

Estrategia de atención al paciente crónico de La Rioja

Gobierno de La Rioja
www.larioja.org



Estrategia de atención al paciente crónico de La Rioja

La Estrategia de Atención al Paciente Crónico en La Rioja nace con la intención de dar una respuesta, adecuada a nuestra realidad, para ese tipo de paciente que cada vez ocupa un mayor espacio en la atención sanitaria, tanto en términos cuantitativos como cualitativo: el paciente crónico.

A lo largo de los últimos años la evolución social y de los medios sociales y sanitarios han provocado un incremento de la longevidad de la sociedad que ha corrido paralelo al aumento del número de personas que padecen dolencias crónicas.

Los pacientes crónicos son actualmente una de las principales preocupaciones del Sistema Nacional de Salud y por tanto de todos los sistemas autonómicos. La atención a la cronicidad requiere una respuesta inmediata y adecuada a las necesidades de cada entorno, que permita por un lado, garantizar la correcta atención del paciente y por otro, proporcionar esa atención en un contexto de racionalidad en el consumo de recursos sanitarios.



Es una realidad que el elevado consumo de recursos no es necesariamente sinónimo de buena atención; a veces, incluso de lo contrario. La realidad de La Rioja nos indica que es preciso realizar un cambio importante; y la realidad de nuestro Sistema Público de Salud, nos indica también, que además es posible.

Fruto de ambas situaciones nace esta Estrategia de Atención al Paciente Crónico en La Rioja. Una estrategia que nace de la experiencia de los profesionales sanitarios que han trabajado en su elaboración y que tiene vocación por convertirse en un documento dinámico, que avance, a través de la experiencia, y tenga capacidad para adaptarse a las necesidades de cada momento.

A este primer documento le seguirán en breve los trabajos que se han realizado desde Atención Primaria y los diversos servicios hospitalarios en los que se registra un mayor nivel de cronicidad.

El objetivo final no es otro que adaptar el funcionamiento del Sistema Público de Salud de La Rioja a la realidad que supone la demanda asistencial derivada de la cronicidad. Se centra fundamentalmente en cinco aspectos, organizar y adecuar los recursos hospitalarios a las necesidades de los pacientes crónicos, potenciar el papel de Atención Primaria y dotarle de recursos, a través de herramientas especialmente diseñadas para este fin, asegurar la coordinación entre los niveles asistenciales, avanzar hacia la integración asistencial a través de la coordinación entre los sistemas sanitario y social y promover la participación activa del paciente y del cuidador

en el mantenimiento de la salud del crónico, a través de la promoción del autocuidado.

En suma, se trata de atender mejor, dar el servicio más adecuado en el lugar más adecuado y en el momento necesario. Es una respuesta a una necesidad real y confío en que con ella obtengamos los mejores resultados.

Quiero por último, agradecer a todos los profesionales del Sistema Público de Salud de La Rioja, la buena disposición que, desde sus primeras etapas, ha tenido esta Estrategia de Atención al Paciente Crónico en La Rioja y confío en que esta se mantenga a lo largo de las etapas que nos va a tocar afrontar. El profesional es la clave para el funcionamiento de este nuevo reto que nos hemos marcado. Será por tanto el trabajo de todos y cada uno de los integrantes del sistema el que determine el éxito de este nuevo e ilusionante proyecto.

Logroño, 15 de diciembre de 2014.

José Ignacio Nieto
Consejero de Salud y Servicios Sociales

Índice

5



1. Razones para implantar una estrategia de atención al paciente crónico en La Rioja	pág. 7
2. Demografía y Epidemiología de La Rioja:	pág. 9
2.1. Análisis demográfico	
2.2. Nuevo patrón epidemiológico	
3. Modelos de referencia en la atención a crónicos	pág. 23
4. Estratificación de la cronicidad en La Rioja.	pág. 29
5. Hacia un nuevo modelo de gestión	pág. 38
6. Objetivos	pág. 42
7. Plan de acción: Líneas estratégicas	pág. 44
I. Garantizar la continuidad e integridad de la atención a todos los crónicos y en particular a los con nivel de riesgo alto	
II. Adaptar la organización a las necesidades del paciente crónico	
III. Potenciar la autonomía, el autocuidado y garantizar la atención al cuidador	
IV. Tecnologías y sistemas compartidos como motores del cambio	
V. Gestionar el conocimiento: formación e investigación	
8. Plan de despliegue	pág. 70
9. Evaluación de la Estrategia	pág. 74
10. Glosario de términos	pág. 81

RAZONES PARA IMPLANTAR UNA ESTRATEGIA DEL PACIENTE CRÓNICO EN LA RIOJA

Durante las últimas décadas se han producido importantes cambios demográficos en todo el mundo, que se están acentuando en los últimos años. El envejecimiento de la población, el incremento de la esperanza de vida y los hábitos sociales de los ciudadanos, entre otros factores están aumentando notablemente la prevalencia de patología de índole crónica.

El actual modelo de atención en salud está configurado principalmente para la atención de problemas de salud que se presentan de forma aguda. Por ello, es necesario reorientar el modelo asistencial para adaptarse a las necesidades del paciente crónico. La calidad asistencial al paciente crónico se ve disminuida si no se ejecuta de forma integrada y no se facilita una continuidad en los cuidados entre los niveles asistenciales y alianzas con los servicios sociales.

Por otro lado el incremento de los costes asociados al cuidado del paciente crónico, unido a la situación económica actual, hace que la sostenibilidad de los sistemas sanitarios sea un objetivo ineludible a la hora de plantear las estrategias de actuación en el ámbito de salud y servicios sociales en general, y en el de la cronicidad en particular.

En la Unión Europea el porcentaje de personas mayores de 65 años pasará del 16,1% en el año 2000 al 27,5% en el año 2050, siendo España uno de los países que estará a la cabeza en este proceso de envejecimiento a nivel mundial, y de hecho se estima que cerca del 35% de nuestra población superará los 75 años.

Además, según la OMS, en el año 2008 las enfermedades crónicas fueron la causa del 63% de las muertes en el mundo y se prevé que para el 2020 sean la causa del 73% de las muertes y un 60% de la carga de morbilidad.

En la actualidad los pacientes crónicos generan la mayoría de las consultas de Atención Primaria y más de la mitad de los ingresos hospitalarios. Se estima que consumen:

- ✓ al menos un 70% del gasto sanitario
- ✓ el 80% de las consultas totales (60% de las de AP)
- ✓ el 60% de los ingresos hospitalarios
- ✓ más de un 35% de las visitas a los servicios de urgencias hospitalarios
- ✓ más del 45% del gasto total de medicamentos

Las enfermedades crónicas provocan disminución de la calidad de vida de los pacientes, siendo causa de discapacidad y situaciones de dependencia, y además responsables de muertes prematuras y deterioro de la economía familiar.

Las enfermedades crónicas presentan una serie de factores que las diferencian principalmente de otras entidades nosológicas de carácter agudo y subagudo:

- ✓ Larga duración de la enfermedad
 - ✓ Progresión lenta y continua, que en algunos casos puede ser ralentizada
 - ✓ Disminución de la calidad de vida de los enfermos afectados con limitaciones funcionales y discapacidad
 - ✓ Nivel significativo de comorbilidad
 - ✓ Son motivo de muerte prematura
-



- ✓ Algunas pueden ser prevenidas e incluso retrasarse su aparición
- ✓ Causa efectos económicos importantes en las familias y sociedad

En España se han invertido serios esfuerzos en el abordaje de la cronicidad, pudiendo destacar:

- ✓ El Plan de Calidad para el SNS de 2010, ya incorpora la necesidad de crear estrategias para la atención a personas con enfermedades crónicas (publicado en junio 2012)
- ✓ El consenso alcanzado en la Declaración de Sevilla (2011) entre sociedades científicas, servicios de salud de todas las CCAA, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Foro de pacientes.

Estos hitos han servido de impulso para que cada Comunidad Autónoma realice su Plan Integral Autonómico de Atención a Pacientes crónicos, dentro de la Estrategia nacional, debiéndose plantear una modificación en la organización de los sistemas sanitarios orientada hacia un modelo proactivo, de atención integrada donde profesionales de Atención Primaria, Atención Hospitalaria, Centros de Atención Social, ciudadanos, pacientes y cuidadores se comprometan y colaboren en un mismo equipo multidisciplinar capaz de responder a las necesidades plurales de las personas con enfermedades crónicas y pluripatología, además de conjugar el marco económico actual y la sostenibilidad del sistema, para proporcionar una atención integral e integrada que responda a las necesidades de los pacientes para ofrecer la atención adecuada, en el lugar adecuado, por los profesionales idóneos y con los recursos necesarios.

Para responder a estas necesidades se ha elaborado "**La Estrategia de Atención al Paciente Crónico en La Rioja**", que está orientada a toda la población riojana en general, si bien el foco principal va a ser el paciente crónico complejo y pluripatológico, es decir, aquel que padece la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas provocando la aparición de reagudizaciones y patologías interrelacionadas, que condicionan una especial fragilidad clínica, que grava al paciente con el consiguiente deterioro progresivo y una disminución gradual de su autonomía.

El perfil de este paciente se puede resumir en las siguientes características:

- ✓ Presencia de varias enfermedades crónicas de manera recurrente
- ✓ Alta frecuentación de los servicios de urgencias, consultas externas y hospitalización con ingresos prolongados.
- ✓ Polimedicación en su tratamiento farmacológico
- ✓ Disminución de la autonomía personal, temporal o permanente y frecuentes situaciones de discapacidad y dependencia
- ✓ Consumo de gran cantidad de recursos sanitarios y sociales
- ✓ Factores adicionales: edad avanzada, escaso apoyo familiar y social, secuelas de patologías previas, etc.

El nuevo modelo en desarrollo tiene como objetivo la mejora significativa de la autonomía para la realización de las actividades para la vida diaria y manejo del régimen terapéutico, disminuyendo la carga del cuidador primario y la frecuentación de los sistemas de salud.

DEMOGRAFÍA Y EPIDEMIOLOGÍA DE LA RIOJA

1. ANÁLISIS DEMOGRÁFICO:

Situación actual. Estructura poblacional de La Rioja

Tabla 1.- Estructura de la población. Año 2013

	La Rioja			España		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
0-15 años	15,8	16,3	15,3	15,9	16,6	15,2
16-44 años	38,8	40,1	37,5	40,2	41,6	38,8
45-64 años	26,5	27,0	26,0	26,2	26,4	26,1
65 años y más	19,0	16,6	21,3	17,7	15,4	20,0

FUENTE: Avance de la explotación estadística del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero. INE.

El análisis de la estructura de la población por edades de La Rioja muestra que el 19,0% de la población tiene 65 o más años. Hay que destacar que el 21,3% de las mujeres riojanas está en ese grupo de edad, frente a un 16,6% para los hombres. A nivel nacional esta diferencia es similar.

9



Podemos extraer que un 34,8% de la población está en edad no laboral.

Gráfico 1.- Población Tarjeta Sanitaria de La Rioja.

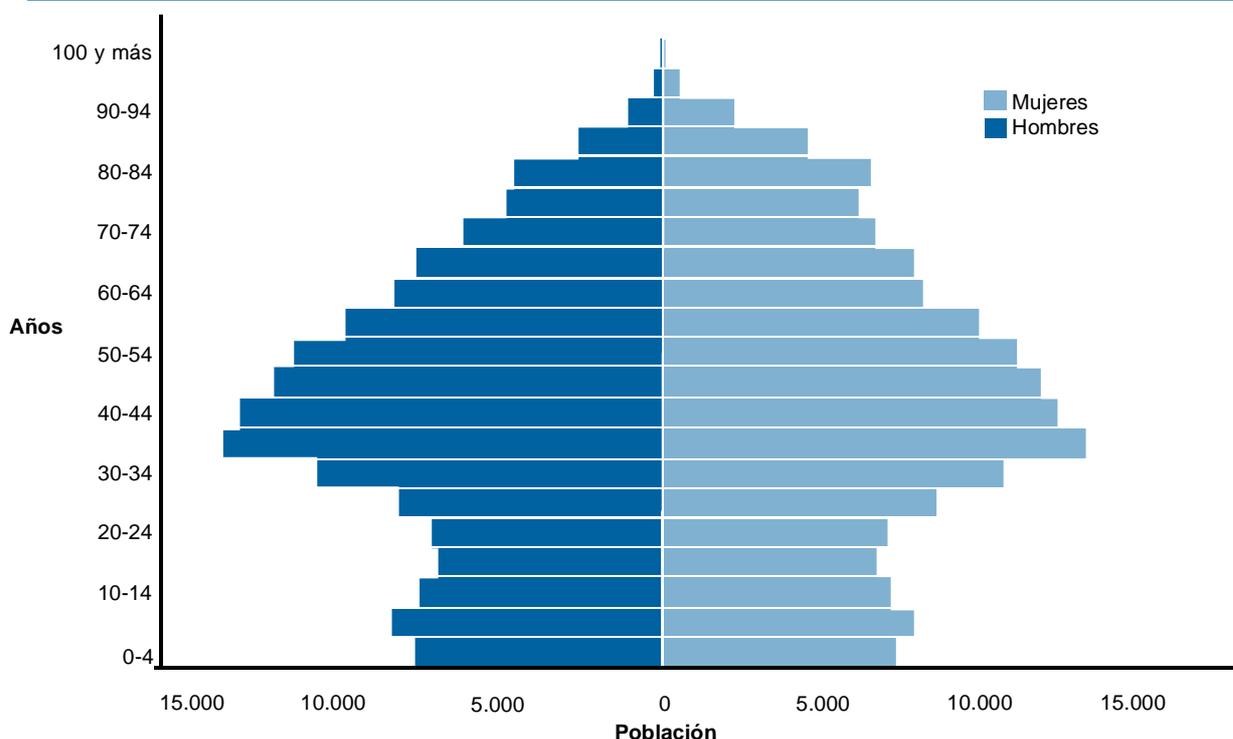


Tabla 2. Población de La Rioja por edad. Año 2013

Edad	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
Total	322.027	160.159	161.868
0-4	16.650	8.602	8.048
5-9	16.511	8.396	8.115
10-14	14.794	7.599	7.195
15-19	14.368	7.261	7.107
20-24	16.034	8.082	7.952
25-29	18.868	9.448	9.420
30-34	24.740	12.805	11.935
35-39	27.791	14.524	13.267
40-44	26.047	13.579	12.468
45-49	24.718	12.511	12.207
50-54	23.360	11.870	11.490
55-59	20.003	10.190	9.813
60-64	17.156	8.678	8.478
65-69	15.595	7.572	8.023
70-74	11.815	5.647	6.168
75-79	12.504	5.514	6.990
80-84	10.764	4.443	6.321
85-89	6.825	2.451	4.374
90-94	2.774	814	1.960
95-99	609	155	454
100 y más	101	18	83

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. 2013

La tasa de natalidad y el crecimiento vegetativo en nuestra comunidad continúan descendiendo, estando actualmente en el mismo nivel que se encontraban en 2003.

En La Rioja, tan sólo de los años 2006 al 2013 se ha incrementado el tramo de edad de más de 65 años en un 8%.

Tabla 3. Población mayor de 65 años. La Rioja. Evolución 2006-2013

	2013	2010	2008	2006
Población	322.027	322.415	317.501	306.377
Mayores de 65 años	27.410	26.364	26.341	27.155
Mayores de 75 años	33.577	32.443	30.837	29.248

Indicadores demográficos

Tabla 4. Indicadores demográficos estructurales

	La Rioja	España	Diferencia
Ratio de Masculinidad	99,72	97,21	-2,51
Índice de Infancia	14,80	14,94	0,14
Índice de Juventud	15,83	16,68	0,85
Índice de Longevidad	16,46	14,04	-2,42
Índice de Envejecimiento	118,80	109,72	-9,08
Tasa de Dependencia	52,21	49,82	-2,39
Tasa de Reemplazo	101,46	107,89	6,43

Fuente: Elaboración a partir de datos del Padrón Municipal del INE.

Comparando los indicadores demográficos de nuestra comunidad con los nacionales, en 2012 la mayor diferencia se encontró en el Índice de Envejecimiento. Mientras en La Rioja había 119 perso-

nas de 65 y más años por cada 100 niños de entre 0 y 15 años, en España la proporción ascendía a casi el 110%.

La comunidad riojana superó en 2013 la media española en Índice de Envejecimiento (mayores de 65 con respecto a menores de 14 años), Índice de Longevidad (mayores de 85 con respecto al colectivo de más de 65 años) y Tasa de Dependencia (niños y ancianos existentes con respecto a los ciudadanos en edad laboral), lo que denota una población más envejecida que la media nacional. En consecuencia, es comprensible que el Índice de Juventud y el de Infancia sean inferiores en esta comunidad autónoma.

Así mismo, la Tasa de Reemplazo señala un menor número de jóvenes en La Rioja, al ser la tasa española 6,43 puntos superior a la regional.

Por lo que respecta al Ratio de Masculinidad (número de varones por cada 100 mujeres), se situó 2,51 puntos porcentuales por encima de la media española, hasta alcanzar el 99,72, lo que revela el equilibrio existente entre sexos.

Crecimiento vegetativo y movimiento natural de población de La Rioja

Tabla 5. Crecimiento vegetativo. Tasa de mortalidad y tasa de natalidad

	Crecimiento Vegetativo	Tasa de Mortalidad	Tasa de Natalidad
La Rioja	0,92	9,23	10,14
Nacional	1,83	8,37	10,20

Los indicadores demográficos básicos, referidos a nacimientos y defunciones para el año 2011 (último dato disponible), aportan un crecimiento vegetativo por cada 1.000 habitantes de 0,92 para La Rioja, mientras que en España fue de 1,83. Esta diferencia significa que la distancia entre la Tasa Bruta de Natalidad y la Tasa Bruta de Mortalidad (nacimientos y defunciones por cada 1.000 habitantes) es menor en nuestra comunidad que a nivel nacional.

11



Tabla 6. Movimiento natural de la población de La Rioja

Años	Nacimientos	Defunciones	Crecimiento Vegetativo	Tasa Natalidad	Tasa Mortalidad
1993	2.146	2.491	-345	8,15	9,46
1995	2.059	2.564	-505	7,82	9,74
1996	2.100	2.549	-449	7,97	9,67
1998	2.204	2.588	-384	8,32	9,78
2000	2.346	2.544	-198	8,7	9,44
2002	2.537	2.579	-42	9,08	9,23
2004	3.034	2.811	223	10,2	9,45
2007	3.272	2.846	426	10,57	9,11
2008	3.518	2.860	658	11,21	9,11
2009	3.330	2.745	585	10,45	9,04
2010	3.374	2.855	519	10,71	9,07
2011	3.171	2.885	286	10,14	9,22
2012	3.188	3.023	165	9,96	9,44

Mortalidad

A continuación detallamos las principales causas de muerte por grandes grupos. Se puede observar que para la población total las más frecuentes son las enfermedades del sistema circulatorio (31,47%), los tumores (29,68%) y las enfermedades del sistema respiratorio (9,33%).

Tabla 7. Tasas de morbilidad. La Rioja 2013

Causa de muerte	Fallecidos	Tasa 1.000	Porcentaje
IX. ENF SISTEMA CIRCULATORIO	951	2,94	31,47
II. TUMORES	897	2,75	29,68
X. ENF SISTEMA RESPIRATORIO	282	0,87	9,33
VI. ENF SISTEMA NERVIOSO	211	0,65	6,98
V. TRASTORNOS MENTALES	147	0,46	4,86
XI. ENF SISTEMA DIGESTIVO	139	0,43	4,60
XX. CAUSAS EXTERNAS	108	0,33	3,57
OTRAS CAUSAS	287		
TOTAL	3022	9,37	

Tabla 8. Tasas de morbilidad. La Rioja 201. Hombre

Causa de muerte	Fallecidos	Tasa 1.000	Porcentaje
II. TUMORES	551	3,42	34,29
IX. ENF SISTEMA CIRCULATORIO	449	2,79	27,94
X. ENF SISTEMA RESPIRATORIO	173	1,08	10,77
VI. ENF SISTEMA NERVIOSO	91	0,57	5,66
XI. ENF SISTEMA DIGESTIVO	83	0,52	5,16
XX. CAUSAS EXTERNAS	74	0,46	4,60
V. TRASTORNOS MENTALES	57	0,35	3,55

Diferenciadas por sexo, en el grupo de hombres los tumores ocupan el primer lugar (34,29%) y en el grupo de mujeres las enfermedades del sistema nervioso ocupan el tercer lugar.

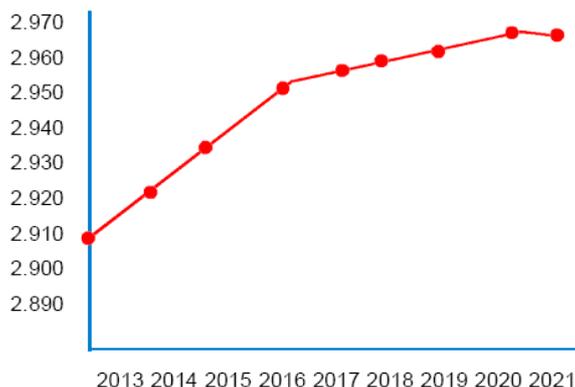
Tabla 9. Tasas de morbilidad. La Rioja 201. Mujer

Causa de muerte	Fallecidos	Tasa 1.000	Porcentaje
IX. ENF SISTEMA CIRCULATORIO	502	3,09	35,48
II. TUMORES	336	2,08	23,75
VI. ENF SISTEMA NERVIOSO	120	0,74	8,48
X. ENF SISTEMA RESPIRATORIO	109	0,67	7,70
V. TRASTORNOS MENTALES	90	0,56	6,36
XI. ENF SISTEMA DIGESTIVO	56	0,35	3,96
IV. ENF ENDOCRINAS	48	0,30	3,39
OTRAS CAUSAS	154		
TOTAL	1415	8,75	

De acuerdo a las proyecciones estimadas de número de defunciones, estas pasarán de 2896 en el año 2012 a 2956 en el año 2021.

Gráfico 2. Proyección defunciones en La Rioja

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Total	2.896	2.913	2.926	2.936	2.944	2.950	2.954	2.956	2.957	2.956



Esperanza de vida

Gráfico 3. Esperanza de vida en La Rioja. Evolución

Años	2000	2001	2004	2008	2010	2011	2012
	80,48	80,55	81,35	81,35	83	82,91	82,69



La Esperanza de Vida en La Rioja, correspondiente a 2011, era ligeramente superior que para el conjunto del país, tanto para hombres (79,90 años en La Rioja, 79,29 años en España) como para mujeres (86,08 años en La Rioja, 85,18 años en España).



ENVEJECIMIENTO Y DISCAPACIDAD

En los últimos 8 años se ha producido un estancamiento global de la población de más de 65 años, sin embargo se aprecia un incremento paulatino y sostenido del número de personas con más de 75 años y se ha pasado de un 9,5% del total de la población en 2006, a un 10,4%.

Padecer una enfermedad crónica no significa sufrir discapacidad, aunque una parte de ésta es secundaria a las enfermedades crónicas. Algo más de la mitad de las personas con discapacidad son mujeres. A partir de los 65 años y más, esta diferencia se incrementa. La atención a las personas con necesidades de cuidados es proporcionada de forma mayoritaria por las familias y la cifra de mujeres cuidadoras es muy superior a la de varones. Casi el 94% de las mujeres proporcionan cuidados.

Tabla 10. Población con discapacidad. Miles de personas de 6 y más años porcentaje sobre población total

Total	6-44	45-64	65-79	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90 y +
17,9	6,8	2,2	4,6	4,7	1,0	1,2	2,4	2,8	2,0
61,63	13,67	60,01	121,05	78,68	93,91	193,95	297,64	389,46	829,96

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008



2. Nuevo patrón epidemiológico

El aumento progresivo de la población hizo que en 2005 La Rioja superara la cifra de los 300.000 habitantes y siguiera creciendo hasta alcanzar un máximo en 2012, año en el que la población llegó a ser de 323.609 habitantes. En el 2013 se produce el primer descenso en el número de habitantes desde el año 2000.

Tabla 11. Disminución de población 2012-2013

	2012	2013	DIFERENCIA	Variación
La Rioja	323.609	321.489	-2.120	-0,66
Nacional	47.265.321	47.059.533	-205.788	-0,44

La Rioja con un descenso del 0,66% se posiciona como la sexta comunidad autónoma con mayor contracción demográfica.

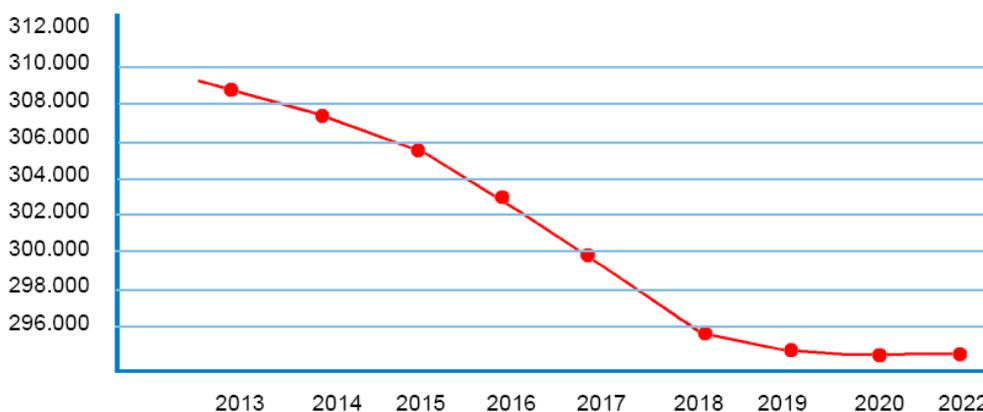
A nivel nacional este descenso respecto a 2012 es del 0,44%.

Según las proyecciones establecidas, se estima que en el año 2022 la población de La Rioja habrá disminuido en 21.557 habitantes, lo que supone un 6,90% en 10 años.

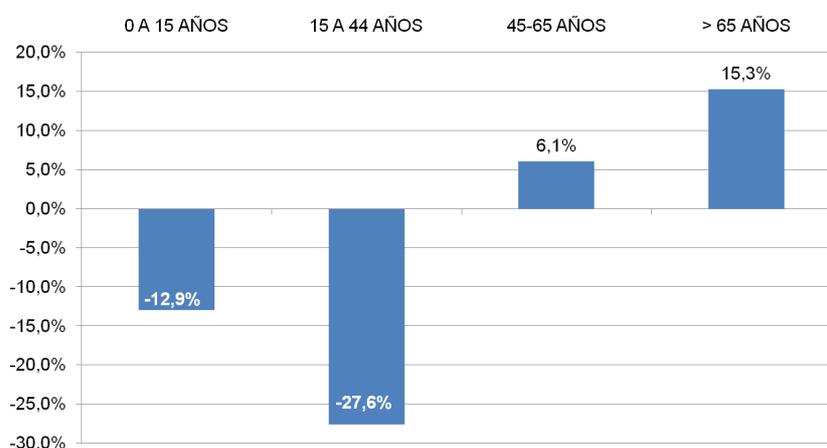
Gráfico 4. Proyecciones de población La Rioja 2012-2022

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
312.206	309.754	307.388	305.096	302.868	300.699	298.582	296.517	294.504	292.544	290.649

Fuente: INE



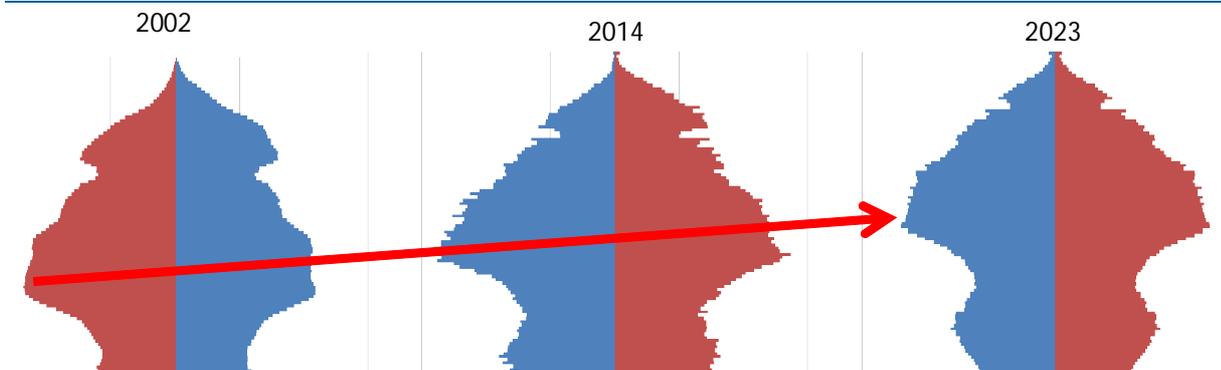
Proyección futura de la población de La Rioja (2012- 2023): Tendencia por rangos de edades



Según las estimaciones realizadas, la tendencia por rangos de edad muestra que hasta al 2023 habrá un descenso en las franjas etarias menores de 45 años, y se incrementarán las mayores, llegando a un 15,3% dicho aumento entre los mayores de 65 años.

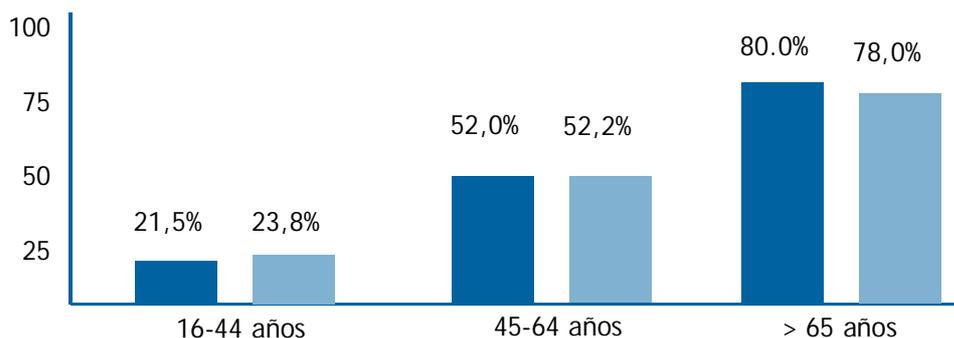
Estos cambios harán que la estructura de la pirámide poblacional se modifique:

Gráfico 5. Evolución pirámide de población en La Rioja. 2002-2023



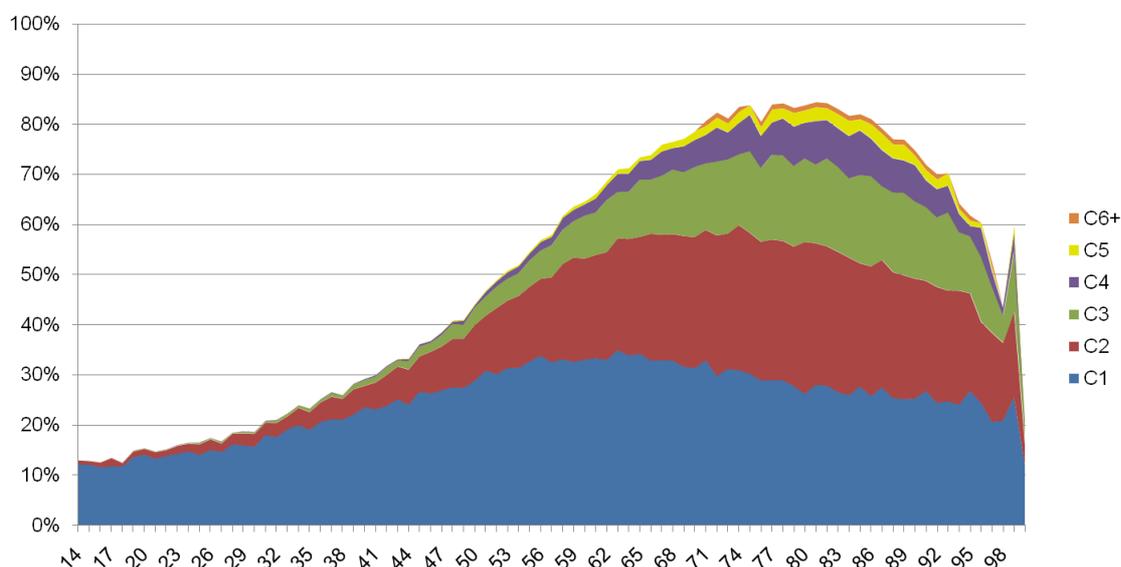
PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

Gráfico 6. Prevalencia de las enfermedades crónicas en La Rioja por sexo



Un 52% de la población entre 45 y 64 años presenta alguna enfermedad crónica, cifra que aumenta hasta un 80% en hombres y 78% en mujeres entre los mayores de 65 años.

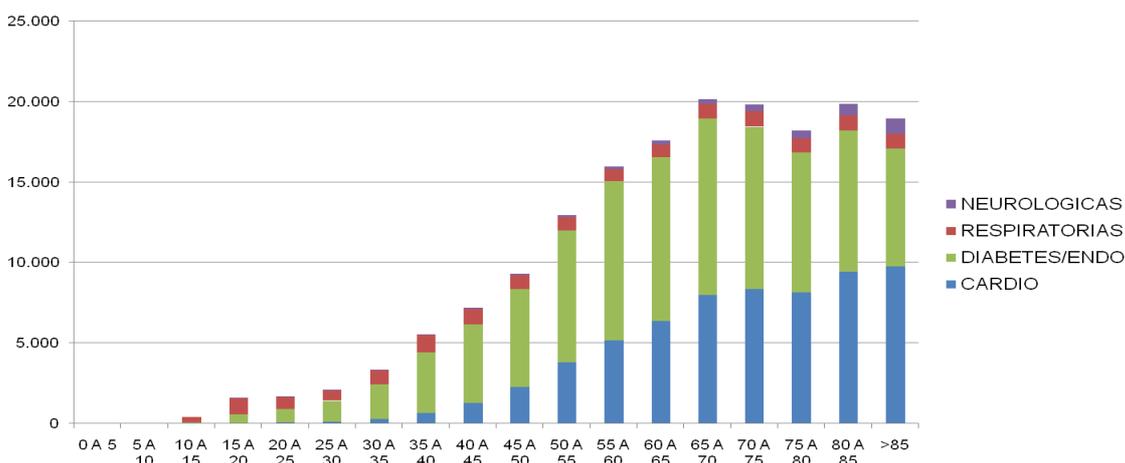
Gráfico 7. Número total de enfermedades crónicas por edad en La Rioja



Si se estudia el número de enfermedades concurrentes se puede observar que a partir de los 40-50 años, el número de pacientes diagnosticado de más de una enfermedad aumenta considerablemente, siendo de más de un 80% los pacientes con 6 o más enfermedades crónicas concurrentes a partir de los 68 años.

En edades más avanzadas el número de enfermedades disminuye, al sobrevivir aquellos que tienen menos comorbilidad.

Gráfico 8. Distribución de enfermedades crónicas por edad en La Rioja



De cara a la estratificación de pacientes crónicos se han priorizado en nuestra Estrategia de Atención al Paciente Crónico como enfermedades principales las siguientes: Insuficiencia Cardíaca (IC), Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), Diabetes Mellitus (DM), Hipertensión Arterial (HTA) y Enfermedad renal crónica (ERC).

Entre ellas sobresale la hipertensión, un problema de salud que afecta a 50.651 personas, casi un 20% de la población mayor de 14 años de La Rioja.

Entre los 5 procesos crónicos alcanzan a un 23% de la población en general en la Comunidad Autónoma, mayores de 14 años, y suponen el 650,8% sobre el total de pacientes crónicos.

Tabla 12. Hipertensión arterial

G. EDAD	HOMB	MUJ	TOT	%
15-19	18	12	30	0,22%
20-24	35	24	59	0,41%
25-29	60	43	103	0,61%
30-34	158	94	252	1,17%
35-40	395	210	605	2,25%
40-44	714	405	1119	4,37%
45-49	1213	805	2018	8,40%
50-54	2035	1354	3389	14,96%
55-59	2437	1997	4434	22,35%
60-64	2938	2457	5395	32,56%
65-69	3366	3255	6621	42,59%
70-74	3171	3564	6735	52,03%
75-79	2631	3698	6329	57,18%
80-84	2630	4280	6910	61,44%
85-89	1393	2958	4351	60,40%
90-94	497	1382	1879	55,51%
95-99	82	296	378	49,41%
100 y más	9	35	44	35,77%
TOTAL	23782	26869	50651	19,17%

Tabla 13. Diabetes Melitus

G. EDAD	HOMB	MUJ	TOT	%
15-19	23	24	47	0,34%
20-24	23	31	54	0,38%
25-29	37	43	80	0,48%
30-34	68	114	182	0,85%
35-40	128	259	387	1,44%
40-44	260	291	551	2,15%
45-49	381	286	667	2,78%
50-54	656	348	1004	4,43%
55-59	963	480	1443	7,27%
60-64	1178	676	1854	11,19%
65-69	1424	893	2317	14,91%
70-74	1279	1057	2336	18,05%
75-79	1125	1139	2264	20,46%
80-84	1050	1356	2406	21,39%
85-89	516	918	1434	19,91%
90-94	155	381	536	15,83%
95-99	17	73	90	11,76%
100 y más	3	7	10	8,13%
TOTAL	9286	8376	17662	6,68%

Tabla 14. Enfermedad Renal Crónica

G. EDAD	HOMB	MUJ	TOT	%
15-19	16	5	21	0,15%
20-24	12	6	18	0,13%
25-29	25	18	43	0,26%
30-34	31	18	49	0,23%
35-40	64	45	109	0,40%
40-44	61	40	101	0,39%
45-49	72	48	120	0,50%
50-54	100	52	152	0,67%
55-59	131	90	221	1,11%
60-64	197	92	289	1,74%
65-69	300	194	494	3,18%
70-74	388	255	643	4,97%
75-79	455	392	847	7,65%
80-84	504	581	1085	9,65%
85-89	321	468	789	10,95%
90-94	139	237	376	11,11%
95-99	21	43	64	8,37%
100 y más	4	8	12	9,76%
TOTAL	2841	2592	5433	2,06%

Tabla 15. EPOC

G. EDAD	HOMB	MUJ	TOT	%
15-19	2	1	3	0,02%
20-24	3		3	0,02%
25-29	2	1	3	0,02%
30-34	5	3	8	0,04%
35-40	11	6	17	0,06%
40-44	19	14	33	0,13%
45-49	51	36	87	0,36%
50-54	115	59	174	0,77%
55-59	162	84	246	1,24%
60-64	272	76	348	2,10%
65-69	331	81	412	2,65%
70-74	373	113	486	3,75%
75-79	380	105	485	4,38%
80-84	419	161	580	5,16%
85-89	285	124	409	5,68%
90-94	94	69	163	4,82%
95-99	19	20	39	5,10%
100 y más	1	4	5	4,07%
TOTAL	2544	957	3501	1,33%

Tabla 16. Insuficiencia Cardíaca

G_EDAD	HOMB	MUJ	TOT	%
15-19	3		3	0,02%
20-24	7	1	8	0,06%
25-29	1	3	4	0,02%
30-34	3	1	4	0,02%
35-40	2	1	3	0,01%
40-44	5	5	10	0,04%
45-49	8	8	16	0,07%
50-54	19	5	24	0,11%
55-59	22	16	38	0,19%
60-64	49	24	73	0,44%
65-69	77	39	116	0,75%
70-74	93	76	169	1,31%
75-79	128	139	267	2,41%
80-84	201	254	455	4,05%
85-89	172	257	429	5,96%
90-94	95	195	290	8,57%
95-99	19	56	75	9,80%
100 y más	2	8	10	8,13%
TOTAL	906	1088	1994	0,75%



CONSUMO FARMACÉUTICO

El envejecimiento de la población no es sinónimo de enfermedad, pero favorece el incremento de la prevalencia de enfermedades en los pacientes mayores, siendo frecuente la coexistencia de varias enfermedades crónicas que requieren tratamientos múltiples.

Por grupos de edades el consumo de fármacos en La Rioja a fecha 30 de julio de 2014 fue el siguiente.

Tabla 17. Consumo de fármacos por edad en La Rioja

EDAD	<5 Fármacos		5a7 Fármacos		>7 Fármacos		TOTAL
15-19	13717	99,85%	19	0,14%	2	0,01%	13738
20-24	14221	99,75%	35	0,25%	1	0,01%	14257
25-29	16755	99,65%	52	0,31%	7	0,04%	16814
30-34	21385	99,32%	122	0,57%	24	0,11%	21531
35-40	26681	99,11%	192	0,71%	48	0,18%	26921
40-44	25152	98,32%	339	1,33%	91	0,36%	25582
45-49	23329	97,08%	548	2,28%	154	0,64%	24031
50-54	21442	94,68%	949	4,19%	256	1,13%	22647
55-59	17976	90,61%	1402	7,07%	460	2,32%	19838
60-64	13952	84,21%	1957	11,81%	659	3,98%	16568
65-69	11733	75,48%	2733	17,58%	1079	6,94%	15545
70-74	8633	66,69%	2880	22,25%	1431	11,06%	12944
75-79	6337	57,26%	2911	26,30%	1820	16,44%	11068
80-84	5839	51,92%	3098	27,55%	2310	20,54%	11247
85-89	3520	48,86%	2069	28,72%	1615	22,42%	7204
90-94	1772	52,35%	907	26,79%	706	20,86%	3385
95-99	465	60,78%	176	23,01%	124	16,21%	765
100 y más	88	71,54%	23	18,70%	12	9,76%	123
Total general	232997	88,19%	20412	7,73%	10799	4,09%	264208

19



La tabla muestra cómo en la cúspide de la pirámide poblacional (>64 años) el porcentaje de personas con más de 7 fármacos prescritos alcanza niveles que van del 7 al 22%.

En la tabla siguiente, realizada sólo con los pacientes crónicos, se observa la misma distribución que en la población general, pero en cada grupo etario, mientras el porcentaje de las personas con prescripciones de "menos de 5" fármacos es menor, no ocurre lo mismo con los otros dos grupos, de "5 a 7" y "más de 7" en que este porcentaje aumenta, especialmente en el grupo de ">7" fármacos prescritos por persona.

Tabla 18. Consumo de fármacos por edad en La Rioja. Pacientes crónicos

EDAD	<5 Fármacos		5a7 Fármacos		>7 Fármacos		TOTAL
15-19	1791	99,33%	11	0,61%	1	0,06%	1803
20-24	2235	99,20%	17	0,75%	1	0,04%	2253
25-29	3007	98,91%	31	1,02%	2	0,07%	3040
30-34	4724	98,38%	64	1,33%	14	0,29%	4802
35-40	7038	97,83%	121	1,68%	35	0,49%	7194
40-44	7944	96,48%	220	2,67%	70	0,85%	8234
45-49	8907	94,08%	429	4,53%	131	1,38%	9467
50-54	10158	90,92%	788	7,05%	226	2,02%	11172
55-59	10059	85,71%	1244	10,60%	433	3,69%	11736
60-64	9040	79,10%	1770	15,49%	619	5,42%	11429
65-69	8253	69,99%	2512	21,30%	1027	8,71%	11792
70-74	6457	61,39%	2685	25,53%	1376	13,08%	10518
75-79	4783	51,78%	2706	29,30%	1748	18,92%	9237
80-84	4388	46,33%	2880	30,41%	2203	23,26%	9471
85-89	2446	41,88%	1871	32,04%	1523	26,08%	5840
90-94	1081	42,43%	812	31,87%	655	25,71%	2548
95-99	236	47,29%	147	29,46%	116	23,25%	499
100 y más	36	56,25%	18	28,13%	10	15,63%	64
Total general	92583	76,45%	18326	15,13%	10190	8,41%	121099

HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS EN LA RIOJA

Estos son los 25 GRD (Grupos Relacionados por el Diagnóstico) más frecuentes entre los pacientes que han causado ingreso en los hospitales de agudos del Sistema Público de Salud de la Rioja durante el año 2013.

Tabla 19. Principales Grupos Relacionados por el Diagnóstico. Sistema Público de Salud de La Rioja. 2013

25 GRDs más frecuentes. Año 2013							
GRD	DESCRIPCIÓN	ALTAS	% ALTAS	EST_MEDIA	ESTANCIAS	% ESTANCIAS	PESO HOSPITAL
373	PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES	1716	6,12	2,51	4313	2,58	1028,2272
541	NEUMONÍA SIMPLE Y OTROS TRAST.RESPIRATORIOS EXC. BRONQUITIS Y	871	3,11	8,44	7352	4,41	1940,7622
127	INSUFICIENCIA CARDIACA Y SHOCK	616	2,20	6,17	3800	2,28	801,0464
372	PARTO VAGINAL CON COMPLICACIONES	447	1,59	3,57	1597	0,96	312,5424
371	CESAREA, SIN COMPLICACIONES	434	1,55	4,34	1883	1,13	382,354
014	ICTUS CON INFARTO	407	1,45	6,51	2650	1,59	681,6436
544	ICC Y ARRITMIA CARDIACA CON CC MAYOR	405	1,44	7,44	3015	1,81	1336,8645
395	TRASTORNOS DE LOS HEMATIES EDAD>17	387	1,38	2,63	1019	0,61	395,5527
818	SUSTITUCION DE CADERA EXCEPTO POR COMPLICACIONES	323	1,15	6,28	2027	1,21	1018,9035
311	PROCEDIMIENTOS TRANSURETRALES SIN CC	321	1,14	4,64	1491	0,89	275,9958
101	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO CON CC	315	1,12	6,72	2116	1,27	314,811
209	SUSTITUCION ARTICULACION MAYOR EXCEPTO CADERA Y REIMPLANTE I	314	1,12	4,89	1537	0,92	872,1978
359	PROC. SOBRE UTERO Y ANEJOS POR CA.IN SITU Y PROCESO NO MALIGNO	284	1,01	4,82	1369	0,82	287,9192
814	GASTROENTERITIS NO BACTERIANA Y DOLOR ABDOMINAL EDAD > 17 SIN	283	1,01	3,76	1065	0,64	158,5932
088	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	276	0,98	6,64	1832	1,10	292,7256
494	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SIN EXPLORAC. CONDUCTO BILIAR	260	0,93	3,85	1000	0,60	284,284
167	APENDICECTOMIA SIN DIAGNOSTICO PRINCIPAL COMPLICADO SIN CC	248	0,88	4,50	1117	0,67	231,3096
102	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO SIN CC	246	0,88	4,18	1029	0,62	152,2494
208	TRASTORNOS DEL TRACTO BILIAR SIN CC	228	0,81	6,08	1387	0,83	164,2968
089	NEUMONIA SIMPLE Y PLEURITIS EDAD>17 CON CC	213	0,76	7,16	1525	0,91	252,5115
211	PROC. DE CADERA Y FEMUR EXCEPTO ARTICULACION MAYOR EDAD>17 S	205	0,73	7,30	1497	0,90	427,22
225	PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PIE	204	0,73	2,15	438	0,26	288,252
183	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS Y TRAST.DIGEST. MISCELANEOS EDAD>1	201	0,72	5,61	1127	0,68	144,6396
162	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA INGUINAL Y FEMORAL EDAD>17 SIN C	195	0,70	2,35	458	0,27	160,7775
533	OTROS TRAST. SISTEMA NERVIOSO EXC. AIT, CONVULSIONES Y CEFALEA	194	0,69	8,89	1724	1,03	807,1176
		9593	34,21	5,04	48368	28,99	1,3565
	TOTAL	28040		Estancias Totales	166854		

En el año 2013 La Rioja tuvo 28.040 altas brutas de hospitalización que generaron 166.854 estancias, con una estancia media bruta de 5,95 días y un peso medio de 1,5338.

Tabla 20. Altas/Estancias. Principales GRDs. Sistema Público de Salud de La Rioja. 2013

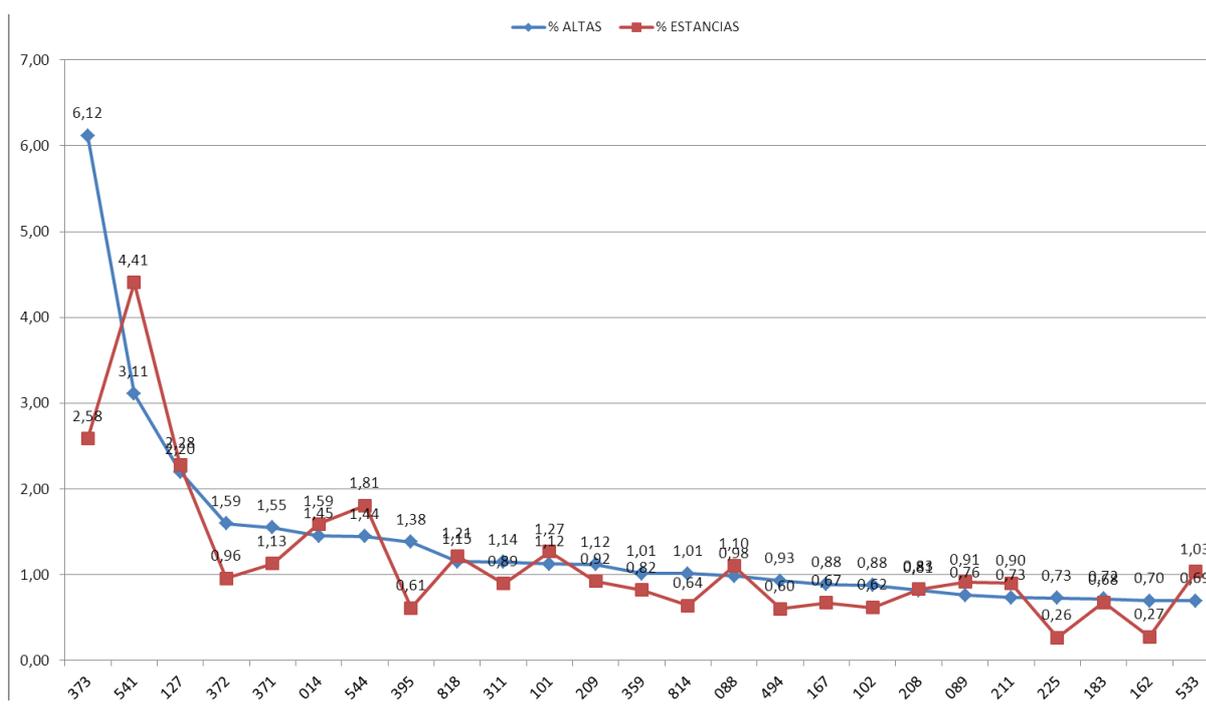


Tabla 21. GRDs más complejos. Sistema Público de Salud de La Rioja. 2013

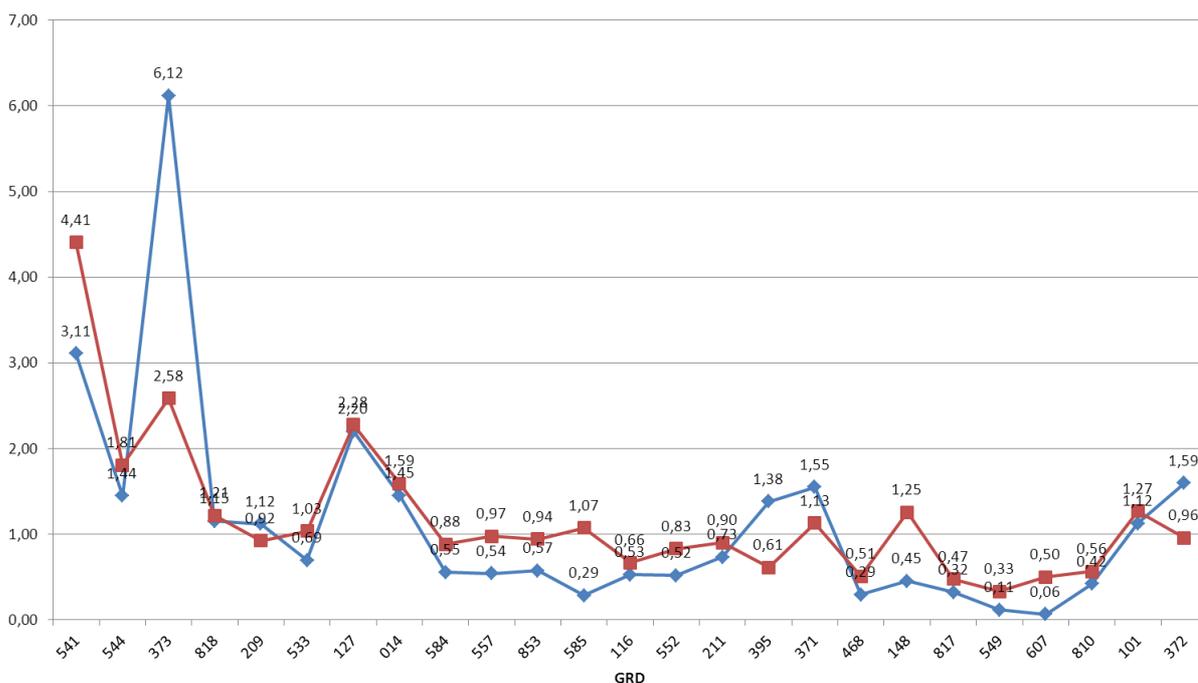
GRD	DESCRIPCIÓN	ALTAS	% ALTAS	EST. MEDIA	ESTANCIAS	% ESTANCIAS	PESO HOSPITAL
541	NEUMONÍA SIMPLE Y OTROS TRAST.RESPIRATORIOS EXC. BRONQUITIS Y ASMA CC	871	3,11	8,44	7352	4,41	1940,7622
544	ICC Y ARRITMIA CARDIACA CON CC MAYOR	405	1,44	7,44	3015	1,81	1336,8645
373	PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES	1716	6,12	2,51	4313	2,58	1028,2272
818	SUSTITUCION DE CADERA EXCEPTO POR COMPLICACIONES	323	1,15	6,28	2027	1,21	1018,9035
209	SUSTITUCION ARTICULACION MAYOR EXCEPTO CADERA Y REIMPLANTE MIEMBRO	314	1,12	4,89	1537	0,92	872,1978
533	OTROS TRAST. SISTEMA NERVIOSO EXC. AIT, CONVULSIONES Y CEFALEA CON CC	194	0,69	8,89	1724	1,03	807,1176
127	INSUFICIENCIA CARDIACA Y SHOCK	616	2,20	6,17	3800	2,28	801,0464
014	ICTUS CON INFARTO	407	1,45	6,51	2650	1,59	681,6436
584	SEPTICEMIA CON CC MAYOR	155	0,55	9,46	1466	0,88	645,3115
557	TRASTORNOS HEPATOBILIARES Y DE PANCREAS CON CC MAYOR	151	0,54	10,75	1623	0,97	582,3013
853	PROCEDIMIENTO CARDIOVASCULAR PERCUTANEO CON STENT LIBERADOR DE FA	161	0,57	9,75	1569	0,94	566,1726
585	PROCEDIMIENTO MAYOR ESTOMAGO,ESOFAGO, DUODENO, I. DELGADO Y GRUESO	80	0,29	22,38	1790	1,07	516,896
116	OTRAS IMPLANTACIONES DE MARCAPASOS CARDIACO PERMANENTE	148	0,53	7,49	1109	0,66	512,7016
552	TRAST. AP. DIGESTIVO EXCEPTO ESOF., GASTROENT. Y ULC.NO COMPL. CON CC N	145	0,52	9,54	1383	0,83	443,8305
211	PROC. DE CADERA Y FEMUR EXCEPTO ARTICULACION MAYOR EDAD>17 SIN CC	205	0,73	7,30	1497	0,90	427,22
395	TRASTORNOS DE LOS HEMATIES EDAD>17	387	1,38	2,63	1019	0,61	395,5527
371	CESAREA, SIN COMPLICACIONES	434	1,55	4,34	1883	1,13	382,354
468	Procedimiento quirúrgico extensivo sin relación con diagnóstico principal	82	0,29	10,29	844	0,51	373,5674
148	PROCEDIMIENTOS MAYORES DE INTESTINO DELGADO Y GRUESO CON CC	126	0,45	16,59	2090	1,25	363,8754
817	REVISION O SUSTITUCION DE CADERA POR COMPLICACIONES	90	0,32	8,80	792	0,47	341,793
549	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES CON CC MAYOR	32	0,11	17,31	554	0,33	334,1664
607	NEONATO, PESO AL NACER 1000-1499 G, SIN P. QUIRURGICO SIGNIF., ALTA CON V	18	0,06	46,06	829	0,50	327,2184
810	HEMORRAGIA INTRACRANEAL	117	0,42	8,01	937	0,56	321,9606
101	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO CON CC	315	1,12	6,72	2116	1,27	314,811
372	PARTO VAGINAL CON COMPLICACIONES	447	1,59	3,57	1597	0,96	312,5424
		7939	28,31	6,24	49516	29,68	1,9712
	TOTAL	28040		Estancias Totales	166854		

En esta tabla se muestra los 25 GRDs que bien por la complejidad de las patologías que representan, bien por el gran número de casos que contienen, bien por ambas cosas, son los que más recursos consumen.

Los 25 GRDs más complejos, suponen un 34,21 % de las altas totales, un 29,68 % de las estancias totales de ese año y tuvieron una estancia media de 6,24 días con un peso medio de 1,9712. Lo que significa que la mayor gravedad de la enfermedad implica una mayor dificultad de tratamiento, peor pronóstico o una mayor necesidad de actuación asistencial y por tanto precisan de más recursos, lo que se traduce en un coste más alto de la asistencia médica.



Tabla 22. GRDs más complejos. Sistema Público de Salud de La Rioja. 2013



Obviando la asistencia derivada de la Categoría diagnóstica destinada a registrar los cuidados de embarazo, parto y puerperio, se comprueba que la patología respiratoria, cardiológica, neurológica, osteoarticular... no sólo son causas muy frecuentes en los ingresos, sino que alcanzan los mayores niveles de complejidad y consumo de recursos. Analizadas en mayor profundidad se constata que muchas veces corresponde a reagudizaciones de sus patologías crónicas de base.

Como dato significativo de lo que supone la asistencia en hospitales de agudos por parte de los pacientes crónicos de La Rioja, se ha comprobado que en edades por encima de los 14 años, 3 de cada 4 pacientes ingresados son personas con alguna enfermedad crónica de base.



MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL: MODELOS DE REFERENCIA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO

MODELOS TEÓRICOS DE GESTIÓN DE CRÓNICOS:

En el siglo XXI nuestro principal reto es dar respuesta a las necesidades de los pacientes con enfermedades crónicas.

Los modelos sanitarios actuales deben transformarse situando al paciente, su entorno y sus necesidades sanitarias como centro de actuación.

Existen varios modelos teóricos de gestión de pacientes crónicos a nivel internacional, todos ellos orientados a la mejora de la salud.

Modelo de Cuidado Crónico (CCM)

Este modelo fue desarrollado en EEUU en 1998 por Ed. Wagner y asociados en el MacColl Institute for Healthcare Innovation de Seattle. Fue el primero que se realizó y ha servido de base para enfoques posteriores.

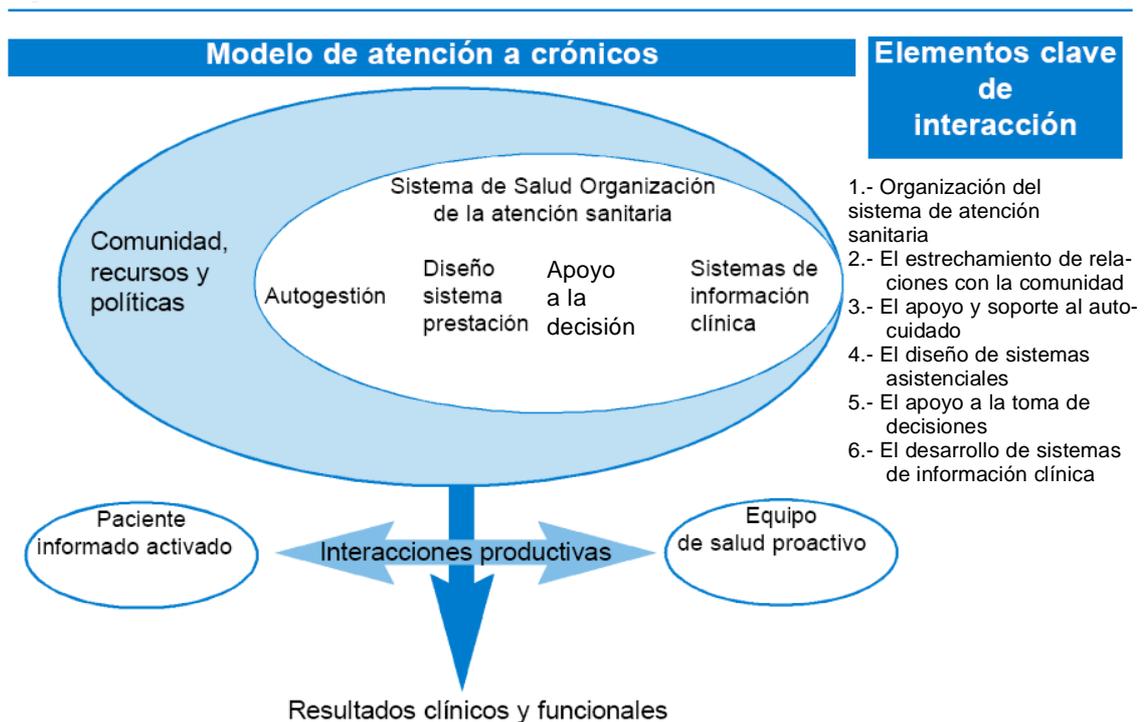
Según este modelo, la atención a los pacientes crónicos tiene que estar representada en tres planos superpuestos:

- ✓ La comunidad, con sus políticas y múltiples recursos públicos y privados
- ✓ El sistema sanitario proveedor de servicios asistenciales
- ✓ La interacción con el paciente en la práctica clínica

23



Figura 9. Modelo de atención a crónicos.



El objetivo de este modelo es introducir un programa de calidad que optimice la asistencia al paciente crónico en 6 elementos clave que interactúan entre sí:

1. La organización del sistema de atención sanitaria: gestionar y planificar el cambio incluyendo objetivos medibles
2. Participación comunitaria: movilizar recursos no sanitarios
3. El apoyo y soporte al autocuidado: fomentar la autoayuda y autogestión a través de la participación del paciente y su familia en el cuidado y seguimiento.
4. El diseño del sistema asistencial a través de mejoras a la atención clínica centrada en el trabajo de equipo y en una amplia práctica profesional.
5. El apoyo a la toma de decisiones por parte del profesional, mediante la integración de guías de práctica diaria basadas en la mayor evidencia clínica disponible.
6. El desarrollo de sistemas de información clínica imprescindibles para el seguimiento, atención y evaluación del paciente y para proporcionar datos relevantes.

El objetivo final de este modelo es el encuentro clínico protagonizado por pacientes activos e informados con un equipo de profesionales preactivos con las capacidades y habilidades necesarias, en pos de una atención de alta calidad, elevada satisfacción y mejora de resultados.

Modelo de Atención Innovadora a Condiciones Crónicas (ICCC)

Entre las adaptaciones del CCM hay que destacar este modelo propuesto por la OMS, cuyo objetivo es desarrollar políticas globales de salud.

Sus principales aportaciones son:

- ✓ **La toma de decisiones basada en la evidencia.** Tiene que incluir tanto el conocimiento disponible en cuanto a procesos clínicos, como en resultados en pacientes
- ✓ **El enfoque de salud poblacional.** La gestión de la población debe ser una estrategia a largo plazo preventiva, permitiendo organizar los recursos para optimizar la calidad de la atención y los consiguientes resultados de salud en poblaciones con necesidades conocidas y comprendidas. De esta manera se reducen la necesidad de recursos de alto coste y de especialidad elevada
- ✓ Mayor atención a la prevención. Para reducir los riesgos para la salud y reducir la carga y las necesidades de atención en las enfermedades crónicas, hay que proporcionar a los pacientes sistemáticamente información adecuada.
- ✓ Especial interés en la calidad de la atención sistémica. La calidad no debe ser un sistema únicamente de prestaciones de atención asistencial, sino que debe comenzar a nivel de política, para asegurar mejor calidad en el nivel asistencial, de la comunidad y de los pacientes dentro del sistema.
Esto asegurará una utilización adecuada de los recursos, una atención eficaz y eficiente de los proveedores sanitarios y una optimización de los resultados en paciente.
- ✓ Flexibilidad y adaptabilidad. Los sistemas de atención de salud tienen que estar preparados para adaptarse a las situaciones cambiantes, información nueva y sucesos imprevistos y para ello el seguimiento y la evaluación resultan imprescindibles.
- ✓ Integración/Interoperabilidad. La atención de salud para las enfermedades crónicas requiere integración de los niveles asistenciales de atención de salud, colaborando y compartiendo el mismo objetivo que es mejorar la atención de estos pacientes.

Los niveles definidos son:

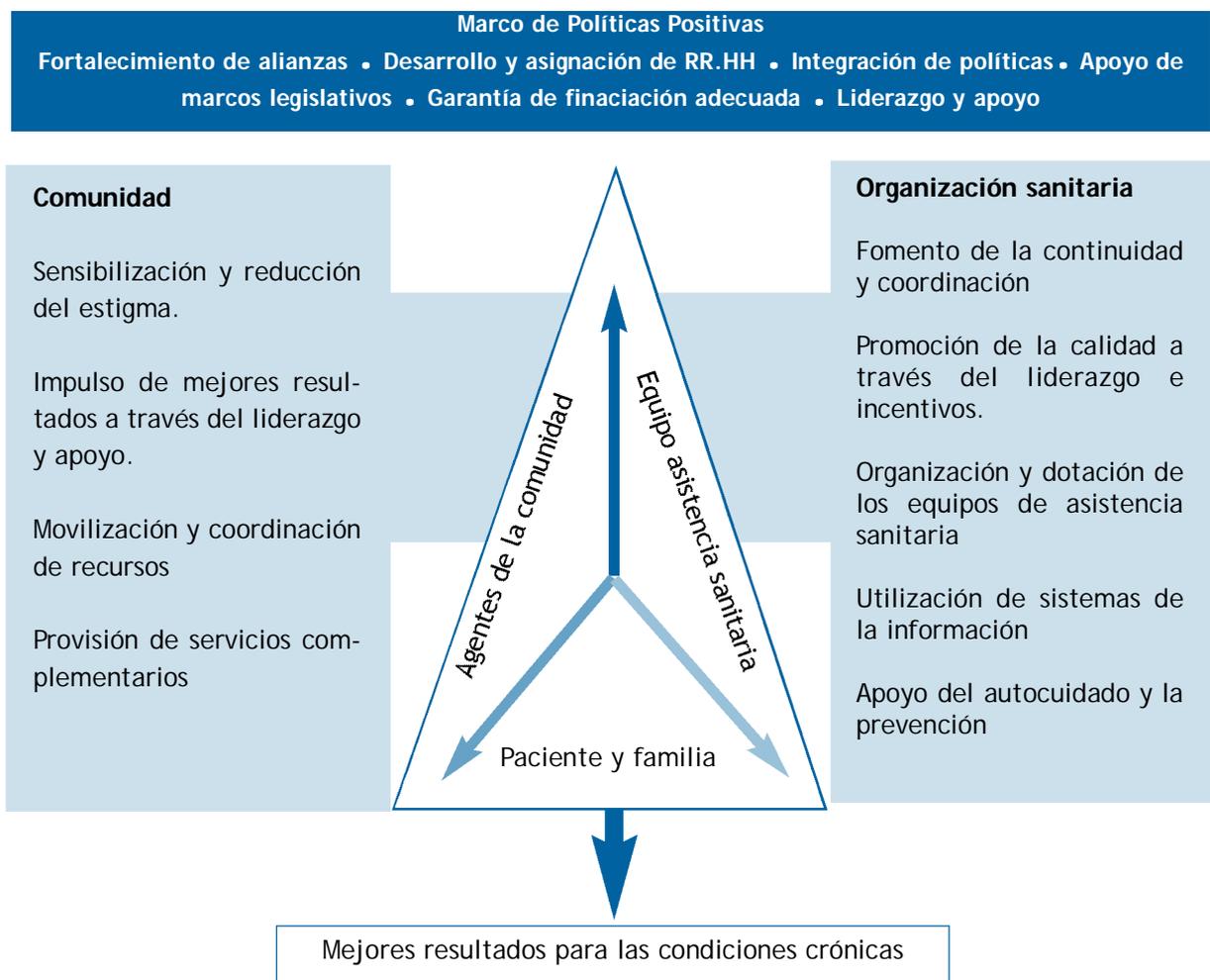
- ✓ **Micro:** centrado en el paciente y basado en la reorganización de la atención sanitaria para garantizar la continuidad asistencial y la coordinación entre niveles, a través de una adecuada planificación de las actuaciones y el apoyo en liderazgos internos y sistemas de información.



También contempla la capacitación profesional proporcionándoles apoyo tecnológico, mayor autonomía en el diagnóstico y comunicación con el paciente, lo que facilita su auto-gestión.

- ✓ Meso: centrado en factores comunitarios, esta basado en la utilización de los recursos disponibles comunitarios, como asociaciones y líderes naturales, para concienciar y sensibilizar a la población.
- ✓ Macro: incide en las políticas y estrategias de salud, basándose en asegurar una adecuada financiación y provisión de recursos mediante la adaptación del marco legislativo en cuanto a protección y cobertura de las personas con procesos crónicos.

Figura 10. Modelo de Atención Innovadora a Condiciones Crónicas (AICC).



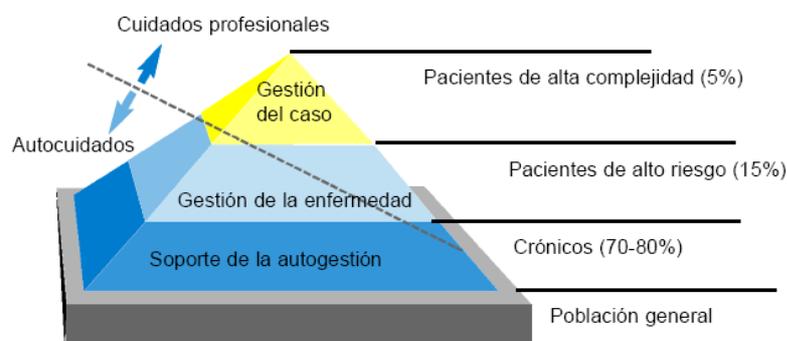
Pirámide de Kaiser Permanente

Además de los modelos de sistema como el CCM y el ICC, se han elaborado modelos poblacionales, cuyo ejemplo más representativo es la Pirámide de Kaiser. Estos modelos tienen como foco de su intervención la población y sus necesidades en lugar del sistema como los anteriormente expuestos. La Pirámide de Kaiser identifica tres niveles de intervención según el nivel de complejidad del paciente crónico y se centra en la prestación de servicios en el nivel de atención más coste-efectivo para mejorar la salud poblacional. Las barreras tradicionales entre niveles se difuminan y surge

un modelo de atención integrada con soluciones innovadoras, donde se potencia al máximo la capacidad resolutoria en el ámbito de Atención Primaria, prestando especial atención a la minimización de las hospitalizaciones.

En interpretaciones posteriores se ha incluido la vertiente poblacional de promoción y prevención.

Figura 11. Pirámide de Kaiser permanente adaptada.



La Pirámide de Kaiser estratifica la población según sus necesidades en:

- ✓ Población general: es el foco de intervenciones de promoción de estilos de vida saludables y prevención de la enfermedad, para tratar de controlar los factores de riesgo que pueden llevar a los individuos a la enfermedad crónica.
- ✓ Pacientes crónicos de bajo riesgo (70-80% del total de pacientes crónicos): Presentan condiciones todavía en estadios incipientes y con el apoyo adecuado muchos de ellos pueden aprender a ser agentes activos en su propio cuidado, ayudando a prevenir complicaciones, frenar el deterioro y evitar tener más condicionantes.
- ✓ Pacientes de mayor riesgo que presentan menor complejidad (15% de pacientes crónicos): requieren una gestión de la enfermedad que combina autogestión y cuidados profesionales.
- ✓ Pacientes de alta complejidad con frecuente comorbilidad (5% de pacientes crónicos): precisan una gestión integral del caso en su conjunto, con cuidados fundamentalmente profesionales. Se requiere una gestión proactiva de los casos mediante un profesional clave que realice la gestión, anticipándose a las necesidades del paciente.

Una de las adaptaciones más interesantes de la Pirámide de Kaiser que se ha puesto en marcha es la pirámide definida en el King's Fund en el Reino Unido, que combina la visión sanitaria y la social como dos partes integradas de la atención que requiere el individuo.

Figura 12. Pirámide definida por el King's Fund en el Reino Unido



Este modelo marca como elemento clave para la mejora de la eficiencia, la integración sociosanitaria y hace especial hincapié en la reorganización de recursos, mas que en el incremento de los mismos, y en el autocuidado y gestión de los ciudadanos de su propia salud, con el fin de conseguir una adecuada atención del paciente crónico.





ESTRATIFICACIÓN DE LA CRONICIDAD EN LA RIOJA

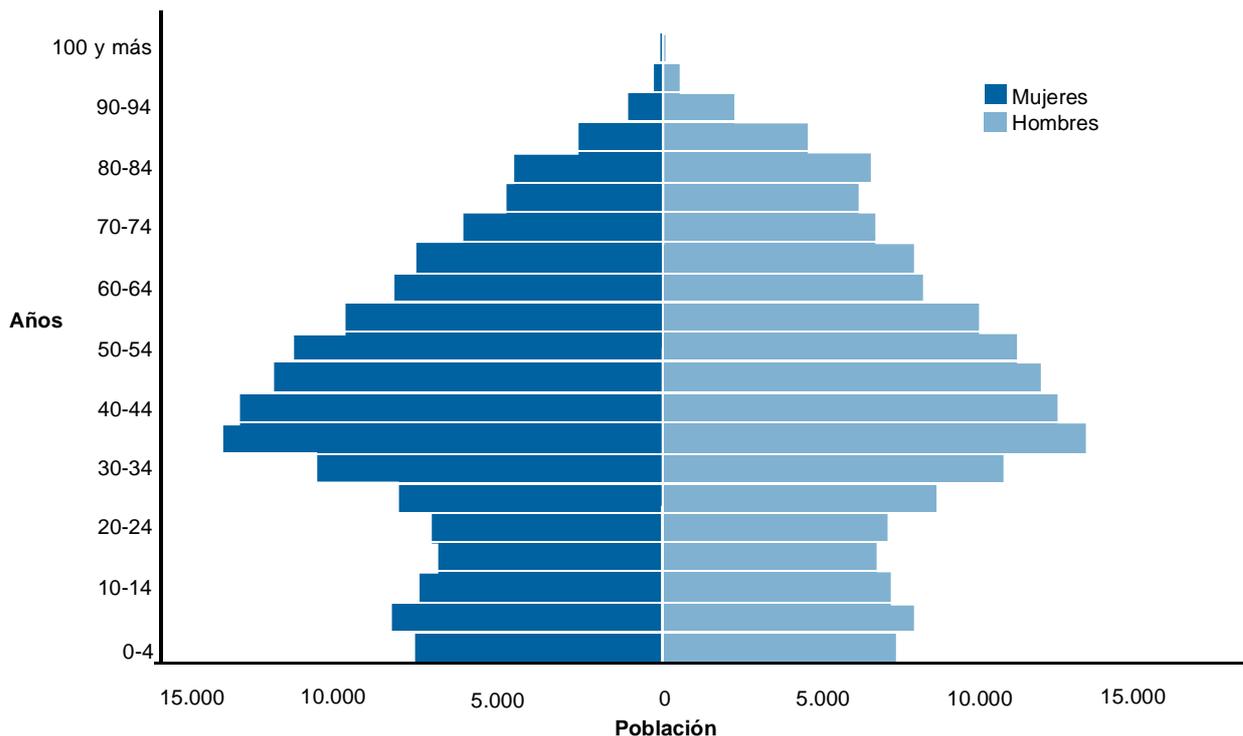
El diseño se ha realizado con los registros médicos extraídos de las Historias Clínicas Electrónicas (HCE) tanto de Atención primaria, con sus 20 Centros de Salud, así como de Atención especializada, con el Hospital "San Pedro" y Centro de Alta Resolución "San Millán" ambos en Logroño; Fundación Hospital de Calahorra, y Centro de Especialidades de Haro, con lo que queda incluida toda la población de la Comunidad Autónoma. Por su alta cobertura, se ha utilizado la Tarjeta Sanitaria de La Rioja como identificador único.

29



TIS de La Rioja 2014	310.380 personas
Población <15 años	46.172 " "
Población a estudio >14 años	264.208

Figura 13.- Población Tarjeta Sanitaria de La Rioja.

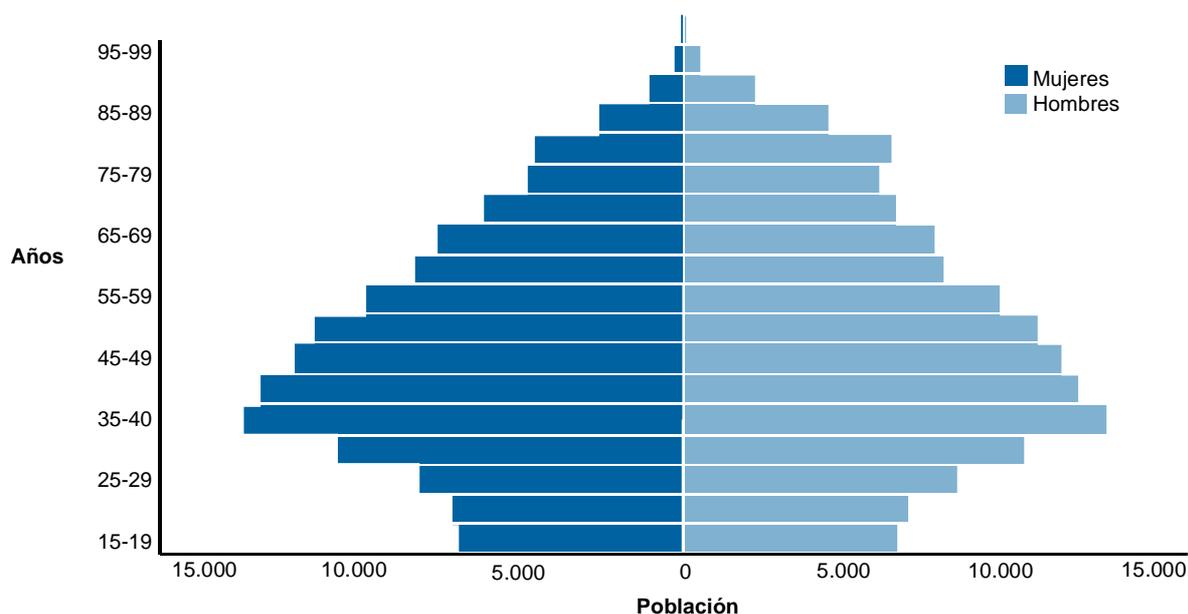


Tarjeta sanitaria incluye a casi la totalidad de la población de La Rioja. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, La Rioja tenía en 2013 un censo de 322027 personas, con lo que la Tarjeta incluye al 96% de la población.

Clasificación inicial

Para la clasificación inicial partimos de la población mayor de 14 años de Tarjeta Sanitaria (TIS) y los episodios que de esta población están registrados en la Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria.

Figura 14.- Población objeto del estudio:>14 años (264.208 personas)



VARIABLES A ESTUDIO

Sexo

Edad. Se excluyen las personas en edad pediátrica (0 a 14 años)

Prescripción activa de cada individuo.

Episodios de atención primaria

Visitas

Urgencias

Atención Especializada los años 2011 a 2013:

Ingresos

Hospitalizaciones a domicilio

Urgencias

Consultas externas

Uso de los recursos asistenciales, entendiendo como tales las distintas modalidades de asistencia, tanto urgentes como programadas. Para su ponderación utilizamos el coste actual aplicado a cada una de ellas.

Enfermedades crónicas:

Este primer proyecto se dirige especialmente a la detección y estudio de aquellas patologías crónicas que actualmente han sido elegidas por el grupo de Atención Primaria para la implantación inicial del gestor de cupos.

La fuente de donde se extrae la información es la Historia Clínica Electrónica (Selene-AP) que cada paciente tiene abierta en La Rioja y cuya identificación está ligada a su Tarjeta Sanitaria. De esta HCE se han obtenido los episodios, codificados con CIAP, de las siguientes 5 patologías, que denominamos Enfermedades Principales (EP):

- Insuficiencia Cardíaca (IC),
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC),
- Diabetes Mellitus (DM),
- Hipertensión Arterial (HTA) y
- Enfermedad renal crónica (ERC).

Asimismo se han incluido otras patologías también por su cronicidad o por su componente de factor de aumento de la complejidad de las anteriores: Accidente cerebrovascular, Asma, Fibrilación y flúter auriculares, Cardiopatía isquémica, Infarto agudo de miocardio, Enfermedades del metabolismo lipídico, Enfisema, Obesidad, Tabaquismo, Hipertiroidismo e Hipotiroidismo.

Niveles de estratificación

1. Para su determinación se ha partido de la presencia en cada paciente de una o más de las enfermedades ya descritas. Dando un peso mayor a las cinco entidades que son objeto principal de este proyecto.
2. En cada una de ellas se ha cuantificado, en años, su evolución.
3. Polifarmacia: De cada persona se han registrado el número de fármacos que constan en su prescripción actual.
4. Uso de los recursos asistenciales: Se han valorado en Atención Primaria el número de visitas y las urgencias. Y en atención especializada los ingresos con sus estancias, los días de hospitalización a domicilio, las urgencias, y las consultas externas, primeras y sucesivas. En base a esta información se ha realizado un coste global tomando como referencia los costes unitarios aplicados actualmente en cada modalidad:
 - Estancia hospitalaria
 - Estancia en hospitalización a domicilio
 - Urgencia hospitalaria
 - Cex A. Especializada primera
 - Cex A. Especializada sucesiva
 - Urgencia en A. Primaria
 - Visita en A. Primaria

Estrato primero

La base nos la proporciona la población "sana", es decir, que no tiene ninguna de las patologías arriba mencionadas. Es el nivel 0. Este nivel contiene el 54,17% con 143109 personas.

Estratos con patología crónica

Significan el 43,85% de la población (121099 personas) que se obtienen en primer lugar de la existencia de una o varias de las enfermedades a estudio y de sus años de evolución.



Nivel 1: Pacientes que presentan al menos una de enfermedad crónica

Nivel 2: Pacientes con dos EP y aquellos que teniendo sólo una EP, el sumatorio de los años de evolución del conjunto de sus enfermedades crónicas lo coloca en este nivel.

Nivel 3: Pacientes con al menos tres EP y aquellos que teniendo dos EP, el sumatorio de los años de evolución conjunto de sus enfermedades crónicas lo coloca en este nivel.

Primera clasificación de los pacientes crónicos

Tabla 23. Número de enfermedades principales. Personas.

NIVELES	0	1	2	3	4	5	TOTAL	% t	% c
0	143109						143109	54,17	
1	59529	36888					96417		79,62
2		9416	10799				20215	45,83	16,69
3			2316	1911	226	14	4467		3,69
Total	202638	46304	13115	1911	226	14	264208		

A partir de ahora continuaremos el análisis de los Niveles 1, 2 y 3 en relación al uso de polifarmacia y consumo de recursos asistenciales, tanto globales como específicos, evaluando aquellas hospitalizaciones cuyo motivo de ingreso ha sido debido a alguna de las patologías a estudio.

Cuando observamos la prescripción activa de fármacos y el consumo real de los recursos sanitarios en la totalidad de estos pacientes vemos que hay casos en los que no existe o no está registrado el consumo de fármacos ni hay constancia de haber sido atendidos por los servicios del sistema público de salud.

Esto nos obliga a realizar algunas correcciones a esta primera estratificación con el fin de dar mayor congruencia a los indicadores que se extraigan de los distintos niveles de complejidad:



Ajuste de los estratos de cronicidad

Pasan del nivel 3 al nivel 2:

Edad < 85 años
 Prescripción < 8 fármacos
 Uso de recursos < 12000 €
 Nº Ingresos cuyo diagnóstico principal es una Enf. Crónica < 2

Pasan del nivel 2 al nivel 3:

Edad > 84 años
 Prescripción > 8 fármacos
 Uso de recursos > 12000 €
 Nº Ingresos cuyo diagnóstico principal es una Enf. Crónica > 1

Pasan del nivel 2 al nivel 1:

Edad < 71 años
 Prescripción < 5 fármacos
 Uso de recursos < 7000 €
 Ingresos cuyo diagnóstico principal es una Enf. Crónica < 1

Pasan del nivel 1 al nivel 2:

Edad > 70 años
 Prescripción > 5 fármacos
 Uso de recursos > 7000 €
 Ingresos cuyo diagnóstico principal es una Enf. Crónica > 1

Clasificación final: Estratos de pacientes crónicos definitivos.

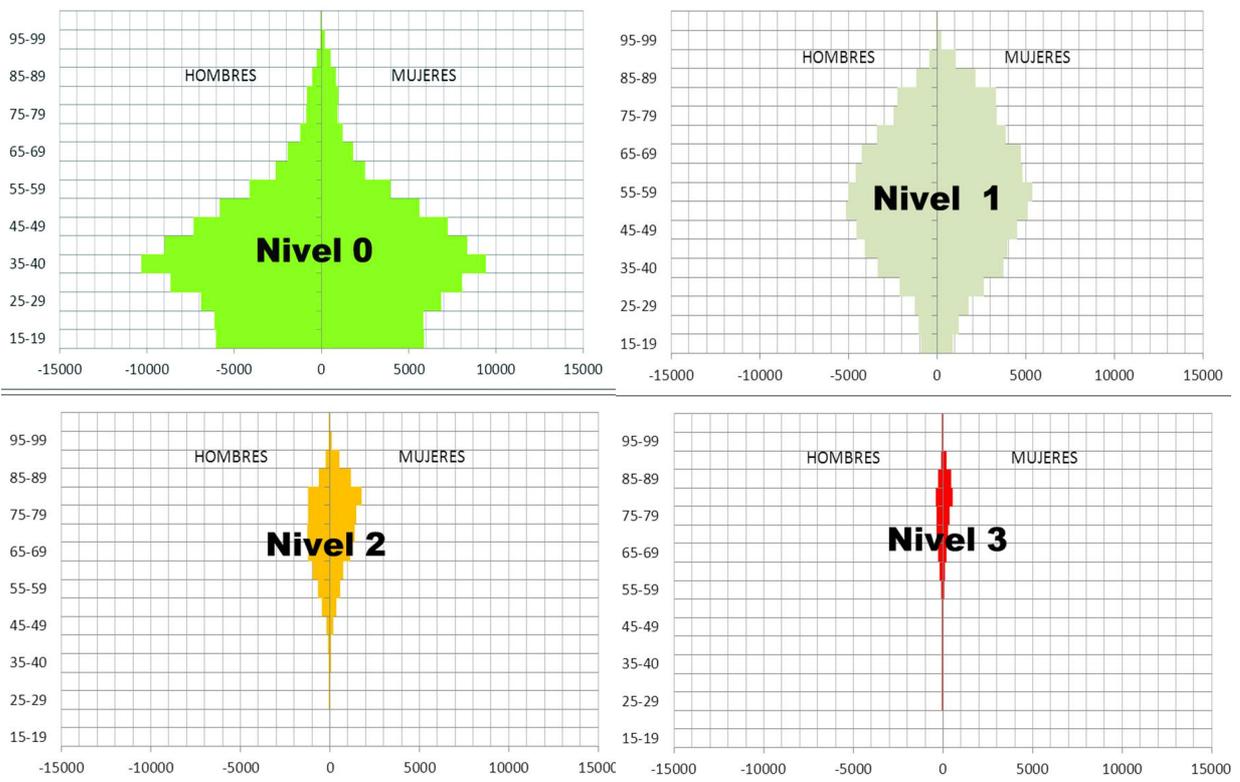
Tabla 24. Distribución de las 5 EP en los distintos niveles. Nº de enfermedades principales. Personas

NIVELES	0	1	2	3	4	5	TOTAL	% t	% c
1	59484	38211	1125	46	4		98870	45,83	81,64
2	45	8077	9726	14	2		19110		14,75
3		16	2264	1851	220	14	4472		3,60
Total	59529	46304	13115	1911	226	14	121099		100%

ESTRATO 1 (Bajo riesgo): 98870 (81,64% de Enf. Crónicas)

ESTRATO 2 (Alto riesgo): 19110 (14,75% de Enf. Crónicas)

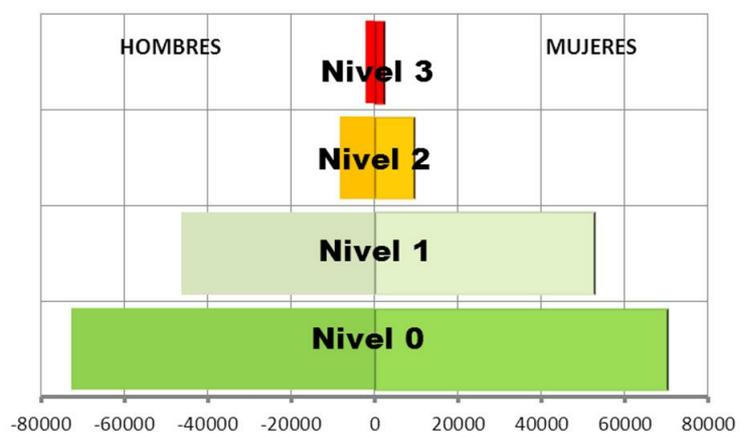
ESTRATO 3 (Pacientes críticos): 4591 (3,79 % de Enf. Crónicas)



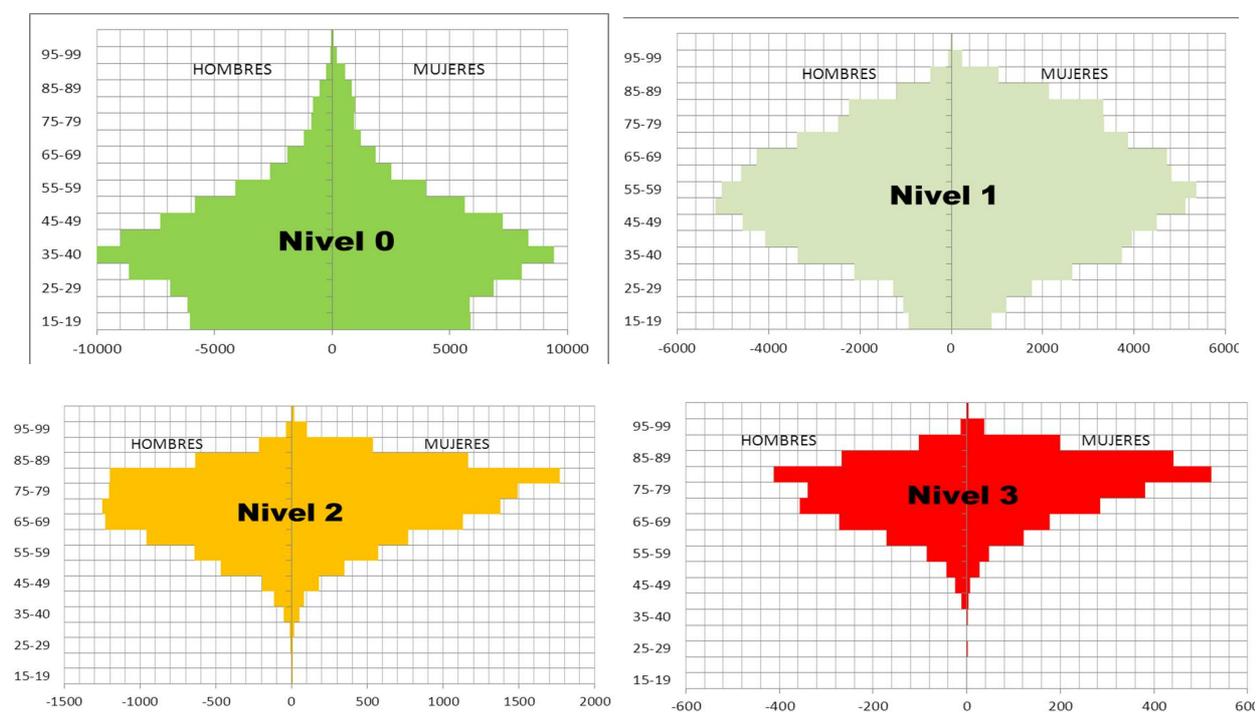
33

Las imágenes muestran la proporción de pacientes en cada uno de los niveles de complejidad en relación con el grado de enfermedad crónica. Los "sanos", nivel 0, significan el 54,17% de toda la población. Y la suma de los tres niveles de crónicos, (1, 2 y 3) el 45,83% restante.

La imagen siguiente agrupa a todos ellos:



La imagen representa mejor cómo se distribuyen los distintos estratos entre los grupos de edad y sexo:



Indicadores

Indicadores sobre la distribución de las personas, edad, consumo de fármacos, uso de recursos del sistema de salud de cada uno de los Niveles de complejidad de la patología crónica analizada:

Tabla 25.- Indicadores por edad, número de patologías.

ESTRATOS	NUM	%	EDAD	Nº EP	Nº ES	ENF*EVOL
1	98870	81,64%	56	0,41	0,95	74
2	17864	14,75%	72	1,54	1,40	220
3	4365	3,60%	77	2,53	1,87	374
TOTAL	121099	100,00%	59	0,65	1,05	107
0	143109	54,17%	41	0,00	0,00	0
Total gral	264208	100,00%	49	0,30	0,48	49

Edad media de cada estrato, promedio de enfermedades principales (EP) y secundarias (ES), y puntuación media del "ENF*EVOL" de cada estrato.

Tabla 26- Nº de hospitalizaciones cuyo diagnóstico principal ha sido una de las enfermedades crónicas a estudio y el total de las hospitalizaciones por cualquier motivo

ESTRATOS	NUM	Nº ING EC	%	Nº ING TOT	%
1	98870	1854	1,88%	23795	24,07%
2	17864	2261	12,66%	10381	58,11%
3	4365	1445	33,10%	4404	100,89%
TOTAL	121099	5560	4,59%	38580	31,86%
0	143109	401	0,28%	20724	14,48%
Total gral.	264208	5961	2,26%	59304	22,45%

La tabla muestra que las personas situadas en el nivel 1, el riesgo de ser hospitalizado por una descompensación de alguna de las enfermedades crónicas es muy bajo, no llega 2 de cada 100 personas del grupo. Este riesgo aumenta a medida que nos situamos en los siguientes estratos, el 2, de alto riesgo, con más de 12 ingresos por cada 100 individuos, y aún más en el estrato 3, de pacientes críticos, con 33 ingresos.

En relación con el total de ingresos, estén o no motivados por sus patología crónica, se observa que a medida que subimos en el nivel de morbilidad crónica, prácticamente, se va duplicando el número de ingresos por cada 100 pacientes.

En el Anexo se detallan los códigos CIE utilizados para la codificación de las enfermedades crónicas.

Tabla 27.- Prescripción activa de fármacos

ESTRATOS	Nº	FARM TOT	FARM/PERS
1	98.870	196.768	1,99
2	17.864	98.986	5,54
3	4.365	33.176	7,60
TOTAL	121.099	328.930	2,72
0	143.109	59.909	0,42
Total Gral.	264.208	388.839	1,47

La tabla muestra los medicamentos prescritos y la media en cada nivel de complejidad, apreciándose un aumento casi exponencial según vamos subiendo de estrato.

Tabla 28- Uso de recursos sanitarios, usando el precio actual unitario de cada uno de los tipos de asistencia

ESTRATOS	Nº	Recursos_Coste_TOT	Recursos_Coste / PERS
1	98.870	406.178.473€	4.108€
2	17.864	148.333.633€	8.303€
3	4.365	51.489.352€	11.796€
TOTAL	121.099	606.001.458 €	5.004 €
0	143.109	322.171.412€	2.251€
Total Gral.	264.208	928.172.870 €	3.513 €

A pesar de existir una gran dispersión en los datos disponibles, la tabla muestra un aumento entre niveles de crónicos de aproximadamente 4000 €.

Si lo analizamos en el contexto global, un individuo del nivel 1, estrato de bajo riesgo, utiliza el doble de recursos que uno de la población sana, nivel 0; el del nivel 2, estrato de alto riesgo, utiliza cuatro veces más recursos que el sano, y por último el del nivel 3, estrato de críticos, utiliza casi seis veces más recursos.



ANEXO. ESTRATIFICACIÓN DE LA CRONICIDAD EN LA RIOJA

La identificación de los diagnósticos principales en hospitalización se extrae de la codificación de los pacientes dados de alta, tanto de los hospitales como de las hospitalizaciones a domicilio. La codificación se ha realizado con la "Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión Modificación Clínica" (CIE-9-MC).

- Códigos empleados:
 - Hipertensión Arterial: Categorías 401 a 405
 - Insuficiencia Cardíaca: Categoría 428 y subcategorías 402.9 y 404.9
 - Enfermedad renal crónica: Categoría: 585 y subcategorías: 403.9 y 404.9
 - Diabetes mellitus: Categorías: 250 y 249
 - EPOC: Categoría 496 y subcategoría: 491.2.
 - Enfermedad cerebro vascular: Categorías 430 a 438
 - Asma: Categoría 493.
 - Enfisema: Categoría: 492.
 - Cardiopatía Isquémica: categoría 411 a 414.
 - Fibrilación y flúter auriculares: Subcategoría: 427.3.
 - Enfermedades de los lípidos: Categoría 272.
 - Hipertiroidismo: Categoría 242.
 - Hipotiroidismo: Categoría 244.
 - Hábito tabáquico: Subcategoría 305.1.



HACIA UN NUEVO MODELO DE GESTIÓN

La Estrategia de Atención al Paciente Crónico de La Rioja aspira a transformar nuestro sistema sanitario para responder a las necesidades que genera el fenómeno de la cronicidad en cada uno de sus colectivos: pacientes crónicos y sus cuidadores, profesionales sanitarios y ciudadanos.

Por otro lado, el incremento de los costes asociados al cuidado del paciente crónico, unido a la coyuntura económica actual, hace que la sostenibilidad del sistema sanitario sea un objetivo ineludible a la hora de plantear las estrategias de actuación en el ámbito sanitario en general y en el de la cronicidad en particular.

37



Los principios básicos de nuestra estrategia son:

- ✓ Atención centrada en las personas, protagonistas de toda intervención y corresponsables de las decisiones sobre su salud y estilo de vida.
- ✓ Abordaje de la cronicidad desde el enfoque de salud poblacional, al estar diseñada para mejorar la salud de toda la población, tanto sanos como enfermos, teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud y estando orientada a la mejora de la calidad de vida de las personas. Es prioritario incidir en la promoción de la salud, informando sobre factores y hábitos de riesgo y fomentando hábitos de vida saludable.
- ✓ Centrada en las necesidades de salud, al clasificar a los pacientes en función de los procesos y su gravedad, haciendo hincapié principalmente en el control del paciente crónico y pluripatológico.
- ✓ Integración asistencial para garantizar la continuidad de la atención mediante la coordinación funcional de estructuras y el desarrollo de procesos integrados.
- ✓ Coordinación entre los sistemas sanitario y servicios sociales mediante alianzas
- ✓ Considerar a la Atención primaria como eje de la atención a la persona con enfermedad crónica, reforzando el protagonismo médico-enfermero.
- ✓ Desarrollo de nuevas tecnologías de la información que nos conduzcan a sistemas de información integrados, canales de comunicación entre profesionales de diferentes ámbitos y con los pacientes y familiares, herramientas de ayuda a la toma de decisión, acceso del ciudadano/paciente a su Historia de Salud (Carpeta del ciudadano)

La implantación de nuestro nuevo modelo de gestión de pacientes crónicos supone pues, romper con el enfoque tradicional exclusivamente clínico y limitado a la enfermedad, y definir un ámbito asis-

tencial caracterizado por una atención integrada, para construir un nuevo escenario sanitario que suponga un abordaje multidimensional del paciente, considerando los siguientes aspectos clave:

- ✓ Rediseñar los procesos de atención al paciente y convertirlos en procesos de atención integrada.
- ✓ Desarrollar equipos multidisciplinares y eficaces, con definición de nuevos de roles para optimizar la atención
- ✓ Contemplar la coordinación de todos los entornos: comunidad, paciente/cuidador, profesionales, tecnologías de información y comunicación, etc.
- ✓ Fomentar la responsabilidad del paciente en el cuidado de su propia salud (paciente experto)
- ✓ Desarrollar un sistema que soporte la mejora continua
- ✓ Todo ello basado en la investigación, gestión del conocimiento, innovación y nuevas tecnologías

Este nuevo modelo supone un cambio cualitativo fundamental en el modelo de atención sanitaria que se viene desarrollando hasta el momento en La Rioja.

Figura 15.- Modelo de atención sanitaria en La Rioja



Las características de nuestra comunidad que facilitan el abordaje de esta estrategia de cronicidad son:

- ✓ Una atención primaria bien dimensionada y con una dotación de recursos humanos adecuada a las necesidades de todos los riojanos.
- ✓ Una atención hospitalaria organizada en dos centros hospitalarios de referencia, lo que posibilita la homogeneización de las prestaciones a la población.
- ✓ Un potente sistema informático con la extensión total de la historia clínica electrónica unificada en AP-AH-CAS, con visibilidad total de la misma y acceso desde cualquier punto de nuestra red asistencial.

Los beneficios esperados de esta transformación de modelo asistencial son:

Beneficios	Pacientes y cuidadores	Profesionales	Organización
<p>Calidad de la prestación</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓Asistencia centrada en el paciente ✓Adaptación a las necesidades del paciente evitando la fragmentación de la atención ✓Paciente activo con mayor protagonismo y corresponsabilidad en el proceso de su enfermedad 	<ul style="list-style-type: none"> ✓Mejora del acceso a información del paciente en todos los niveles asistenciales y a nivel social ✓Mejora del acceso a información del paciente en todos los niveles asistenciales y a nivel social ✓Mejora del nivel de competencia y capacidad en la gestión en todos los niveles de organización y en enfermería ✓Mejora de la coordinación intersectorial y del acceso a los recursos de la red. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓Evolución hacia un sistema más proactivo ✓Adecuación en cada momento a las necesidades del paciente a partir de una actuación multidisciplinar coordinada ✓Disminución de la variabilidad por la utilización común de protocolos, vías y guías clínicas homogéneas.
<p>Gestión y sostenibilidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓Mayor autonomía del paciente y familiar en el autocuidado y en la gestión de su enfermedad ✓Acceso a Consejo clínico e información sobre su enfermedad sin desplazamientos, desde su domicilio, evitando saturaciones de la red asistencial 	<ul style="list-style-type: none"> ✓Uso más adecuado de recursos ✓Agilidad en la gestión de los pacientes ✓Disminución de la demanda (evitar asistencias innecesarias) ✓Apoyo y colaboración con organizaciones y asociaciones de pacientes y familias en la atención para conseguir una mayor autonomía del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> ✓Optimización por el uso racional de los recursos a nivel de dispositivos y tecnologías y otros medicamentos ✓Mejora de la eficiencia del sistema ✓Cultura de evaluación y mejora continua
Pacientes			
<p>Resultados en salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Disminución de la morbilidad: reagudizaciones o aparición de nuevas patologías ✓ Mejora de la calidad de vida y mayor satisfacción de los pacientes, familia y cuidadores ✓ Disminución de la mortalidad evitable por enfermedades crónicas 		





OBJETIVOS

Objetivo principal:

Mejorar los resultados en salud y en calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas a través de una atención integral ajustada al nivel de necesidades de cuidados y en coordinación con los servicios sociales, en un entorno de sostenibilidad.

Para poder abordar este objetivo se han desarrollado los siguientes objetivos generales y específicos.

Objetivos generales y específicos:

1. Mejorar los resultados en salud y la calidad técnica de la atención proporcionando una atención integral eficiente y eficaz.
 - 1.1. Disminuir la incidencia y la mortalidad prematura de las enfermedades crónicas, a través de la vigilancia y control de los factores de riesgo que las provocan
 - 1.2. Reducir la variabilidad en la práctica clínica para mejorar la calidad diagnóstica y terapéutica mediante la elaboración de planes de atención integrada.
 - 1.3. Definir las mejores prácticas para disminuir la severidad, la aparición de exacerbaciones y la posible yatrogenia.

2. Mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas para reducir la discapacidad y la dependencia
 - 2.1. Identificar claramente los cuidados necesarios para cada tipo y estadio en el que se encuentren los pacientes.
 - 2.2. Elaborar guías de actuación para prevenir el deterioro y mejorar en lo posible la autonomía y capacidad funcional del paciente crónico.
 - 2.3. Informar sobre los apoyos sociales y recursos disponibles para prevenir el impacto negativo sobre la salud y el bienestar en las personas cuidadoras
 - 2.4. Analizar el impacto sociofamiliar producido por la enfermedad crónica

3. Promover la autonomía y capacitación de ciudadanos, pacientes y cuidadores para potenciar un envejecimiento activo
 - 3.1. Potenciar la mejora del estado de salud de los ciudadanos a través de la participación activa de los mismos en su salud
 - 3.2. Aumentar la capacitación de los pacientes en autocuidados, autocuidados y decisiones sobre su enfermedad
 - 3.3. Capacitar a los cuidadores para la corresponsabilización con el paciente en sus cuidados
 - 3.4. Promover la participación de las asociaciones y escuelas de pacientes como posibles motores de iniciativas de autocuidado.



4. Mejorar el nivel de satisfacción de los pacientes crónicos y de su entorno con la atención recibida
 - 4.1. Incrementar la satisfacción de los pacientes crónicos con la accesibilidad a los servicios de salud
 - 4.2. Aumentar la satisfacción relacionada con los tiempos de espera
 - 4.3. Incrementar la satisfacción relacionada con la continuidad y coordinación de servicios (atención integrada)
 - 4.4. Evaluar la satisfacción del paciente sobre la información recibida en los contactos mantenidos con los servicios sanitarios.

5. Contribuir a la sostenibilidad del sistema asistencial mediante mejoras organizativas, uso de tecnologías y gestión racional de los recursos asistenciales existentes
 - 5.1. Reducir los ingresos, reingresos y estancias hospitalarias evitables
 - 5.2. Aumentar la actividad asistencial no presencial mediante telemedicinas
 - 5.3. Reducir la frecuentación de los servicios de urgencias hospitalarias y en los puntos de atención continuada
 - 5.4. Promover el uso racional del medicamento
 - 5.5. Adecuar las intervenciones a la severidad del proceso
 - 5.6. Potenciar el uso de la tecnología sanitaria en función de la evidencia científica disponible.

6. Promover en los profesionales una cultura de mejora continua de los procesos orientados al paciente, dotándoles de las herramientas que les permitan desarrollar su trabajo en óptimas condiciones e incorporando su conocimiento experto como vehículo de mejora.
 - 6.1. Impulsar un cambio cultural que oriente la organización al paciente como eje de la asistencia
 - 6.2. Disminuir la variabilidad de la práctica clínica, con el uso de guías elaboradas basadas en la evidencia científica disponible.
 - 6.3. Promover la autoevaluación permanente de resultados y la implicación de los profesionales en la mejora continua
 - 6.4. Adecuar la formación de los profesionales a las nuevas competencias requeridas.
 - 6.5. Desarrollar herramientas de ayuda a la toma de decisiones clínicas.



PLAN DE ACCIÓN: LÍNEAS ESTRATÉGICAS

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

1 Garantizar la continuidad e integración de la atención a todos los pacientes crónicos y en particular a los con nivel de riesgo

2 Adaptar la organización a las necesidades del paciente crónico

3 Potenciar la autonomía, el autocuidado y garantizar la atención al cuidador

4 Tecnologías y sistemas compartidos como motores del cambio

5 Gestionar el conocimiento: formación e investigación

PROYECTOS

1. Asegurar el liderazgo de Atención Primaria en la atención de los pacientes con enfermedades crónicas
2. Consolidar el modelo de atención compartida entre Atención Primaria y Hospitalaria

1. Desarrollar nuevos roles profesionales.
2. Definir nuevas competencias de otros roles profesionales
3. Definir otros servicios de apoyo necesarios en el equipo de AP
4. Desarrollar nuevas unidades hospitalarias especializadas

1. Promocionar la salud y prevenir la enfermedad
2. Prevenir nuevas enfermedades y complicaciones en pacientes crónicos
3. Potenciar la autonomía, corresponsabilidad y participación en el autocuidado: paciente activo y cuidador
4. Mejorar la adherencia y corresponsabilidad de los pacientes en la utilización responsable de medicamentos

1. Desarrollar herramientas tecnológicas para el control de paciente crónico
2. Potenciar las telemedicinas
3. Impulsar y desplegar las interconsultas sincronizadas:
4. Diseñar y desplegar herramientas de formación y difusión accesibles a profesionales y ciudadanos

1. Promover la capacitación de los profesionales para la adquisición de competencias y roles definidos en las estrategias específicas de las patologías priorizadas
2. Fomentar la utilización de las TICs para el desarrollo de actividades formativas
3. Impulsar la investigación e innovación en cronicidad



LINEA ESTRATEGICA 1:

GARANTIZAR LA CONTINUIDAD E INTEGRACIÓN DE LA ATENCIÓN A TODOS LOS PACIENTES CRÓNICOS Y EN PARTICULAR A LOS CON NIVEL DE RIESGO ALTO

La integración y la continuidad en la prestación y la asistencia son elementos esenciales para garantizar que se reciban los servicios necesarios en el momento y de la manera adecuada, en un proceso que comienza con la prevención inicial de la aparición de la enfermedad y que llega más allá de la reagudización del proceso crónico, hasta que la rehabilitación permite al ciudadano, si es factible, volver a su vida habitual.

La atención integrada garantiza superar pues, la fragmentación asistencial hasta ahora existente. Atención Primaria debe asumir la responsabilidad principal de garantizar la continuidad de la atención al paciente en el conjunto del Sistema Sanitario.

Proyectos:

1. Asegurar el liderazgo de Atención Primaria en la atención de los pacientes con enfermedades crónicas

Acciones:

- ✓ Considerar al equipo de AP como referente del paciente, coordinando los contactos con el resto de la organización y los servicios sociales.
- ✓ Potenciar la interrelación médico-enfermero de atención familiar y comunitaria para la asunción compartida de la demanda asistencial en el centro de salud y domicilio, asignando objetivos comunes.
- ✓ Desarrollar las competencias del equipo de AP para promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico precoz, seguimiento y cumplimiento terapéutico, así como la adaptación y el entrenamiento para el autocuidado.
- ✓ Incorporar la historia clínica domiciliaria, que deberá constar en el domicilio del paciente o ser accesible desde dispositivos móviles.
- ✓ Potenciar el seguimiento activo telefónico del paciente por parte de AP.
- ✓ Propiciar la participación activa del equipo de AP en la promoción de la salud con las redes comunitarias
 - ✓ Informar a pacientes y cuidadores sobre recursos comunitarios y asociativos disponibles en cada zona para educación, autocuidado y autoayuda.
 - ✓ Programar actuaciones sanitarias comunitarias en colaboración con la trabajadora social, psicólogo, etc.

2. Consolidar el modelo de atención compartida entre Atención Primaria y Hospitalaria:

Acciones:

- ✓ Priorizar un modelo de atención compartida, basado en nuestra historia clínica única y accesible para todos los profesionales del área, garantizando la relación personalizada entre médicos y enfermeras de Atención Primaria, con profesionales de Atención Hospitalaria, constituyendo equipos multidisciplinares.
- ✓ Establecer un programa de prescripción y utilización adecuada de medicamentos para profesionales y usuarios que participen en los procesos de atención integrada al paciente crónico, a fin de conseguir un uso racional y seguro de los medicamentos en los pacientes, que además garantice la conciliación de la medicación.
- ✓ Potenciar la gestión de casos entre Equipos de AP y AH en la atención a crónicos de nivel de riesgo alto.

- ✓ Implantar procesos asistenciales integrados, rutas asistenciales y planes de cuidados personalizados basados en la mejor evidencia científica disponible.
- ✓ Establecer protocolos de atención para las situaciones de urgencia más frecuentes de las patologías priorizadas; y adaptados a cada nivel de estratificación de pacientes, todos ellos integrados en HCE.
- ✓ Garantizar que todos los pacientes con nivel de riesgo alto tengan registrada en su historia clínica la pauta de actuación en caso de descompensación.
- ✓ Diseñar circuitos alternativos de atención urgente/preferente para pacientes derivados desde Atención Primaria afectados por las patologías priorizadas con criterios de alta resolución.
- ✓ Planificar las altas hospitalarias coordinando todos los aspectos sociosanitarios relacionados con el alta, incluyendo la conciliación farmacológica, identificación del cuidador principal cuando lo precise, comunicación a Atención Primaria con el plan de cuidados establecido, si es preciso, como garantía de una correcta continuidad asistencial. Desde el gestor de cupos diseñado, incluido en HCE se puede ya visualizar el alta hospitalaria y dicho informe de alta.
- ✓ Establecer apoyos dentro de los equipos hospitalarios a los servicios quirúrgicos para el control de pacientes crónicos y pluripatológicos.
- ✓ Interrelación Atención Primaria -Atención Hospitalaria - Centros de Atención Social - Hospitalización a Domicilio, con elaboración de circuitos de derivación directa que eviten desplazamientos intermedios del paciente y promuevan la permanencia del mismo en su domicilio.
- ✓ Coordinación con el Servicio de Cuidados Paliativos para control del paciente, tanto en su domicilio como en hospitalización cuando la situación clínica del mismo lo requiera.
- ✓ Fomentar el apoyo de las TIC en el desarrollo del modelo de atención compartida Atención Primaria - Atención Hospitalaria - Centros de Atención Social. Se dispone de funcionalidades electrónicas que comunican a los profesionales de todos los ámbitos asistenciales, a través de interconsultas sincronizadas, telemedicinas, etc. y gestor de cronicidad.

45



LINEA ESTRATÉGICA 2:

ADAPTAR LA ORGANIZACIÓN A LAS NECESIDADES DEL PACIENTE CRÓNICO

Nuestra estrategia debe garantizar una visión global del paciente, proporcionar una atención multidisciplinar y una adecuada planificación de los cuidados en cada estadio de la enfermedad.

Gestionar la atención a los pacientes con enfermedades crónicas implica la necesidad de reorientar los roles de los profesionales, desarrollando nuevas figuras.

Proyectos:

1. Desarrollar nuevos roles profesionales.

Acciones:

- ✓ Enfermera gestora de casos (Atención Primaria) que identifica y hace el seguimiento de los pacientes con alta complejidad y/o dependencia, facilitando la coordinación entre los profesionales de los distintos niveles y sectores, potenciando una respuesta única más eficiente para la atención integral de las necesidades de salud de estos pacientes. Basa su papel en coordinar la continuidad del cuidado asegurando que los pacientes reciban el tratamiento y los recursos en tiempo con la finalidad de mejorar los resultados en salud y disminuir la hospitalización.

- ✓ Enfermera educadora/entrenadora en autocuidados (Atención Primaria) que capacita a los pacientes y sus cuidadores para el autocuidado, fomentando el compromiso con salud. Contará con el apoyo de la enfermera gestora de casos.
- ✓ Enfermera de enlace (Atención Hospitalaria) que gestiona los casos de alta complejidad durante su estancia en el hospital y coordina la continuidad de cuidados que precisa el paciente crónico con los recursos extrahospitalarios.
- ✓ Especialista hospitalario de referencia que es el responsable inicial cuando el paciente acude al hospital y garantiza la coordinación entre las distintas especialidades que intervienen en la atención.
- ✓ Especialista consultor (Atención Hospitalaria) es el referente para los profesionales de Atención Primaria en las patologías priorizadas, ya existente en nuestra comunidad para las siguientes estrategias ya elaboradas: EPOC, ERC, Diabetes, Insuficiencia cardiaca y Optimización del uso de medicamentos en los pacientes crónicos. Actúa puntualmente en una interconsulta sin que sea necesaria una personalización de la asistencia.

2. Definir nuevas competencias de otros roles profesionales

Acciones:

- ✓ Reorientar el papel del médico de familia para ubicar al paciente en un nivel adecuado a su riesgo (gestor de cronicidad) y ser el referente en el primer nivel asistencial para los referentes hospitalarios (consultores de referencia)
- ✓ El trabajador social de AP pasa a ser gestor de la atención de los problemas y riesgos psicosociales de los pacientes crónicos.
- ✓ La trabajadora social de Atención Hospitalaria será la gestora de la atención de los problemas y riesgos psicosociales de los pacientes crónicos en el ámbito hospitalario, procurando los recursos necesarios tanto durante la hospitalización como al alta del paciente, siempre en coordinación con Atención Primaria.
- ✓ El Farmacéutico de Atención Primaria: deberá desarrollar nuevas funciones para garantizar una adecuada conciliación de la medicación en los pacientes crónicos y colaborar en la mejora de la seguridad del paciente identificando interacciones, contraindicaciones y efectos adversos, pudiendo evaluar y mejorar la adherencia al tratamiento del paciente, entre otros; todo ello en coordinación con farmacia hospitalaria y los farmacéuticos de oficina de farmacia.
- ✓ El Farmacéutico de Atención Hospitalaria, con las mismas funciones que el de Atención Primaria, a las que se añade el programa de atención farmacéutica en el ámbito sociosanitario y la dispensación de medicamentos a residentes de CAS.
- ✓ El Farmacéutico de Oficina de Farmacia: promoverá la corresponsabilidad del paciente en el autocuidado de su salud (campañas de educación sanitaria, hábitos saludables...) e insistirá en especial en el seguimiento, efectividad y seguridad del plan terapéutico.

3. Definir otros servicios de apoyo necesarios en el equipo de AP

Acciones:

- ✓ La atención al paciente crónico y pluripatológico puede precisar de prestación de servicios adicionales que deberán desarrollarse de forma progresiva:
 - ✓ Servicios de nutrición que aportarán recomendaciones y apoyo específico en aspectos de nutrición y dieta
 - ✓ Servicios de rehabilitación funcional, dirigidos a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente

- ✓ Servicios de apoyo psicológico: tareas de apoyo psicológico al paciente y cuidador, que les permita adquirir habilidades y estrategias para afrontar de una forma adecuada y favorable sus problemas.

4. Desarrollar nuevas unidades hospitalarias especializadas enfocadas a abordar el diagnóstico precoz, tratamiento ante situaciones complejas, o bien la atención integral y centralizada de una determinada patología.

Acciones:

- ✓ Impulsar la consulta de alta resolución de Enfermedad Renal Crónica Avanzada e HTA, implantadas desde hace tres años con un desarrollo parcial.
- ✓ Poner en marcha la consulta de alta resolución de EPOC, Insuficiencia Cardíaca, Diabetes y otros planes de atención integrada priorizados.

5. Impulsar nuevos circuitos alternativos:

Acciones:

- ✓ Potenciar la Hospitalización a Domicilio, que cuenta con una cobertura actual del 90% de La Rioja en interrelación con Atención Primaria y CAS
- ✓ Desarrollar el Hospital de día, para estabilización de pacientes que no requieran ingreso o para realizar pruebas complementarias ambulatorias. De esta manera se acercará la atención al paciente que permanecerá en su domicilio y entorno social
- ✓ Fomentar las unidades de convalecencia hospitalaria para la derivación de aquellos pacientes crónicos cuya patología aguda está controlada, pero requieren cuidados de rango hospitalario complejo para su recuperación funcional.

47



LINEA ESTRATEGICA 3:

POTENCIAR LA AUTONOMÍA, EL AUTOCUIDADO Y GARANTIZAR LA ATENCIÓN AL CUIDADOR

Un alto porcentaje de personas alcanzarán edades avanzadas en un buen estado de salud si mantienen a lo largo de la vida estilos de vida favorecedores de la salud, previenen los principales factores de riesgo y se detectan precozmente el desarrollo de enfermedades, tanto agudas como crónicas.

Por lo tanto es necesario desarrollar estrategias de promoción y prevención encaminadas tanto a las personas ya diagnosticadas para intentar estabilizar su situación, como para la población en general ("sana") que debe adoptar estilos de vida saludables, sobre todo referentes a alimentación, actividad física y minimización de factores de riesgo evitables.

Por otro lado debemos cambiar el rol tradicional del paciente receptor pasivo de cuidados que le ofrece el sistema por el de paciente/ciudadano activo que sea cada vez más responsable y más consciente de lo que puede hacer para mantener y mejorar su propia salud.

El papel del paciente activo puede ser clave no solo en la prevención de la enfermedad y en el mantenimiento de salud, sino en la detección precoz y tratamiento temprano de la enfermedad, así como en el seguimiento de la misma, retrasando o evitando la progresión a la dependencia y discapacidad. La estrategia nacional de atención a la cronicidad incluye como una recomendación *"Potenciar la creación y el impulso de iniciativas y experiencias de escuelas de pacientes, programas de paciente activo y programas de paciente experto, escuelas de cuidadores, redes de cuidadores profesionales y no profesionales y otras fórmulas de apoyo al autocuidado"*.

Estas responden al objetivo de promover, compartir y desarrollar instrumentos que faciliten el emponderamiento de la ciudadanía mediante la mejora de la capacitación en salud y autogestión de

la enfermedad lo que permitirá mejorar el conocimiento y la adquisición de competencias en cuidados y autocuidados, en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como los necesarios para la atención a enfermedades crónicas.

Proyectos:

1. Promocionar la salud y prevenir la enfermedad

Acciones:

- ✓ Identificar e impulsar proyectos de salud en todas las políticas en la comunidad.
- ✓ Fomentar institucionalmente las medidas de Educación para la Salud basadas en la evidencia científica disponible:
 - ✓ Ampliar los contenidos de promoción de salud y prevención en el portal de salud.
 - ✓ Solicitar la colaboración de las Sociedades científicas para publicar en los medios de comunicación y en el portal de salud aspectos relacionados con la promoción de la salud.
- ✓ Promocionar estilos de vida saludables adaptados a las patologías crónicas, basados en la estratificación de la población y clasificación según el nivel de riesgo de cada paciente.
- ✓ Incentivar la colaboración de todos los agentes de salud pertenecientes a diferentes servicios, administraciones (servicios sociales, mujer, juventud, centros educativos, minorías étnicas...) y asociaciones, en la promoción de la salud.
- ✓ Desarrollar actuaciones específicas para lograr un envejecimiento activo y saludable, con el fin de mantener la capacidad funcional el mayor tiempo posible en la vejez:
 - ✓ Diseñar actividades físicas específicas por grupos de edad, como la creación de grupos de práctica deportiva habitual de personas mayores.
 - ✓ Difundir documentación relativa a la actividad física (tablas de ejercicios, tipos de actividades...), integrados en HCE, portal de salud (web de pacientes), apps, etc.
 - ✓ Facilitar en los centros la orientación individual más eficaz y eficiente frente a diversos factores de riesgo para la salud
 - ✓ Adecuar e incrementar el consejo sanitario sobre alimentación, tabaco y actividad física en las consultas de Atención Primaria.
 - ✓ Incorporar la práctica de consejos preventivos al alta hospitalaria.
- ✓ Fomentar la participación de los farmacéuticos comunitarios en el desarrollo de programas de promoción y prevención

2. Prevenir nuevas enfermedades y complicaciones en pacientes crónicos

Acciones:

- ✓ Monitorizar los factores de riesgo individuales
- ✓ Desarrollar las recomendaciones del PAPPS en prevención y detección precoz en el ámbito de la cronicidad.
- ✓ Difundir entre los pacientes información acerca de los signos y síntomas de alarma que advierten de que un proceso no está bien controlado y de las medidas a adoptar.
- ✓ Realizar campañas de deshabituación tabáquica.
- ✓ Desplegar programas de ejercicio físico controlado en el ámbito comunitario para pacientes con determinadas patologías como IC, DM, EPOC, ERC, etc.
- ✓ Desarrollar programas de detección precoz de enfermedades.

3. Potenciar la autonomía, corresponsabilidad y participación en el autocuidado: paciente activo y cuidador

Acciones:

- ✓ Concienciar a los pacientes crónicos de la trascendencia de la implicación activa en su autocuidado.
- ✓ Evaluar y apoyar el adecuado afrontamiento de la enfermedad por parte del paciente y cuidador
- ✓ Promover que todos los pacientes crónicos cuenten con planes personales de autocuidados, consensuados con la ayuda de su enfermera de AP y evaluables periódicamente para incidir en su mejor cumplimiento.
- ✓ Analizar las necesidades de capacitación por patología y perfil de paciente/cuidador (si precisa).
- ✓ Desarrollar programas de capacitación en autocuidados en patologías crónicas: EPOC, ERC, IC, DM y resto de patologías priorizadas.
- ✓ Seleccionar los contenidos educativos más adecuados para cada perfil de paciente y adaptarlos a los distintos soportes docentes, siempre ajustados a su nivel de comprensión.
 - ✓ Educación grupal
 - ✓ Educación individual en consulta
 - ✓ Autoformación con materiales didácticos online o en soporte papel
- ✓ Establecer alianzas con asociaciones de paciente, de cuidadores y voluntariado con objeto de promover el autocuidado.
- ✓ Fomentar nuevas fórmulas de comunicación profesional-paciente que faciliten la resolución de problemas desde el domicilio
- ✓ Incrementar la actividad en las redes sociales, portal de salud para favorecer la participación y difusión de los contenidos relacionados con la estrategia fuera del ámbito sanitario.
- ✓ Impulsar la creación de Escuelas de pacientes que incluyan programas de paciente activo, de paciente experto.
- ✓ Evaluar sistemáticamente las necesidades de la persona cuidadora
- ✓ Proporcionar información y asesorar al cuidador sobre recursos comunitarios sociales y sanitarios, apoyos técnicos disponibles y ayudas económicas, para facilitar su labor y dotarlo de autonomía para seguir realizando una vida lo mas normal posible
- ✓ Formar al cuidador sobre las características, pronóstico y evolución de la enfermedad de su familiar; pautas de actuación más comunes, manejo de exacerbaciones, signos y síntomas de alarma que requieren consulta, etc.

49



4. Mejorar la adherencia y corresponsabilidad de los pacientes en la utilización responsable de medicamentos

Acciones:

- ✓ Identificar las patologías crónicas y los pacientes que precisan de un mayor esfuerzo y seguimiento para lograr una adecuada adherencia.
- ✓ Difundir información al usuario en relación con la prestación farmacéutica y el uso adecuado de medicamentos a través del Portal de salud.
- ✓ Diseñar en el Portal de salud (web) contenidos sobre "salud y medicamentos" dirigidos a pacientes crónicos y/o a las personas que les cuidan.
- ✓ Difundir la información y propuesta de formación en aspectos relacionados con la automedicación responsable.
- ✓ Promocionar el programa de mejora de adherencia terapéutica entre las personas con más riesgo de presentar efectos adversos y problemas relacionados con los medicamentos (personas mayores y polimedicadas).

LINEA ESTRATÉGICA 4: TECNOLOGÍAS Y SISTEMAS COMPARTIDOS COMO MOTORES DEL CAMBIO

La reorientación de los Servicios de Salud para la gestión de la cronicidad por parte de los profesionales debe sustentarse en el desarrollo de nuevas tecnologías que lo permitan.

En el momento que vivimos se hace necesario impulsar el desarrollo de funcionalidades en los sistemas de información clínica que permitan a cada profesional monitorizar los resultados clínicos, el cumplimiento de objetivos asistenciales y preventivos, así como estratificar a sus pacientes según sus necesidades.

Por ello exponemos a continuación uno de nuestros proyectos estrella, antes de definir el resto de los proyectos y acciones que componen esta línea.

GESTOR CRONICIDAD Y DE CUPOS

El módulo Gestor de Crónicos es una herramienta pensada y desarrollada por Siemens, diseñada para satisfacer las necesidades de los usuarios y orientada a cubrir las líneas maestras de la Estrategia de Crónicos de la Consejería de Salud y Servicios Sociales del Gobierno de La Rioja.

Desde un primer momento esta herramienta fue ideada para otorgar de una entidad especial al paciente crónico, orientando sus cuidados a sus necesidades y haciéndolo indistintamente desde los ámbitos de atención primaria, atención hospitalaria y atención social. De esta forma se permite compartir toda la información social, administrativa y clínica, facilitando una atención integral del paciente para redundar en un mejor cuidado de sus patologías, permite un mayor control del facultativo de las exacerbaciones e ingresos urgentes u hospitalarios derivados de estas. Igualmente se consigue un mejor uso de los recursos sanitarios debido a un descenso en el uso y de poder realizar una planificación efectiva de estos.

El Gestor de Crónicos permite a los profesionales de cualquier ámbito sanitario el control del paciente de forma proactiva y de un cuidado asistido como principal fuente de prevención de la salud en pacientes sanos, de riesgo bajo, medio o alto. Este cuidado asistido permite al profesional incorporar a su día a día la gestión de aquellos pacientes que por diferentes motivos no acuden a los Sistemas de Salud o lo hacen en grandes intervalos de tiempo, evitando la aparición de patologías crónicas por falta de cuidado y mejorando la salud de todos los ciudadanos.

Aunque sin duda la atención integral por profesionales de todos los ámbitos es una de las líneas maestras de la Estrategia de Crónicos, el Gestor de Crónicos está orientado a un mayor uso por parte de atención primaria y es el complemento perfecto al Gestor de Cupos, otra herramienta que está ya en funcionamiento en Selene AP desde hace más de seis meses y que cuenta con el respaldo y satisfacción de todos los profesionales ya que han participado en su desarrollo y evolución continua. En la actualidad contamos con más de 30.000 accesos a esta herramienta, lo que nos da una idea del amplio uso que se hace de él por parte de los profesionales.

Ambos módulos, capacitan a la Historia Clínica Selene del potencial y funcionalidad necesarios para cumplir con las líneas maestras de la Estrategia de Crónicos. A continuación se detallan las especificaciones del Gestor de Cupos y el Gestor de Crónicos.

GESTOR DE CUPOS

El Gestor de Cupos está totalmente integrado en atención primaria desde Selene AP. La filosofía que desde los comienzos se ha utilizado para el desarrollo fue la de poder presentar al médico de forma sencilla, dinámica y visual el estado del arte de sus pacientes de cupo. Se divide en cinco secciones intentando dividir los distintos apartados en la frecuencia con la que los datos pueden ser consulta-



dos o la relación temporal de cada uno de ellos:

- ✓ Diario
- ✓ Semanal
- ✓ Mensual
- ✓ Anual
- ✓ Crónicos

Diario. Esta sección se centra en informar al facultativo de la situación de sus pacientes respecto a ingresos o atenciones urgentes que han podido sufrir durante la semana o están ocurriendo en tiempo real. Puede revisar las atenciones en urgencias hospitalarias o PAC (Punto de Atención Continuada) o los ingresos y altas hospitalarias o domicilio. También puede observar las últimas analíticas con alteraciones o si alguno de sus pacientes ha requerido el traslado y atención de una Unidad de Soporte Vital Avanzado (USVA).



DIARIO

-  0 Ingresados Hospitalización y Hospitalización a Domicilio
-  5 Altas Hospitalización y Hospitalización a Domicilio
-  5 Urgencias en atención especializada
-  3 Atendidos en Urgencias del Carpa y Centros de Atención Continuada la última semana
-  9 Analíticas con alteraciones
-  0 Atenciones en USVA

Semanal. En esta sección se pueden consultar información frecuente y de especial relevancia para el seguimiento de tus pacientes en los ámbitos de atención hospitalaria y atención social, como son las citas realizadas y futuras de los pacientes de tu cupo o un listado con los pacientes de tu cupo que están en un centro de atención social.



SEMANAL

-  6 Incapacidades temporales
-  45 Citas especializada semana pasada
-  33 Citas especializada semana próxima
-  0 Pacientes en Residencias Sociosanitarias

Mensual. En este apartado se puede comprobar información relativa a interconsultas realizadas a atención especializada, incapacidades temporales o distintos apartados relacionados con farmacia, prescripción/receta y el uso racional del medicamento.

Cabe destacar en este apartado la existencia de un listado con pacientes de mi cupo sin registro patológico en atención primaria. En este ítem se encuentran pacientes que están diagnosticados de alguna patología crónica en atención especializada, ya sea porque el médico especialista lo ha marcado desde el Gestor de Crónicos o porque existe alguna codificación de esa patología.






MENSUAL

-  39 ITC solicitadas los últimos 30 días
-  % ITC solicitadas los últimos 30 días en 100 pacientes
-  Porcentaje Incapacidades temporales
-  30 Interacciones farmacológicas
-  0 Pacientes con prescripciones a revisar ?
-  2 Pacientes con prescripciones activas (Demanda y Crónicas) sin recetas desde hace un año
-  30 Pacientes sin registro patológico en Primaria
-  Movimientos en el CUPO

Anual. Los datos aquí presentados le dan al médico una visión global del estado de salud de su cupo y de la actividad que registra de su población asignada. Aparece información administrativa relativa a pacientes para conocer aquellos pacientes que no han sido vistos en atención primaria e información de paciente frequentadores.

El resto de esta vista muestra información clínica relativa a las patologías más comunes, las más frecuentes o porcentajes respecto a otros cupos de mi zona básica, La Rioja e incluso a nivel nacional.

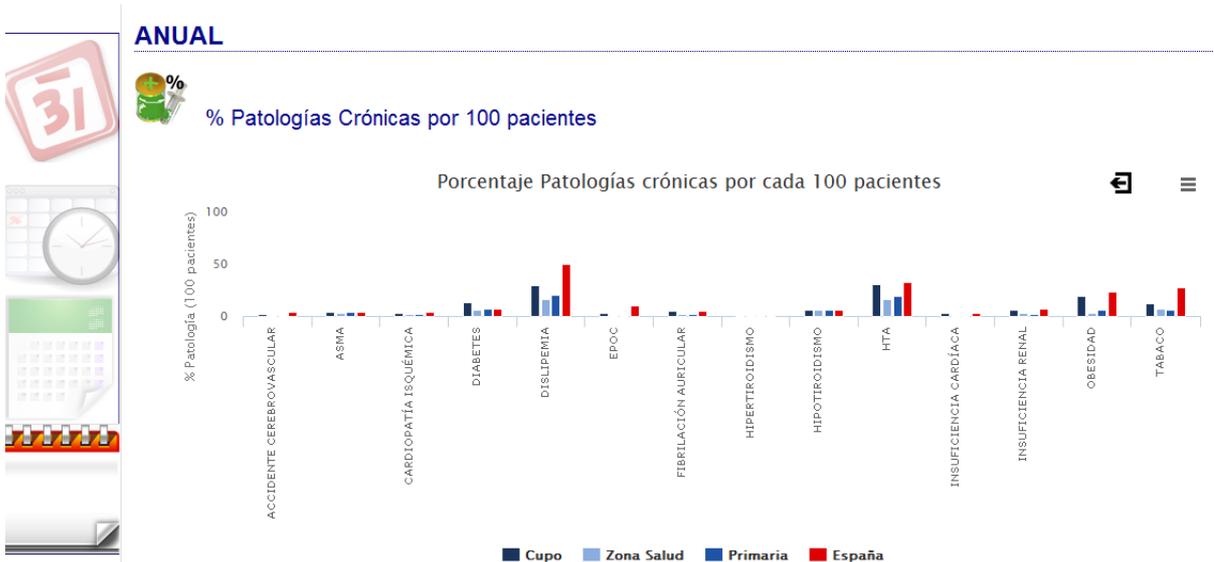





ANUAL

-  83 sin acudir el último año
-  218 con 12 o más visitas
-  27 Pacientes con Riesgo Cardiovascular igual o mayor a 5 (58.82 %) ?
-  Pirámide de Edad
-  Patologías más frecuentes
-  % Patologías más frecuentes por 100 pacientes
-  Patologías Crónicas
-  % Patologías Crónicas por 100 pacientes
-  Nuevos episodios y revisiones

En esta gráfica se puede visualizar el porcentaje de patologías crónicas de mi cupos por cada cien pacientes con las comparaciones de zona, comunidad y nacional que hemos comentado anteriormente.



Crónicos. Desde este apartado el facultativo puede consultar la estratificación Kaiser únicamente de los pacientes de su cupo y acceder a cada uno de ellos pulsando en el listado asociado a cada nivel de la pirámide. De esta sencilla manera puede realizar de manera preventiva, la protocolización de patologías crónicas de los pacientes de nivel medio o alto de riesgo. También podrá acceder al conjunto de recomendaciones que desde el asistente del Gestor de Crónicos se generan para cada paciente de su cupo, permitiendo nuevamente un trabajo proactivo en el cuidado y prevención de toda su población asignada.

ABORDAJE DE LA CRONICIDAD

- ESTRATIFICACION DE PACIENTES. PIRÁMIDE DE KAISER**
- PACIENTES CON PROGRAMAS EN ESTADO INCORRECTO**
- PACIENTES CON RECOMENDACIONES DE ACTUACIÓN**

Desde cualquier ítem del gestor de cupos y haciendo clic en él, aparecerá una ventana flotante con un listado de pacientes que cumplen ese ítem y desde el que se puede consultar información ampliada a este ítem y además interactuar con las historias clínicas del paciente en atención hospitalaria y primaria.

Por ejemplo, en el caso de las patologías crónicas de la pestaña anual, si elegimos los pacientes con enfermedad renal crónica que tengamos revisados nos aparecería la siguiente información que contiene los indicadores más relevantes de la ERC e incluso nos avisa de si el paciente está tomando medicamentos nefrotóxicos o no.

Paciente	Sx	Edad	Creado	Modificado	NefroTóx	TAS	TAD	Cigarrillo	HDL	LDL	Col	IMC	Alb/Cres	ECG	TG	Hb1A1	F. Glo	Patologías
dIRSYZXGtdULTxvOhqWibQL	H	82	2009	20/10/2014		120	60		41	78	146				136	7,3	44	C D H R
eITpEugcelgLRztWJwTRw	H	71	2010	20/05/2014		120	60	15	36	119	214		161		297	7,2	32	D L H T R
LXwalfxukYOyutmtz	M	73	2013	14/04/2014	S	130	80		62	119	209		101		138	6,8	35	D H R W
mpTmGIRBorYVooxZLufAKUJuE	M	80	2012	24/10/2014		120	60		55	92	174		16		136	9,7	24	C D L R
nmgkjoUrGseBgyfmlh	H	77	2013	04/04/2014		140	70											R
NpTrwMAUbpNllkKisIR	H	79	2012	10/02/2014	S	120	60					30,55						D E O R
sALTnCLnZCOmWjGzstezu	M	91	2009	10/12/2013		120	70		57	78	154			94	5,3	38	L H R	
vuvVeTFgjWpadmDXdgOpZtC	M	79	2011	29/04/2014	S	120	65		48	71	138			94	5,8	44	I R	
yLxSLuqKGIHtyzmPaShwmg	H	87	2013	31/10/2014	S	120	80		41	97	163		10	127	8	47	D R	
yMGozJqLWxgAdKH	M	83	2013	09/10/2014		150	80		87	93	194			72	5,6	41	H R W	

GESTOR DE CRÓNICOS

El Gestor de Crónicos es un módulo desarrollado para permitir el control, seguimiento y actuaciones de prevención del paciente, plasmando el objetivo de cada una de las líneas maestras de la Estrategia de Crónicos.

Es accesible desde cualquier punto de la Historia Clínica Selene ya sea desde atención primaria, atención hospitalaria y centros de especialidades y salud mental y de los centros de atención social que tienen acceso a la historia clínica, permitiendo como ya hemos comentado en otras ocasiones la atención integral.

La atención al paciente crónico está fundamentalmente orientada a la atención primaria, ya que es en esta donde el facultativo es responsable del paciente, por lo que la herramienta está también orientada a facilitar al máximo el trabajo del personal de atención primaria, aunque integra de manera transparente y eficaz aquellas funciones y actividades que son realizadas en atención hospitalaria, domicilio y atención social.

La Estrategia de Crónicos da una gran importancia a otros dos aspectos como son la educación y el entorno del paciente. La educación busca, en aquellos pacientes que puedan llevarlo a cabo, la autogestión de la enfermedad, lo que se conoce como paciente activo, por ello, se ha incluido un apartado donde gestionar la educación recibida por el paciente, sus cuidadores o su entorno.

Es igualmente importante el conocimiento y la atención hacia las personas cuidadoras de los pacientes crónicos, en especial de aquellos que son dependientes y que tienen un riesgo alto por su perfil de cronicidad, habitualmente paciente pluripatológicos, polimedicados y de edad avanzada. Otra de las novedades que incluye el Gestor de Crónicos, es la existencia de una sección donde recabar la máxima información del entorno social, cuidadores, antecedentes familiares, condicionantes y problemas o estado de dependencia del paciente.

El Gestor de Crónicos tiene como eje la estratificación de la población mediante la pirámide de Kaiser, permitiendo conocer el nivel de riesgo de cada paciente en función de las patologías que sufre, medicación, actividad en atención primaria, ingresos, pruebas diagnósticas etc.

Pilar básico también de la estrategia y del gestor, es la posibilidad de gestionar las distintas

patologías mediante programas diseñados a medida para cada enfermedad o en aquellos pacientes de riesgo medio-alto que así lo requieran y sea necesaria una gestión del caso, se podrá realizar mediante un programa personalizado en vez de realizar un programa individualizado de cada una de las enfermedades.

El Gestor de Crónicos se compone de una cabecera con la información demográfica del paciente y los accesos directos más comúnmente usados por los profesionales para una consulta más detallada de la información clínica. En esta misma cabecera, se incluye otra información como puede ser si el paciente está a cargo de los servicios de hospitalización o paliativos a domicilio e información del recurso en el que está ubicado en caso de estar ingresado en atención hospitalaria. Comenzamos de esta forma a recibir información global de la situación particular de cada paciente.

Tras esta cabecera, el módulo cuenta con seis grandes secciones que tratan de responder a cada una de las necesidades definidas en la Estrategia de Crónicos:

- ✓ General
- ✓ Programas
- ✓ Educación
- ✓ Anual
- ✓ Asistente
- ✓ Entorno

General. Esta es la vista por defecto que nos encontramos al entrar en la aplicación. En ella podemos ver de forma sencilla un completo resumen de la situación clínica del paciente y mediante infografías, conocer la estratificación Kaiser del paciente y las patologías que sufre junto con los datos básicos de altura, peso e IMC.

55



A su vez, esta vista se divide en tres secciones. En la parte superior encontramos las patologías del paciente con información relevante tales como la fecha de inicio y última modificación asociada a esta patología, pero lo verdaderamente importante es la información que muestran los indicadores principales asociados a cada patología. Estos indicadores nos dan una visión global del estado de la enfermedad, así por ejemplo en un paciente con EPOC visualizamos los indicadores de GOLD, BODE, FEV1 y saturación de oxígeno, otorgando sin duda una certera primera impresión de la situación del paciente. Un icono de una cartera verde o roja nos indicará si tenemos algún programa asociado a esta patología y si este se está cumpliendo correctamente o no.

En la parte central se muestra un resumen de la actividad del paciente relativa a ingresos hospitalarios, intervenciones, atenciones en urgencias y visitas a médicos de atención primaria y especialistas. De forma intuitiva podemos ver igualmente los últimos contactos con el sistema sanitario o la última analítica, accediendo incluso a esta con solo pulsar el icono.

Finalmente, en la parte inferior, se amplía la información de indicadores principales del paciente y se concatenan indicadores asociados a cada patología que el paciente pueda sufrir. El hecho de que sólo se muestren los indicadores asociados al estado del paciente, agiliza la visualización por parte del personal médico y ayuda a concretar una idea de la situación del paciente.

Paciente: RAMON Edad: 71 Años Tfno: 9412 Régimen S.S.: PTN N.S.S.: 26/00 NHC: 36

Datos Generales Programas Educación Anual Asistente Entorno

Patologías Crónicas

Patología	Inicio	Última modificación	Indicadores relevantes
EPOC	23/02/2009 (5 años)	07/10/2011 (1146 días)	FEV1[21] Saturación O ₂ [80]
Insuficiencia renal	11/11/2014 (0 años)	11/11/2014 (15 días)	Filtro Glomerular Albumina/Creatinina
HTA	30/07/2008 (6 años)	14/03/2011 (1353 días)	
Diabetes	15/02/2007 (7 años)	20/09/2010 (1528 días)	
Dislipemia	12/03/2007 (7 años)	20/09/2010 (1528 días)	

Actividad

- Ha tenido 11 ingresos (Medicina Interna 1- San Pedro, Cirugía Vascular, Cardiología, Hospitalización a Domicilio y Enfermedades Infecciosas) con 221 estancias
- Ha sido intervenido por BY-PASS FEMORO-POPLITEO C/ VSI, INYECCION EN CAMARA ANTERIOR y RESECCION DE PSEUDOANEURISMA+ATP FEMORAL IZD. (Cirugía Vascular, Oftalmología y Cirugía Vascular)
- Ha acudido 56 veces al especialista (Otorrinolaringología [3], Endocrinología y Nutrición [12], Cirugía Vascular [7], Cardiología [10], Rehabilitación [2], Oftalmología [20] y Neumología [2])
- Acudió a Urgencias 14 veces
- Ha sido visto 1 vez por su médico de cabecera y 0 veces en atención continuada

Ingreso	Urgencias	Consulta	Cupo	Análítica
Actualmente	06/11/2014	02/09/2014	27/11/2014	26/11/2014 ⚠

Indicadores

Indicador	Patologías asociadas	Fecha registro	Valor
Glucemia	EPOC	31/10/2014 [26 días]	136 ✓
TAS	EPOC, Insuficiencia renal	17/11/2011 [1105 días]	150 ✖
TAD	EPOC, Insuficiencia renal	31/10/2014 [26 días]	70 ✓
Cigarrillos	EPOC, Insuficiencia renal	31/10/2014 [26 días]	23 ✓
Colesterol total	Insuficiencia renal	29/03/2010 [1703 días]	12 ✖
Colesterol HDL	Insuficiencia renal		✖
Colesterol LDL	Insuficiencia renal		✖
FEM PFE	Insuficiencia renal		✖

181 m IMC: 25,34
83 kg

Programas. La sección de programas permite una gestión completa de los programas y actividades que se puedan asociar al paciente. Desde esta vista el facultativo tendrá los programas que puedan asociarse a cada paciente, ya que los programas que estén disponibles dependerá de las patologías que pueda sufrir el paciente, continuando así con las líneas maestras de cuidados personalizados a cada paciente.

Punto importante es que siempre se podrá asignar a los pacientes un programa personalizado. Los programas personalizados son base fundamental para aquellos pacientes complejos, con un riesgo alto, ya que el cuidado de estos pacientes debe gestionarse como un caso único y no centrarse en cada una de las enfermedades que estos puedan sufrir.

Paciente: RAMON Edad: 71 Años Tfno: 9412 Régimen S.S.: PTN N.S.S.: 26/00 NHC: 367

Datos Generales Programas Educación Anual Asistente Entorno

Programas

Actividad	Última fecha	Días	Quién
EPOC			
FORMULARIO EPOC	31/10/2014 (26 días)	365 días	M
INTERCONSULTA NEUMOLOGÍA		365 días	M
CITA MÉDICO	27/11/2014 (0 días)	365 días	M
CITA ENFERMERÍA	03/01/2012 (1058 días)	365 días	E
PRESCRIPCIÓN SPIRIVA	04/10/2011 (1149 días)	365 días	M
Insuficiencia Renal Crónica			
CITA MÉDICO	27/11/2014 (0 días)	365 días	M
CITA ENFERMERÍA	03/01/2012 (1058 días)	365 días	E
PETICIÓN LABORATORIO	26/11/2014 (0 días)	365 días	M
INTERCONSULTA NEFROLOGÍA		180 días	M

Cada programa constará de una serie de actividades definidas por la Consejería de Sanidad en consenso con los grupos de trabajo de atención primaria y atención especializada. Al añadir un cuidado, existirán actividades de obligado cumplimiento, optativas y en cada caso podremos elegir la frecuencia de realización dentro de un rango predefinido. Las actividades pueden ser desde formularios, analíticas, pruebas diagnósticas, interconsultas, educación, visitas médico o enfermera etc.

Nuevo Programa

EPOC				
EPOC				
Insuficiencia renal		Días	Quién	Ámbito
<input checked="" type="checkbox"/>	FORMULARIO EPOC	365	M	
<input checked="" type="checkbox"/>	INTERCONSULTA NEUMOLOGÍA	365	M	
<input checked="" type="checkbox"/>	CITA MÉDICO	365	M	
<input checked="" type="checkbox"/>	CITA ENFERMERÍA	365	E	
<input checked="" type="checkbox"/>	PRESCRIPCIÓN SPIRIVA	365	M	
<input checked="" type="checkbox"/>	FORMULARIO EPOC	365	M	
<input checked="" type="checkbox"/>	INTERCONSULTA NEUMOLOGÍA	365	M	

Aceptar

57



El sistema tendrá en cuenta cada una de las actividades asociadas al paciente y mostrará de forma proactiva al facultativo si los programas se están cumpliendo o no, otorgando al usuario la posibilidad de cumplimentar aquellas actividades pendientes desde el propio Gestor de Crónicos.

En esta funcionalidad tienen cabida aquellos **programas de vida saludable** que desde la Consejería de Salud y Servicios Sociales se quieran llevar a cabo, ya que se puede controlar una serie de hitos relacionados con dietas, actividad física y educación del paciente, que fomenten una vida más saludable por parte del ciudadano.

Educación. El emponderamiento del paciente y su entorno familiar y cuidadores es fundamental en la Estrategia de Crónicos. Permite aumentar el autocuidado del paciente y un mayor conocimiento de la enfermedad que evita visitas a los médicos de referencia y los puntos de urgencias del sistema sanitario.

Desde el apartado de educación, se ofertarán las distintas opciones de educación que existan a disposición de los facultativos, pacientes y población general, siempre teniendo en cuenta que estas actividades educativas estarán también orientadas a las patologías de cada paciente y a la prevención de la salud.

Paciente: RAMON Edad: 71 Años Tfno: 9412 Régimen S.S.: PTN N.S.S.: 26/00 NHC: 367

Datos Generales Programas **Educación** Anual Asistente Entorno

Educación





Actividad	Ultima cita	Días	Quién
 TALLER ADMINISTRACIÓN DE INHALADORES	30/08/2014 (15 días)	90 días	
 DIETA EN PACIENTE CON EPOC	30/08/2014 (15 días)	90 días	
 DIETA EN PACIENTE CON IRC	30/08/2014 (15 días)	90 días	
 PROGRAMA GRUPAL DESHABITUACIÓN TABÁQUICA	30/08/2014 (15 días)	90 días	

Anual. Una completa información de la actividad y contactos del paciente en los distintos puntos de atención, es fundamental para hacerse una idea global de su situación. La vista anual muestra esta información como complemento al resumen que disponemos en la sección de datos generales. A modo de diario, los profesionales podrán consultar agrupadas por ámbito asistencial y ordenada por fecha, ingresos, pruebas diagnósticas, radiológicas, consultas e interconsultas, etc.

Paciente: RAMON Edad: 71 Años Tfno: 9412 Régimen S.S.: PTN N.S.S.: 26/00 NHC: 367

Datos Generales Programas Educación **Anual** Asistente Entorno

Atención Especializada

Origen	Fecha Atención	Fecha Alta	Tipo	Servicio
HSP	14/11/2014		TORAX, PA Y LAT	Radiodiagnóstico San Pedro
HSP	12/11/2014		TORAX, PA Y LAT	Radiodiagnóstico San Pedro
HSP	09/11/2014		TORAX, PA	Radiodiagnóstico San Pedro
HSP	07/11/2014		TORAX, PA	Radiodiagnóstico San Pedro
HSP	07/11/2014		TORAX: PROYEC. ESPECIALES	Radiodiagnóstico San Pedro
HSP	06/11/2014	06/11/2014	Urgencias	Urgencias
HSP	06/11/2014		Hospitalización	Medicina Interna 1 - San Pedro
HSP	06/11/2014		TORAX, PA	Radiodiagnóstico San Pedro
HSP	30/10/2014	06/11/2014	Hospitalización a Domicilio	Centro Asistencia Sociosanitaria Monte Soria

Atención Primaria

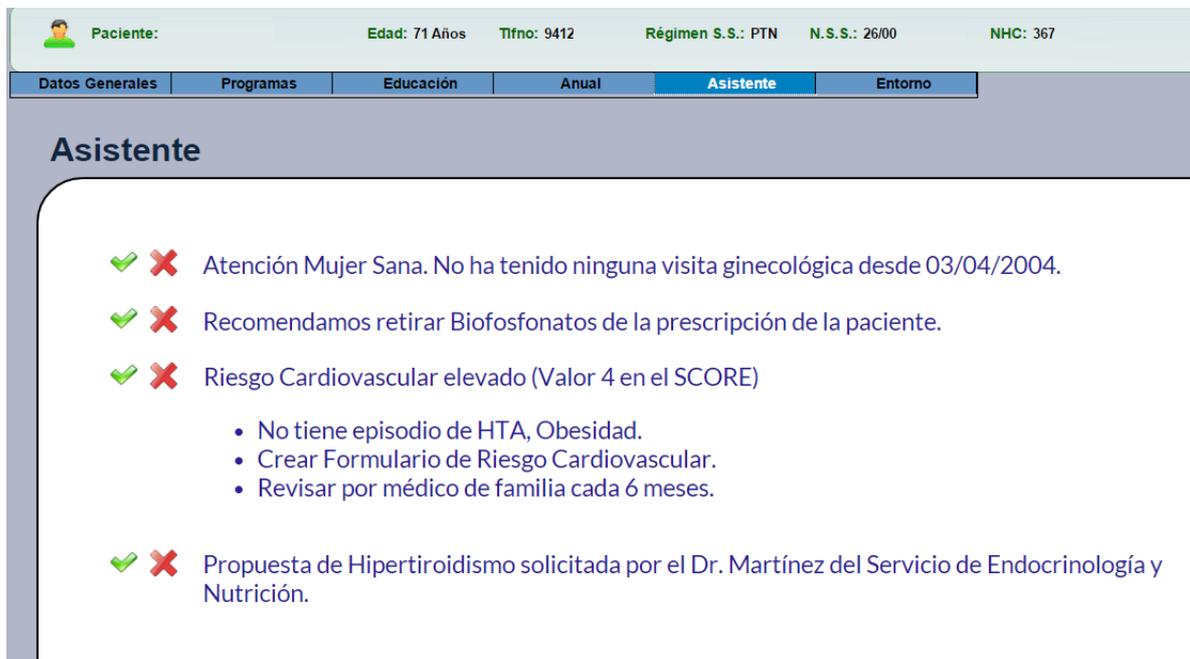
Fecha	Tipo cita
27/11/2014	Cita Médico
12/06/2014	Cita Atención Continuada
06/06/2014	Cita Atención Continuada

Asistente. Una de las principales novedades del Gestor de Cupos es el uso exhaustivo que de los sistemas de información y la explotación de datos se hace por su parte. El Gestor de Cupos trata a través de este asistente de gestionar toda la información almacenada en la Historia Clínica Electrónica para hacer hincapié en la proactividad necesaria para un mejor cuidado del paciente. En formato listado y de forma sencilla, la aplicación realizará una serie de indicaciones al profesio-

nal sobre el paciente ayudándole en la toma de decisiones y para facilitarle la correcta identificación de los problemas del paciente. Por ejemplo, este asistente puede indicar que un paciente de más de 40 años no se ha realizado nunca un análisis que incluya PSA o que una mujer lleva más de dos años sin acudir a la cita de mujer sana. También podrá recogerse en esta sección aquellas patologías que hayan sido detectadas en atención hospitalaria y que no haya sido registradas en atención primaria, simplificando el trabajo de los profesionales y asegurando la atención integral del paciente.

Contraindicaciones de medicamentos, indicadores de riesgo a vigilar, medicamentos no recomendados para una u otra patología (Nefrotóxicos en ERC), todas ellas complementarán al cuidado habitual que el paciente recibe de su médico de referencia.

Estas recomendaciones conforman un asistente ágil y parametrizable según las necesidades de la Estrategia de Crónicos y que además se actualizará a medida que las acciones sean llevadas a cabo. Cada una de las recomendaciones podrá ser aceptada por el usuario o denegada, lo que otorga una visión global de aquellas que tienen mayor cabida en nuestros entornos sanitarios y que nos permitirá una mejor gestión de estas. Esta opción habilita la posibilidad de, a través de cuadros de mandos, diseñar campañas o estrategias de seguimiento por parte de los responsables del sistema sanitario.



Paciente:  Edad: 71 Años Tlfno: 9412 Régimen S.S.: PTN N.S.S.: 26/00 NHC: 367

Datos Generales | Programas | Educación | Anual | **Asistente** | Entorno

Asistente

- Atención Mujer Sana. No ha tenido ninguna visita ginecológica desde 03/04/2004.
- Recomendamos retirar Biofosfonatos de la prescripción de la paciente.
- Riesgo Cardiovascular elevado (Valor 4 en el SCORE)
 - No tiene episodio de HTA, Obesidad.
 - Crear Formulario de Riesgo Cardiovascular.
 - Revisar por médico de familia cada 6 meses.
- Propuesta de Hipertiroidismo solicitada por el Dr. Martínez del Servicio de Endocrinología y Nutrición.

59



Entorno. Este apartado pretende ser una ayuda para conocer información del entorno social del paciente. En los enfermos con patologías crónicas en estado avanzado, pluripatológicos o con dependencia de cuidadores, es de especial interés conocer el espacio que le rodea y las personas que están a su lado, ya que nos permitirá saber cuál es el nivel de autocuidado al que puede llegar el paciente y sus cuidadores.

También es de gran ayuda disponer de la información de los familiares, ya que así podremos consultar patologías que hayan aparecido en el entorno familiar.

En pacientes con una gran dependencia es fundamental conocer el estado de salud de sus cuidadores, ya que por ejemplo una pareja de ancianos en la que una parte de la pareja cuida del otro, si esta enfermara provocaría una situación más grave y de mayor necesidad de recursos del sistema sanitario

 Paciente: RAMON	Edad: 71 Años	Tífono: 9412	Régimen S.S.: PTN	N.S.S.: 2600	NHC: 367
Datos Generales	Programas	Educación	Anual	Asistente	Entorno

Entorno

<h4>Familiares</h4> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>+ X</p> <ul style="list-style-type: none"> -Juana Bueno Prueba [Madre] -Bonifacio Prueba Marca [Padre] -Rubén Mota Sucor [Cuidador] </div> <h4>Condicionantes y Problemas</h4> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px;"> <p>+ X</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dependencia de cuidador/a -Oxígeno domiciliario </div>	<h4>Domicilios</h4> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>+ X</p> <ul style="list-style-type: none"> -Calle Prueba 12 3ªA (Logroño) [Paciente] -Avda. de Prueba 101 (Ribafrecha) [Madre] -Calle Prueba 81 1ªC (Logroño) [Cuidador] </div> <h4>Notas adicionales</h4> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px;"> <p>+ X</p> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <p>12/07/2014 La paciente miente con asiduidad Dr. Martinez</p> </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px;"> <p>23/06/2013 En los últimos meses la paciente ha empeorado. Camina con dificultad. Se ha solicitado la ayuda de un cuidador. Dr. Martinez</p> </div> </div>
---	--

Proyectos:

1. Desplegar herramientas tecnológicas para el control de paciente crónico

Acciones:

- ✓ Ajustar el Gestor de cupos y de cronicidad de acuerdo a los indicadores de los planes de atención integrados en las patologías crónicas, manteniéndolos en continua evolución.
- ✓ Diseñar una interfaz de Curso clínico compartido de episodios crónicos, que permita registrar y visualizar la información a todos los profesionales (AP-AH), con la finalidad de mejorar la coordinación de la información, evitar duplicidades y errores de transcripción.
- ✓ Implantar y desplegar el proyecto de movilización de la Historia Clínica Electrónica Única.
 - ✓ Agilizará la asistencia domiciliaria, guardias no presenciales, etc.
 - ✓ Los profesionales accederán desde dispositivos móviles a la HCE
 - ✓ Los ciudadanos y pacientes desde terminales móviles accederán a la información de interés mediante el uso de certificados digitales y/o DNI electrónico
 - ✓ Todo ello utilizando técnicas seguras que garanticen la integridad y confidencialidad en el acceso a la información.

2. Desarrollar herramientas colaborativas en la Carpeta del ciudadano, que permitan interactuar a profesionales y pacientes con el sistema sanitario y servicios sociales

- ✓ Publicitar y potenciar el acceso a la Carpeta del ciudadano a través de certificado digital o DNI electrónico, donde ya es posible:
 - ✓ Área Administración:
- ✓ Disponer de utilidades y ayudas acerca de firma electrónica y certificados
- ✓ Consultar anotaciones, expedientes y notificaciones
- ✓ Mapa de oficinas de Servicio de Atención al Ciudadano (SAC)



Carpeta del Ciudadano Gobierno de La Rioja
NIF: Nombre: Contactar Salir

Administración | Salud

Administración



[Inicio](#)

Firma digital

Utilidades

Verificación de la instalación de certificados
Verificación de la funcionalidad de firma
Verificación de documentos electrónicos

Ayudas

Ayuda acerca de la firma electrónica
Ver la fecha y hora de la sede electrónica
Sistemas de firma utilizados en la sede electrónica
Aviso legal

Destacados



Consultar sus anotaciones efectuadas en el registro
Consultar el estado actual de sus expedientes electrónicos
Acceder a sus notificaciones electrónicas actuales.

61



Mapa de oficinas del S.A.C.



Consultar servicios ofrecidos por el Servicio de Atención al Ciudadano

Le puede interesar



[Direcciones útiles](#)



[Suscripciones de lanioja.org](#)



[Empleo y formación](#)



[Consultas más frecuentes](#)



[Itinerarios verdes](#)

Área Salud:

- ✓ Consultar datos personales, de aportación farmacéutica y Testamento vital
- ✓ Modificar datos: cambio de datos personales, petición de nueva tarjeta sanitaria, etc
- ✓ Gestionar sus citas de AP: solicitar nuevas, modificar o anular existentes
- ✓ Consultar sus citas de AH
- ✓ Consultar fechas de recetas
- ✓ Calendario de donaciones de sangre efectuadas
- ✓ Consultar informes clínicos y de resultados de pruebas
- ✓ Visualizar imágenes y pruebas diagnósticas
- ✓ Mapa de centros sanitarios y rutas de acceso
- ✓ Suscribirse a:
 - ✓ Noticias de salud
 - ✓ Novedades de catálogo multimedia
- ✓ Habilitar App móvil
- ✓ Consultar información considerada de interés
- ✓ Contactar con Rioja Salud

Carpeta del Ciudadano **Gobierno de La Rioja**
NIF: _____ Nombre: _____ [Contactar](#) [Salir](#)

Administración **Salud**

Salud

[Inicio](#)

Avisos

Novedad Dede el menú de Historial Clínico ya puede consultar las recetas que tiene prescritas para ser recogidas en la farmacia. ✕

Su resumen actual

Citas pendientes

Atención Primaria:
Actualmente no tiene citas pendientes. [Elegir cita](#)

Atención Especializada:
Actualmente no tiene citas pendientes.

Peticiones pendientes de pruebas

No hay peticiones pendientes de pruebas e imágenes diagnósticas. [Solicitar](#)

Próxima receta a recoger

Actualmente no tiene recetas prescritas.

Última donación de sangre

No existen datos sobre donaciones de sangre.

Destacados

Cita previa
Consulta de recetas
Informes y pruebas
Imagen y pruebas diagnósticas



Le puede interesar

- 

Información sobre el Centro de Salud de Cascajos
- 

Farmacias de Guardia en Logroño
- 

Canales para pedir cita en Rioja Salud
- 

Influencia de la dieta y el ejercicio en los niveles de colesterol
- 

Fármacos y conducción de vehículos
- 

Vigile su colesterol, pero vigile también su cintura: El Síndrome Metabólico

Administración
Salud

Salud



Mis citas médicas

Cita Previa Atención Primaria

Las citas que usted tiene pendientes en atención primaria son las siguientes:

- El paciente no tiene citas pendientes.

Si quiere una cita con el médico/enfermera use el siguiente formulario. El sistema le ofrecerá la cita más próxima a la fecha actual. Si desea cita para otra fecha concreta antes de pulsar el botón seleccione la fecha y hora requerida, el sistema buscará a partir de ahí.

Día:
 Hora: :

Buscar cita médico

Buscar cita enfermera



Salud



Mi historial clínico





Historia Clínica del Sistema Riojano de Salud

HCD SNS v9.0 [DESCONECTAR](#)

[COMUNICAR INCIDENCIAS](#)

Identificación

NIF/NIE: Comunidad Autónoma: LA RIOJA
 Código SNS: CIP:

Filtros de Búsqueda

<p>Tipo de Informe:</p> <p><input type="checkbox"/> Historia Clínica Resumida</p> <p><input type="checkbox"/> Informes Clínicos</p> <p><input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de laboratorio</p> <p><input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de imagen</p> <p><input type="checkbox"/> Resultados de otras pruebas diagnósticas</p>	<p>Filtro Temporal:</p> <p><input checked="" type="radio"/> Todos</p> <p><input type="radio"/> Últimos diez por informe y Servicio de Salud</p> <p><input type="radio"/> Rango Fechas</p> <p>Fecha Inicio(dd/mm/aaaa): <input type="text" value="27"/></p> <p>Fecha Fin(dd/mm/aaaa): <input type="text" value="27"/></p>
--	---

[BUSCAR](#)

[VOLVER](#)

SI DESEA QUE UN CONJUNTO CONCRETO DE DATOS NO PUEDA SER VISTO POR PROFESIONALES DE OTRA COMUNIDAD AUTÓNOMA AUNQUE VD. AUTORIZE EL ACCESO AL RESTO DE SUS DATOS, MARQUE EL BOTÓN A LA DERECHA DEL DOCUMENTO ELECTRÓNICO



Mi historial clínico

HCD SNS V9.0 DESCONECTAR

Identificación

NIF/NIE:

CIP:

Ayúdenos a mejorar en tres preguntas

Listado de informes ordenados

Informes Historia Clínica Resumida

Fecha de última actualización	Nº Historia	Servicio Salud	Oculto
27/11/2014	<input type="text"/>	RIOJASALUD	<input type="button" value="INFORME"/> <input type="checkbox"/>

Informes clínicos

Tipo Informe	Fecha	Centro	Nº Historia	Responsable	Servicio Salud	Servicio / Unidad / Dispositivo	Oculto
(1)							
De atención en Urgencias	10/07/2006	HOSPITAL SAN PEDRO, LOGROÑO (LA RIOJA)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	RIOJASALUD	Servicio de Urgencia Hospitalaria	<input type="button" value="INFORME"/> <input type="checkbox"/>
De consulta externa especializada	14/06/2013	HOSPITAL SAN PEDRO, LOGROÑO (LA RIOJA)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	RIOJASALUD	U.9 Aparato digestivo	<input type="button" value="INFORME"/> <input type="checkbox"/>

65



Mi historial clínico

Descarga de imagen y pruebas diagnósticas

Elija el rango de fechas desde donde quiere que se busquen pruebas o imágenes diagnósticas

Fecha inicial:

Fecha final:

- ✓ Incrementar la información mostrada con calendarios de actividades, recordatorios.
- ✓ Posibilitar la interacción del paciente para que este integre sus controles biométricos y gestione su enfermedad desde su propio domicilio.
- ✓ Contactar con personal sanitario para trasladar consultas y dudas sobre la patología de manera online.

3. Potenciar las telemedicinas que agilizan el diagnóstico y la atención del paciente evitando desplazamientos innecesarios.

Acciones:

- ✓ Impulsar el uso de las telemedicinas ya implantadas:
 - ✓ Tele dermatología, para el despistaje de lesiones sospechosas de cáncer de piel.
 - ✓ Tele oftalmología, para cribado de retinopatía diabética.
 - ✓ Interrelación de Electroneurofisiología entre los hospitales de referencia.
 - ✓ Telespirometría, para valoración por parte del neurólogo en casos de EPOC.
 - ✓ Telecardiología: ECG realizado en AP e informado por el cardiólogo en AH en pacientes crónicos con nivel de riesgo alto.
- ✓ Implantación de Telediabetes para control y seguimiento de pacientes diabéticos.
- ✓ Implantación de la Telemonitorización de la diálisis domiciliaria

4. Impulsar y desplegar las interconsultas sincronizadas:

- ✓ Potenciar las interconsultas sincronizadas AP-AH ya disponibles:
 - ✓ Posibilitan en algunas especialidades disminuir el número de consultas presenciales al permitir la solicitud previa de las pruebas diagnósticas que el paciente requiere.
 - ✓ En Fundación Hospital de Calahorra, está toda la cartera de servicios incluida ya en proyecto.
 - ✓ En Hospital San Pedro se ha aplicado en Nefrología, Digestivo, Endocrinología y Ginecología
- ✓ Ampliar el circuito de sincronización a todo el catálogo de interconsultas AP-AH disponible en nuestra comunidad.
- ✓ Exportar la sincronización entre hospitales de referencia.

5. Diseñar y desplegar herramientas de formación y difusión accesibles a profesionales y ciudadanos

66



Acciones:

- ✓ Continuar desarrollando el Portal de salud (web), transformando el Catálogo multimedia en un Aula de salud, añadiendo contenidos relacionados con la prevención y hábitos saludables, así como específicos referentes a las patologías priorizadas en esta estrategia.
- ✓ Desarrollar las apps de salud para acceso desde dispositivos móviles con contenidos relacionados con:
 - ✓ Hábitos saludables: consejo dietético, deshabituación tabaquica, ejercicio físico, manejo del estrés, etc.
 - ✓ Cómo proporcionar cuidados: alimentación, cuidado de la piel, movilizaciones, etc.
 - ✓ Como prevenir y actuar ante las caídas
 - ✓ Actuación ante signos y síntomas de emergencia
 - ✓ Adherencia al tratamiento, como recordatorios y sistemas de ayuda farmacológica.
 - ✓ Ayuda a la toma de decisiones del cuidador

LINEA ESTRATÉGICA 5:

GESTIONAR EL CONOCIMIENTO: FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

Para promover una mejora continua basada en la evidencia de los procesos es necesaria la actualización permanente del conocimiento por parte los profesionales.

Para ello deberá llevarse a cabo un programa de formación que estará orientado al desarrollo de las competencias clave requeridas a cada estamento profesional.

Con el desarrollo de sistemas, herramientas y servicios de gestión del conocimiento, apoyados en las

nuevas tecnologías, podremos garantizar una mejora continua de estos procesos. Mediante plataformas colaborativas exclusivas para los profesionales, la intercomunicación profesional será más ágil y fluida.

Por otro lado la investigación biomédica y sociosanitaria son imprescindibles para avalar las intervenciones y las nuevas prácticas con evidencia científica. Es necesario contar con estudios de efectividad y eficiencia para comprobar que las nuevas acciones desarrolladas son eficaces en nuestro contexto y ayudan a la sostenibilidad del sistema.

Proyectos:

1. Promover la capacitación de los profesionales para la adquisición de competencias y roles definidos en las estrategias específicas de las patologías crónicas

Acciones:

- ✓ Identificar las necesidades de formación tanto a nivel organizativo, como en los propios profesionales.
- ✓ Diseñar un plan de formación específico para el desarrollo de la estrategia, que recoja:
 - ✓ Formar en la gestión por procesos en la atención a la cronicidad y pacientes pluri-patológicos.
 - ✓ Instruir a los profesionales en los nuevos roles incorporados en la Estrategia de atención a la cronicidad
 - ✓ Elaborar contenidos específicos ajustados a las competencias de cada rol incorporado para la atención a la cronicidad, tanto en AP, como en AH.
 - ✓ Establecer un programa formativo multidisciplinar en los procesos priorizados (algunos de ellos ya desarrollados como EPOC, ERC, IC, DM y Optimización del uso de medicamentos) dentro de esta estrategia.
- ✓ Evaluar los resultados de la formación y su impacto en la práctica asistencial del nuevo proceso de atención al paciente crónico.
- ✓ Planificar un cronograma de formación con intercambio de conocimientos AP-AH-CAS, ya diseñado y de inicio próximo, sobre:
 - ✓ Aspectos psicosociales de las enfermedades crónicas
 - ✓ Envejecimiento y dependencia
 - ✓ Gestión, tratamiento y seguimiento de las enfermedades crónicas priorizadas
 - ✓ Atención al paciente crónico complejo.
 - ✓ Atención al paciente crónico avanzado que requiere cuidados paliativos

2. Fomentar la utilización de las TICs para el desarrollo de actividades formativas

Acciones:

- ✓ Fomentar el uso de la Plataforma de formación continuada online para la actualización permanente de los conocimientos relacionados con la cronicidad.
- ✓ Impulsar las herramientas existentes de ayuda al clínico vinculadas a la Historia clínica para la ayuda a la toma de decisiones: Biblioteca de AP y Documentación de apoyo en AH, que incluyen protocolos, procedimientos, buenas prácticas, etc.
- ✓ Garantizar a los profesionales la información científica relevante actualizada para su actividad clínica, docente y/o investigadora (Biblioteca virtual).
- ✓ Desarrollar el Espacio colaborativo ya disponible, que implementará las siguientes características:
 - ✓ Configuración por parte del usuario para la gestión de la información más relevante para su práctica asistencial.

- ✓ Acceso a información de contactos, con integración con el correo corporativo (ya disponible)
- ✓ Posibilidad de interactuar con contenidos emitidos por el resto de usuarios colaboradores (ya disponible)
- ✓ Almacenamiento y visualización de la documentación en diferentes formatos (audio, imagen, documentación, enlaces...)
- ✓ Foros de trabajos para cada uno de los programas de crónicos, donde evaluar y realizar el seguimiento de los mismos.
- ✓ Microblogs para incorporar información reducida de los contenidos relevantes y
- ✓ Acceso al calendario con eventos destacados para los diferentes grupos o profesionales sanitarios.
- ✓ Documentación e imágenes clínicas cargadas por los propios profesionales (ya disponible)
- ✓ Fomentar la participación de grupos de trabajo utilizando la herramienta de Espacio colaborativo ya disponible, a la que los profesionales pueden acceder desde dentro y fuera de su lugar de trabajo.

3. Impulsar la investigación e innovación en cronicidad

Acciones:

- ✓ Difundir la actividad investigadora e innovadora en cronicidad en La Rioja.
- ✓ Desarrollar proyectos cooperativos en red que favorezcan la comunicación entre investigación básica y práctica asistencial.
- ✓ Promover la realización de estudios sobre el uso de medicamentos en pacientes crónicos, incluyendo datos de consumo.
- ✓ Impulsar el desarrollo de proyectos de investigación sociosanitaria multicéntricos y fomentar la participación de distintos niveles y sectores.





PLAN DE DESPLIEGUE

La Estrategia de Atención al Paciente Crónico de La Rioja supone promover una nueva cultura en la organización, que focalice esfuerzos y recursos hacia la mejor atención a los pacientes crónicos, para acabar impregnando de una nueva cultura global a toda la organización.

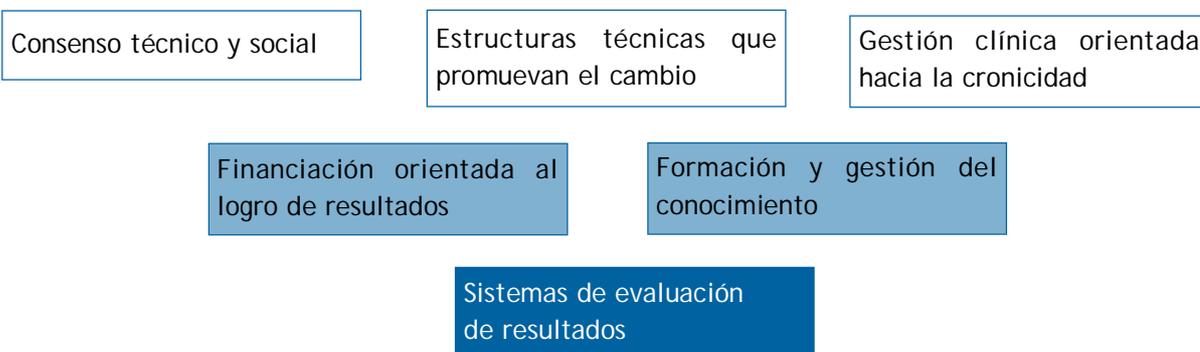
Este nuevo **paradigma** de atención colaborativa está enfocado a:

- ✓ Orientación poblacional, haciendo del paciente el eje del sistema
- ✓ Apuesta decidida por un modelo colaborativo de atención
- ✓ Mejora de la capacidad de resolución de AP
- ✓ Nueva cultura de relación entre niveles asistenciales, de manera que tanto la AH, como Servicios Sociales presten el apoyo requerido a AP para garantizar la eficacia global del sistema
- ✓ Orientación al logro de resultados, mediante la innovación organizativa, la autoevaluación y mejora continua del proceso integral de atención al paciente crónico
- ✓ Responsabilidad e implicación activa del personal asistencial en la transformación de la práctica clínica

70



Las **claves** para gestionar este cambio son:



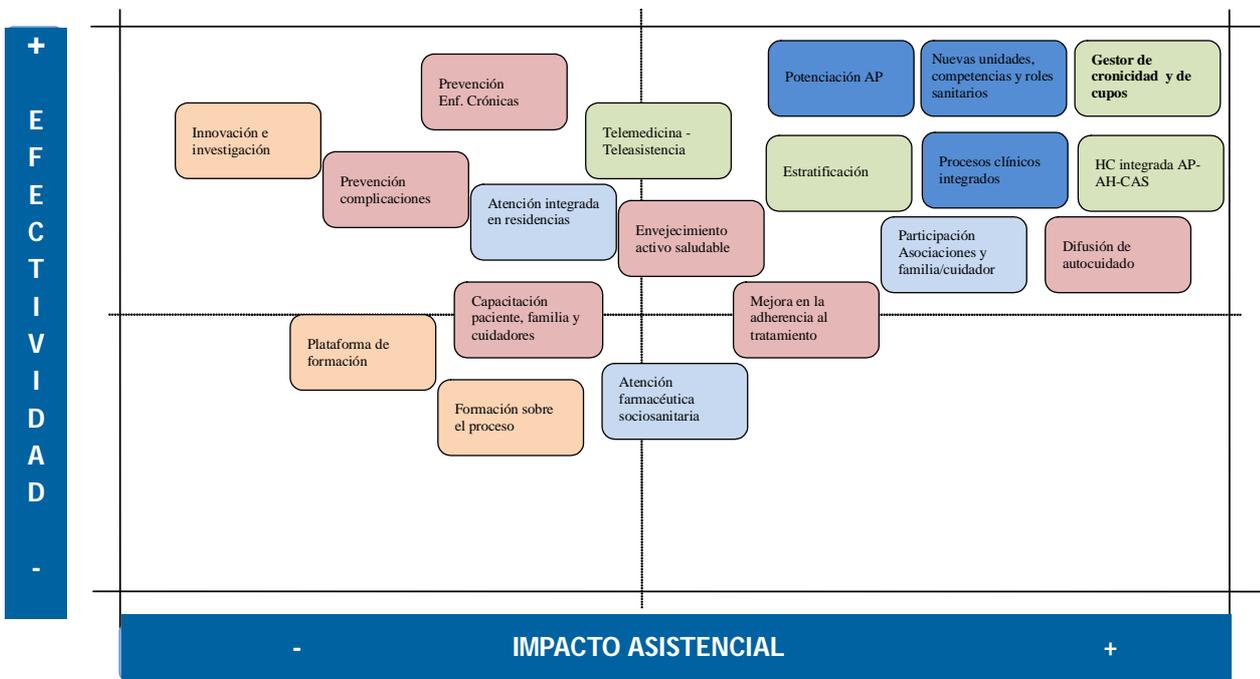
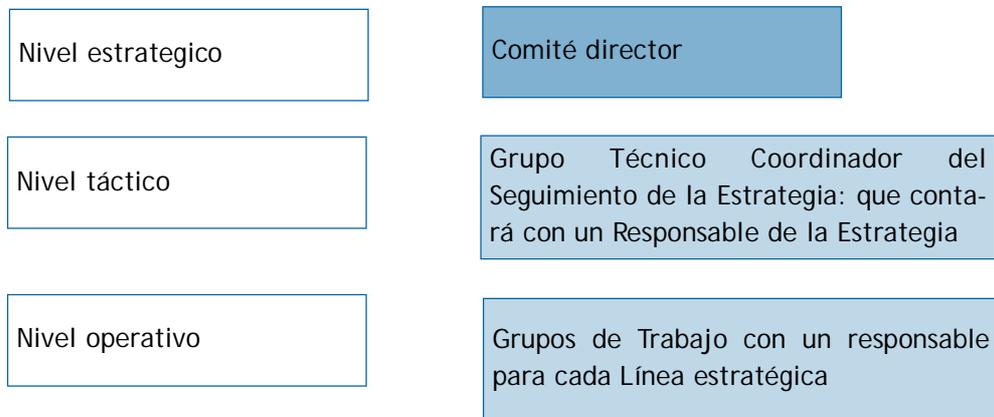
Todo ello establece la necesidad de un **plan de comunicación** dirigido a:

- ✓ Profesionales
 - ✓ Para informarles de los objetivos, características y plan de despliegue en sus ámbitos de trabajo, así como el impacto esperado en su práctica asistencial
 - ✓ Para motivarles transmitiendo la importancia de su papel en el proceso de atención a la cronicidad y los beneficios esperados para pacientes, profesionales y organización
- ✓ Ciudadanos, pacientes, familiares y cuidadores, Asociaciones de pacientes y otras
- ✓ Administraciones (ayuntamientos, colegios, servicios sociales)
 - ✓ Para informar del contenido de la estrategia
 - ✓ Para impulsar y motivar para su implicación y participación activa en el desarrollo de la estrategia, transmitiendo el compromiso de formación y apoyo a todos ellos.

Para implantar esta estrategia se pondrán en marcha en paralelo las 6 líneas estratégicas ya descritas:

1. Estratificación de la población y clasificación según su nivel de riesgo
2. Garantizar la continuidad e integridad de la atención a todos los crónicos y en particular a los con nivel de riesgo alto
3. Adaptar la organización a las necesidades del paciente crónico
4. Potenciar la autonomía, el autocuidado y garantizar la atención al cuidador
5. Tecnologías y sistemas compartidos como motores del cambio
6. Gestionar el conocimiento: formación e investigación

Para el gobierno de esta estrategia, se han incorporado los siguientes niveles de actuación con sus propias competencias:



- Continuidad e integridad de la atención
- Adaptar la organización a las necesidades del paciente crónico
- Gestionar el conocimiento: formación e investigación
- Tecnologías y sistemas compartidos como motores del cambio

Tabla 5. 3.- Cronograma de despliegue

CRONOGRAMA DE DESPLIEGUE	2014		2015				2016			2017			2018					
	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
Herramienta de Estratificación																		
LE1: Garantizar la continuidad e integridad de la atención a todos los crónicos y en particular a los con nivel de riesgo alto																		
Asegurar el liderazgo de A. Primaria en la atención de los pacientes con enfermedades crónicas																		
Consolidar el modelo de atención compartida entre AP y Hospitalaria																		
LE2: Adaptar la organización a las necesidades del paciente crónico																		
Desarrollar nuevos roles profesionales																		
Definir nuevas competencias de otros roles profesionales																		
Definir otros servicios de apoyo necesarios en el equipo de AP																		
Desarrollar nuevas unidades hospitalarias especializadas																		
Impulsar nuevos circuitos alternativos																		
LE3: Potenciar la autonomía, el autocuidado y garantizar la atención al cuidador																		
Promocionar la salud y prevenir la enfermedad																		
Prevenir nuevas enfermedades y complicaciones en pacientes crónicos																		
Potenciar la autonomía, corresponsabilidad y participación en el autocuidado: paciente activo y cuidador																		
Mejorar la adherencia y corresponsabilidad de los pacientes en la utilización responsable de medicamentos																		
LE4: Tecnologías y sistemas compartidos como motores del cambio																		
Desarrollar herramientas tecnológicas para el control de paciente crónico																		
Potenciar las telemedicinas																		
Impulsar y desplegar las interconsultas sincronizadas																		
Diseñar y desplegar herramientas de formación y difusión accesibles a profesionales y ciudadanos																		
LE5: Gestionar el conocimiento: formación e inv.																		
Promover la capacitación de los profesionales para la adquisición de competencias y roles definidos en las estrategias específicas de las patologías priorizadas																		
Promover la utilización de las TICs para el desarrollo de actividades formativas																		
Impulsar la investigación e innovación en cronicidad																		



EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA

Siguiendo los criterios de la Estrategia Nacional de Crónicos se ha establecido un grupo de indicadores con el fin de efectuar una evaluación periódica que dé información de cómo se está desarrollando el proceso así como de los resultados al final de cada periodo, en la cuantía que se determine, mes, trimestre, año, etc.

1. Reingresos de pacientes hospitalizados

Objetivo: Medir el número de reingresos hospitalarios por paciente crónico, en un año.

Definición: Número de veces que un paciente del programa de crónicos reingresa como "no programado" en el plazo de 30 días, en un año. (Recomendable hacer mediciones en distintos plazos: 60, 90, 180 días).

Fórmula: N° total de reingresos hospitalarios durante un año / N° de pacientes crónicos en seguimiento X el tiempo (en años) que cada paciente ha permanecido en el programa.

2. Pacientes crónicos polimedicados

Objetivo: Medir el número de pacientes crónicos polimedicados.

Definición: Porcentaje de pacientes del programa de crónicos que tiene prescritos más de 5 fármacos.

Fórmula: N° pacientes del programa de crónicos que tiene prescritos más de 5 fármacos / N° total de pacientes crónicos en seguimiento x 100

3. Días de hospitalización acumulados al año por paciente

Objetivo: Medir el número de estancias hospitalarias por paciente crónico, en un año.

Definición: Número medio de estancias hospitalarias por paciente crónico, en un año.

Fórmula: N° total de estancias hospitalarias durante un año / N° de pacientes crónicos en seguimiento.

4. Frecuentación de urgencias no hospitalarias por pacientes crónicos

Objetivo: Medir el número de consultas en urgencias no hospitalarias por paciente crónico, en el periodo de un mes

Definición: Número medio de consultas en urgencias no hospitalarias, realizadas en un mes, por los pacientes crónicos.

Fórmula: N° de consultas en urgencias no hospitalarias durante un mes / N° de pacientes en seguimiento.

5. Frecuentación de urgencias hospitalarias por pacientes crónicos

Objetivo: Medir el número de consultas en urgencias hospitalarias por paciente, en el periodo de un mes.



Definición: Número medio de consultas en urgencias Hospitalarias, realizadas en un mes,

Fórmula: N° de consultas en urgencias hospitalarias durante un mes / N° de pacientes crónicos en seguimiento.

6. Frecuentación de atención primaria por pacientes crónicos

Objetivo; Medir el número de consultas al médico de familia por paciente crónico, en el periodo de un mes.

Definición: Número medio de consultas al médico de familia, realizadas en un mes, por los pacientes crónicos.

Fórmula: N° de consultas médicas en AP durante un mes / N° de pacientes crónicos en seguimiento.

7. Gasto público en medicamentos de pacientes crónicos

Objetivo: Medir el gasto generado por el consumo de medicamentos en los pacientes crónicos.

Definición: Gasto medio en medicamentos por paciente crónico en un mes.

Fórmula: Gasto total en euros generado por el consumo de medicamentos de los pacientes crónicos en un mes / N° total de pacientes crónicos en seguimiento.

Los indicadores cuyo periodo de cálculo es de un mes, tendrán también otro referido a un año.

8. Mortalidad hospitalaria de pacientes crónicos

Objetivo: Cuantificar la mortalidad en el Hospital de los pacientes crónicos en un año.

Definición: Porcentaje de pacientes crónicos fallecidos en el hospital en un año.

Fórmula: N° de muertes en pacientes crónicos en el Hospital en un año / N° total de pacientes crónicos en seguimiento X 100

(Se contabilizarán todos los casos independientemente del motivo de éxitus)

9. Mortalidad de pacientes incluidos en el programa de crónicos

Objetivo: Cuantificar la mortalidad en los pacientes crónicos en un año.

Definición: Porcentaje de pacientes crónicos fallecidos en un año.

Fórmula: N° de muertes en pacientes crónicos en un año / N° total de pacientes crónicos en seguimiento X 100

(Se contabilizarán todos los casos independientemente del motivo de éxitus)

10. Tiempo entre descompensaciones de un paciente que requieren ingreso.

Objetivo: Medir el tiempo desde el alta hasta el próximo ingreso no programado. Días de estado de salud.

Definición: Tiempo medio por paciente crónico que transcurre entre el alta de un paciente y el nuevo ingreso debido a la descompensación de la misma enfermedad base (diagnóstico principal: EPOC, IC, DM, ERC, etc.). Este indicador mide el mantenimiento del estado de salud de los pacientes con problemas crónicos.

Fórmula: Suma de todos los tiempos, en días, entre descompensaciones de todos los pacientes crónicos / N° total de los pacientes crónicos en seguimiento.

11. Prevalencia de pacientes crónicos con factores de riesgo

Objetivo: Conocer los pacientes que cada año están incluidos en el programa de crónicos.

Definición: Porcentaje de pacientes crónicos incluidos en el programa en un año determinado.

Fórmula: Número total de crónicos incluidos al inicio del programa / Total de personas del censo, del mismo grupo etario, del mismo año X 100.



12. Prevalencia de pacientes en diferentes niveles de estratificación del riesgo

Objetivo: Conocer los pacientes que cada año están incluidos en el programa de crónicos, en cada uno de sus niveles.

Definición: Porcentajes de pacientes crónicos incluidos en el programa, de cada uno de los niveles.

Fórmula: Número de crónicos incluidos al inicio del programa en cada uno de los niveles / Total de crónicos en seguimiento X 100. (tres porcentajes)

Estos indicadores pueden referirse a diferentes grupos de la pirámide poblacional, como pueden ser a aquellos pacientes con una o varias patologías determinadas. Y aconsejable dentro de un mismo estrato de severidad.

Estos indicadores básicos pueden complementarse por otros que los profesionales y las autoridades sanitarias consideren pertinentes.





PROYECTOS	INDICADORES	NIVEL RIESGO	RESF. EVA
Estratificación de la población y clasificación según nivel de riesgo	% pacientes estratificados por niveles de riesgo % pacientes con enfermedades crónicas priorizadas en la estrategia, estratificados según niveles de riesgo	Bajo Medio Alto	Sistemas de información: Documentación clínica
Asegurar el liderazgo de Atención Primaria en la atención de los pacientes con enfermedades crónicas	Razón de consultas enfermera/médico AP por nivel de riesgo Razón de consultas AP/AH por nivel de riesgo % consultas no presenciales entre niveles (online y teléfono) % descompensaciones resueltas por AP % pacientes en los que consta una revisión médica en el plazo recomendado en función de su nivel de riesgo	Bajo Medio Alta	
Consolidar el modelo de atención compartida entre Atención Primaria y Hospitalaria	Número de unidades hospitalarias adheridas al proyecto Número de Zonas Básicas de Salud adheridas al proyecto % pacientes crónicos derivados de AP a AH con nivel de riesgo medio y alto % de pacientes que tienen aplicados procesos asistenciales integrales por nivel de riesgo Número absoluto y % pacientes con nivel de riesgo medio y alto con valoración y Plan de cuidados en HCE % descompensaciones que precisan ingreso en HAD % descompensaciones que precisan ingreso hospitalario % pacientes de nivel alto de riesgo en los que se han definido criterios de alarma % pacientes de nivel alto de riesgo en cuya historia constan recomendaciones en caso de descompensación % pacientes de nivel de riesgo alto que tienen asignada una enfermera gestora de casos/ enfermera de enlace Promedio de llamadas telefónicas de control proactivo en pacientes de riesgo alto % número de fármacos por paciente % ingresos hospitalarios en los que consta la realización de la conciliación al ingreso % ingresos con revisión de conciliación de la medicación tras el alta hospitalaria Pacientes con tratamiento con combinaciones de fármacos no recomendadas	Bajo Medio Alto	



PROYECTOS	INDICADORES	NIVEL RIESGO	RESP. EVA.
Desarrollar nuevos roles profesionales	% Enfermeras gestoras de casos respecto al total de enfermeras de AP % Enfermeras educadoras respecto al total de enfermeras de AP % Centros de Salud con enfermeras gestoras de casos % Centros de Salud con enfermeras educadoras Número de enfermeras de enlace en AH Número de especialistas hospitalarios de referencia Número de especialistas consultores en AH	Bajo Medio Alto	
Definir nuevas competencias de otros roles profesionales	Presentar un documento que recoja las nuevas competencias ajustadas por rol profesional	Bajo Medio Alto	
Definir otros servicios de apoyo necesarios en el equipo de AP	Presentar un documento que recoja los circuitos funcionales de apoyo a AP Número de derivaciones a cada servicio de apoyo Número de servicios habilitados sobre el total de los aprobados	Bajo Medio Alto	
Desarrollar nuevas unidades hospitalarias especializadas	Número de pacientes derivados a cada unidad creada % pacientes derivados a cada unidad sobre el total de paciente con la patología atendida en dicha unidad, ajustado por nivel de riesgo Número de unidades hospitalarias creadas sobre el total de las aprobadas	Bajo Medio Alto	
Impulsar nuevos circuitos alternativos	Número de pacientes derivados desde AP a HAD ajustado por patología y nivel de riesgo	Bajo Medio Alto	
Promocionar la salud y prevenir la enfermedad	% personas con cambios en hábitos de vida: ejercicio, tabaco y alcohol % pacientes a los que se ha prescrito una pauta de ejercicio personalizada, adaptada a su situación clínica y capacidad funcional Número de accesos al Portal de salud, para visualización de vídeos de catálogo multimedia	Bajo Medio Alto	

PROYECTOS

PROYECTOS

PROYECTOS	INDICADORES	NIVEL RIESGO	RESP. EVA.
Prevenir nuevas enfermedades y complicaciones en pacientes crónicos	% ingresos en pacientes crónicos de medio y alto riesgo por Diabetes, IC, ERC y EPOC Número de reingresos en pacientes crónicos de nivel de riesgo medio y alto Número de acciones de autoayuda elaboradas en colaboración con asociaciones de pacientes Prevalencia de consumo de tabaco por niveles de riesgo Bajo	Bajo Medio Alto	
Potenciar la autonomía, corresponsabilidad y participación en el autocuidado: paciente activo y cuidador	% pacientes formados en autocuidados e identificación de signos de alarma según nivel de riesgo % cuidadores formados Número de sesiones de formación grupal realizada % pacientes de riesgo alto en los que se ha evaluado su capacitación tras la formación % pacientes de riesgo alto con discapacidad en los que se ha identificado al cuidador principal % cuidadores que participan en grupos de autoayuda	Bajo Medio Alto	
Mejorar la adherencia y corresponsabilidad de los pacientes en la utilización responsable de medicamentos	% pacientes que se ha evaluado su cumplimiento terapéutico por niveles de riesgo Promedio del índice de masa corporal por nivel de riesgo	Bajo Medio Alto	
Desplegar herramientas tecnológicas para el control de paciente crónico	Número de accesos al gestor de cupos Número de accesos al gestor de cronicidad	Bajo Medio Alto	
Desarrollar herramientas colaborativas en la Carpeta del ciudadano	Número de accesos a la Carpeta del ciudadano	Bajo Medio Alto	
Potenciar las telemedicinas	% especialidades que dan respuesta a la interconsulta telemática Número de pacientes que han utilizado esta tecnología		

PROYECTOS	INDICADORES	NIVEL RIESGO	RESP. EVA.
Impulsar y desplegar las interconsultas sincronizadas	<p>% especialidades con interconsulta sincronizada</p> <p>Número de interconsultas sincronizadas por ZBS</p> <p>Número de consultas presenciales evitadas por el circuito de sincronización</p>	<p>Bajo</p> <p>Medio</p> <p>Alto</p>	
Diseñar y desplegar herramientas de formación y difusión accesibles a profesionales y ciudadanos	<p>Número de videos de hábitos saludables disponibles en red</p> <p>Número de videos relacionados con patologías crónicas disponibles</p>	<p>Bajo</p> <p>Medio</p> <p>Alto</p>	
Promover la capacitación de los profesionales para la adquisición de competencias y roles definidos en las estrategias específicas de las patologías prioritizadas	<p>Número y % de profesionales formados en estrategia de cronicidad</p> <p>Número de sesiones impartidos a profesionales en AP relacionados con la cronicidad</p>		
Promover la utilización de las TICs para el desarrollo de actividades formativas	<p>% acceso de profesionales al espacio colaborativo</p> <p>Número de foros de trabajo relacionados con cronicidad creados en el espacio colaborativo</p>		
Impulsar la investigación e innovación en cronicidad	<p>Número de proyectos financiados por la CCAA sobre cronicidad</p> <p>Número de estudios y publicaciones realizadas sobre la utilización de medicamentos</p>		

AH: Atención Hospitalaria
AP: Atención Primaria
BODE: Índice Multidimensional: B (body mass index), O (Obstrucción), D (Disnea), E (Ejercicio).
CAS: Centros de Asistencial Social
CCAA: Comunidades autónomas
CCM: Modelo de Cuidado Crónico
CIAP: Clasificación Internacional de Atención Primaria
CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades
DM: Diabetes Mellitus
DNI: Documento Nacional de Identidad
EP: Enfermedad Principal
EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
ERC: Enfermedad Renal Crónica
ES: Enfermedad Secundaria
FEV1: Volumen espiratorio forzado en el primer segundo GOLD: Guía internacional para el manejo de la EPOC. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
GRD: Grupo Relacionados por el Diagnósticos
HCE: Historia Clínica Electrónica
HTA: Hipertensión Arterial
IC: Insuficiencia Cardíaca,
ICCC: Modelo de Atención Innovadora a Condiciones Crónicas
IMC: Índice de Masa Corporal
LE: Línea Estratégica
OMS: Organización Mundial de la Salud
PAPPS: Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud
PSA: Antígeno Prostático Específico
SNS: Sistema Nacional de Salud
TIC: Tecnología de la Información y la Comunicación
TIS: Tarjeta Individual Sanitaria
ZBS: Zona Básica de Salud



ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO EN LA RIOJA

Gobierno de La Rioja
www.larioja.org

