detectados.

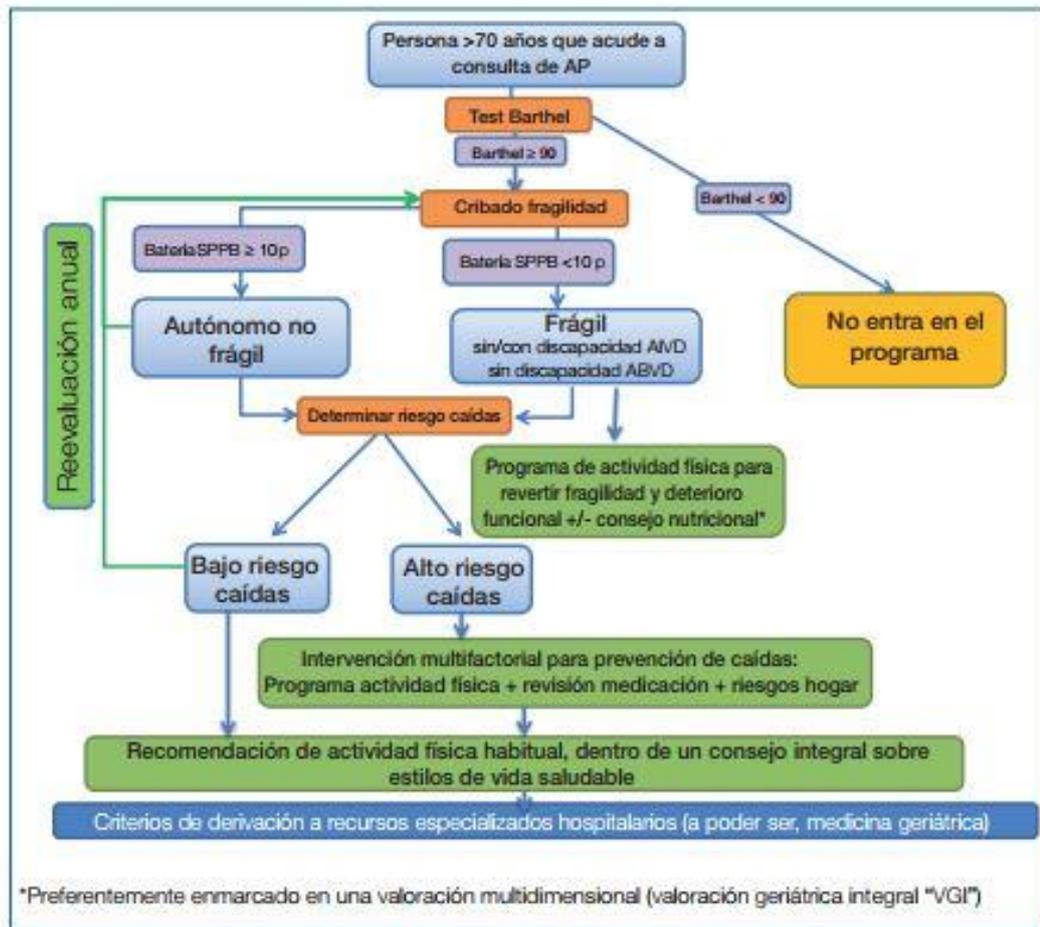
NUMA se alinea y da respuesta a parte de esta propuesta, contribuyendo en la detección y prevención de la fragilidad y caídas, así como poner a disposición de la población actividades basadas en gamificación.

La intervención propuesta por el ministerio pretende concretar los componentes preventivos esenciales a incluir en los planes de intervención y seguimiento individualizado de estos pacientes, como son:

- En la población frágil, Intervención específica centrada en programas de actividad física multi-componente (que trabajen la resistencia aeróbica, flexibilidad, equilibrio y fuerza muscular), con el objetivo de revertir la situación de fragilidad y prevenir el deterioro funcional.
- En aquellos detectados como de alto riesgo de caídas, intervención multifactorial para la prevención de caídas: plan de actividad física, revisión de polimedicación, reducción de riesgos ambientales en el domicilio.
- En toda la población mayor de 70 años, intervenciones en promoción de estilos de vida saludables, similar al consejo integral en estilos de vida saludable en atención primaria diseñado para la población adulta por el grupo de trabajo de implementación de la "Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS" constituido para tal fin.

A continuación presentamos el algoritmo de intervención que propone dicha estrategia.

Algoritmo de intervención



Dentro de los resultados del Proyecto NUMA, se halla "2. Desarrollo de herramientas TIC" que incluye herramientas que permitan desarrollos de planes terapéuticos personalizados (PTP) con el objetivo de emponderar y motivar a la persona. Estos PTP incluyen elementos para la estimulación cognitiva, funcional y social de la persona, además de promover la actividad física y social fuera de casa, mediante el desarrollo de "serious gaming" y juegos "geocaching". El proyecto dará respuesta a la necesidad planteada, bien sea con el desarrollo de esas herramientas o con la incorporación de herramientas existentes que sean adecuadas para tales fines. Por tanto, en esta primera fase se incluye la búsqueda y descripción del estado del arte (incluyendo consulta a mercado) para identificar si existen desarrollos/productos que ya cumplan con los requisitos deseados y den respuesta en el área de atención a la fragilidad que se ha descrito anteriormente.