

Título

PROYECTO PARA LA GESTIÓN DE PACIENTES CON PATOLOGÍA CRÓNICA (DM II) EN UN ENTORNO COLABORATIVO

Clasificación

16- Modelos asistenciales

Palabras clave: GESTIÓN, CRÓNICOS

Autores

M^a LUZ MARQUÉS; MARISA ARTEAGOITIA; AITZOL ILLARRAMENDI; ANTÓN ELORRIAGA; ROSARIO GONZALEZ

INTRODUCCION

El 80% de las consultas en Atención Primaria son sobre enfermedades crónicas, representan el 60% de los ingresos hospitalarios y el 70% del gasto sanitario promedio. El reto de los próximos años es adaptarse a los requerimientos de ese grupo poblacional. Para conseguir ese objetivo son necesarios nuevos modelos de gestión orientados a la integración de la asistencia, que aseguren la efectividad y eficiencia de las organizaciones sanitarias. Con el presente proyecto, estamos aplicando el modelo de gestión de patología crónica de MacColl sobre una población diana de diabéticos tipo II en la Comarca Uribe.

MATERIAL Y METODOS

Para el desarrollo de este proyecto se ha creado un equipo multidisciplinar formado por profesionales de medicina, enfermería y administrativos de Atención Primaria y de Atención Especializada, así como profesionales de gestión sanitaria. Tras la revisión bibliográfica sistemática de modelos de gestión de patología crónica en la literatura científica y basándose en evidencias de efectividad, el equipo seleccionó las líneas de trabajo siguiendo el modelo de MacColl. Este modelo incluye estrategias de intervención en 6 áreas: sistema sanitario, prestación de servicios de salud, comunidad, apoyo a la toma de decisiones, sistemas de información y el apoyo al automanejo. La evidencia demuestra que las intervenciones simultáneas de esas áreas mejoran la efectividad respecto a intervenciones aisladas. Antes de comenzar con las intervenciones, se realizaron 2 encuestas a los profesionales sanitarios de la comarca: - ACIC: una encuesta para diagnosticar la situación actual de la asistencia que se presta a la población diana. - Priorización: una encuesta para seleccionar las intervenciones más adecuadas en cada área descrita en el modelo. Se han puesto en marcha algunas de las intervenciones más valoradas, siguiendo una sistemática de ciclos PDSA (Plan-Do-Study-Act) para que los cambios aplicados se puedan testar rápidamente. Los objetivos principales que se persiguen con las intervenciones priorizadas son dos: - Ofertar una asistencia integrada de Atención Primaria y Atención Especializada: Se basa en la utilización de una comunicación fluida y una herramienta común para intercambio de información clínica (Historia Clínica electrónica única). Se ha elaborado un documento para la descripción del procedimiento de coordinación a utilizar, en el que se asigna a la Atención Primaria la responsabilidad del proceso de atención de pacientes diabéticos tipo II. - Fomentar el automanejo del paciente: Para alcanzar este objetivo se puso en marcha un programa de formación a varios niveles: formación a profesionales médicos y de enfermería para favorecer la utilización de un mensaje homogéneo. Formación a profesionales de enfermería en formación a pacientes. La formación del paciente se está realizando por distintas metodologías (individual y grupal, básica y avanzada, presencial y a distancia), pero con unas características comunes como la sencillez, la repetición en el tiempo y la implicación de su entorno familiar/social.

CONCLUSIONES

El desarrollo del proyecto está permitiendo optimizar la coordinación e integración del equipo de profesionales que tratan a los pacientes diabéticos, con una simplificación del circuito de consulta y con una mayor accesibilidad a una atención especializada cuando es necesaria. Por otra parte, la formación continuada de los pacientes repercute en un aumento de su capacitación y de su responsabilidad para manejar su propia enfermedad. Mediante estas intervenciones, esperamos que tanto los pacientes como el equipo médico hagan uso de los recursos sanitarios de una manera más eficiente.