



GESTIÓN DE CASOS

Continuidad de cuidados de las
personas con Enfermedad de Alzheimer
y sus cuidadores

¿Qué es la Gestión de Casos?



Modelo de Atención

*“Sistema enfocado en el usuario que define las condiciones de **entrada**, la **prestación del servicio** y la forma en que se **gestionan los servicios** para asegurar la **optimización de los recursos** y mejorar la **calidad de la atención**”*

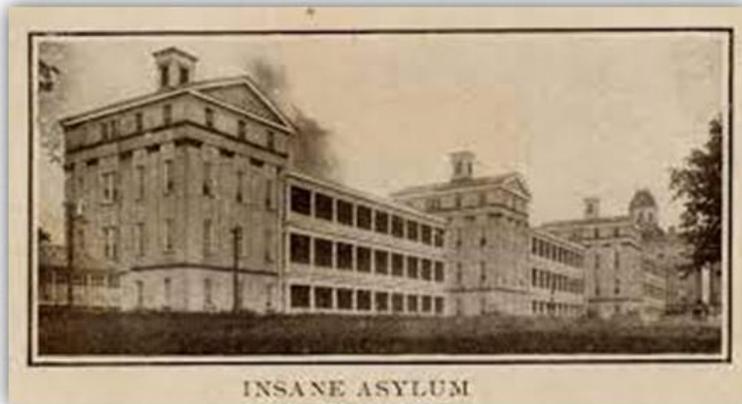
Atención individualizada e integral

Coordinación de cuidados, recursos, servicios y profesionales

Continuidad / Calidad

Comienzos

Gestión de casos – Case management



Años 50

- La gestión de casos tiene sus raíces en el ámbito de la salud mental, en el marco de las teorías de la desinstitucionalización, en la década de los años cincuenta en los Estados Unidos de América.
- Los análisis críticos de la devolución de los pacientes a la comunidad sin los soportes necesarios, constituyen la cuna de la gestión de caso como orientación y método para la atención en la comunidad.
- Metodología para dar soporte a los pacientes, a sus familiares y a la comunidad.

CASO



- PACIENTE



- CUIDADOR



- ENTORNO DE VIDA

Evolución

Proliferación de amplias
variaciones en los modelos de
Gestión de Casos.
Diferentes Sistemas Sanitarios.

La Diversidad es inherente a la
Gestión de Casos.



*Años 70 y 80
Hospitales pioneros
Agente de Sistemas*

*Años 70
Italia y Gran Bretaña
Desinstitucionalización
Salud Mental*

*Años 80
Ley General de Sanidad
Reforma Psiquiátrica
Estrategia Cronicidad
Implantación homogénea*

*Iniciativas de
enfermería de práctica
avanzada*



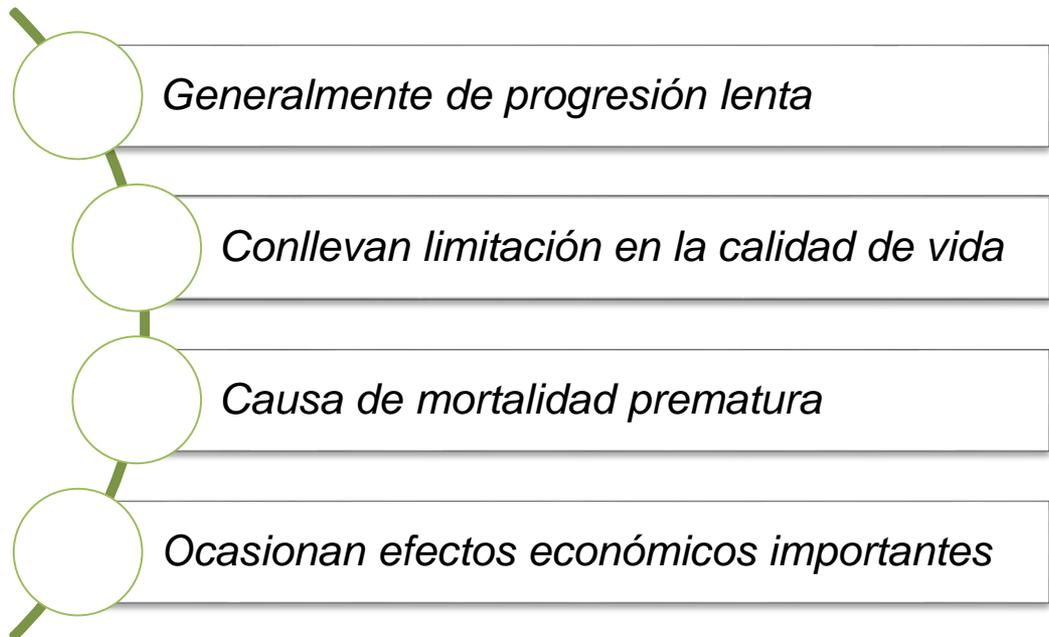
En las últimas décadas del siglo XX, la estructura de la población sufre una importante transformación debida a los cambios en la estructura poblacional y en los patrones epidemiológicos predominantes.

En España, el patrón epidemiológico dominante está representado por las enfermedades crónicas.

El 46,9% de las mujeres y el 37,8% de los hombres mayores de 16 años presentan al menos una enfermedad crónica.



El concepto de cronicidad según la OMS se refiere a la “larga duración de una enfermedad o a su resistencia a las terapias”



Pirámide de Kaiser



- Análisis, segmentación y estratificación de la población por complejidad
- Adaptación de los servicios a las necesidades de atención.
- Cuidados en distintos ámbitos asistenciales.

Paciente Crónico Complejo

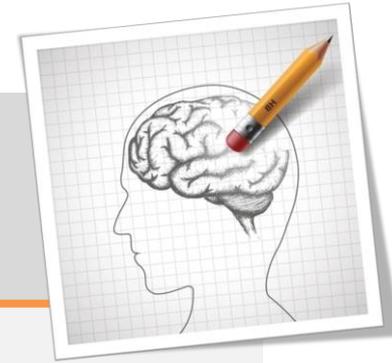
Complejidad en el manejo al presentar necesidades cambiantes que obligan a revalorizaciones continuas



Utilización ordenada de ámbitos asistenciales y coordinación de recursos y servicios

Los equipos que atienden al paciente crónico complejo deben ser multidisciplinares





Demencia

Las necesidades y la provisión de servicios siguen el patrón de cronicidad compleja / Anosognosia

Enfermedad crónica grave / Comorbilidad/ Edad avanzada

Evolución progresiva y limitante

Disminución de su autonomía personal. Pérdida cognitiva y funcional.

Discapacidad y dependencia / Cuidador

Sintomatología de difícil control / Descompensaciones frecuentes

Polimedicación

Elevado consumo de recursos: Visitas a urgencias/ Hospitalizaciones

RIESGOS

Fragmentación.

Duplicidad en las intervenciones

Desplazamientos innecesarios

Vulnerabilidad en transiciones

Resultados adversos: Ansiedad / Sobrecarga cuidador



Modelos de Atención

Cambio de paradigma del Sistema Sanitario



MODELO TRADICIONAL

- Enfoque centrado en la enfermedad
- Enfoque centrado en la curación
- Atención a demanda
- Atención episódica, fragmentada
- Equipo de salud reactivo
- Paciente/cuidador pasivo
- Baja calidad y seguridad en la atención
- Baja efectividad y eficiencia / altos costes
- No da respuesta a las necesidades
- El soporte social llega tarde o no existe



GESTIÓN DE CASOS

- Enfoque centrado en la persona y su familia
- Enfoque centrado en prevención y cuidados
- Atención programada y planificada.
- Atención transversal, coordinada e integral
- Equipo de salud proactivo
- Paciente/cuidador activo
- Mejora calidad de vida del paciente / cuidador
- Coste- efectivo
- Da respuestas a las necesidades cambiantes
- Valoración socio- sanitaria

Un valor añadido de la Gestión de Casos es la atención al cuidador



Persona enferma Entorno cuidador

Afecta a toda la familia, cambiando los papeles en una nueva formulación de hábitos, rutinas, roles y funciones dentro de la dinámica familiar.

La responsabilidad y el compromiso suelen recaer en un único cuidador que asume todo el cuidado y dedicación.





Entre el cuidador y
la persona cuidada
se crea una
dependencia
emocional y física
que persistirá a lo
largo de todo el
proceso

Atención Integral y Continuada



La mayoría de las veces, únicamente recibe tratamientos y terapias la persona que sufre la enfermedad, quedando su entorno al margen de una **atención especializada** necesaria.

"Detrás de cada enfermo hay un cuidador que tiene que aprender a enfrentarse a la enfermedad"

¿Quiénes pueden o deben ser los gestores de casos?

Enfermera como Gestora de Casos

En la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad se recoge la necesidad de:

- Potenciar las actuaciones de los profesionales de enfermería en la atención a los procesos crónicos.
- Orientar su responsabilidad al papel de educadores en autocuidados.
- En gestión de casos en pacientes con condiciones de especial complejidad.
- Como profesionales de enlace para mejorar la transición entre ámbitos y unidades de atención.



Creación de nuevas competencias



Enfermera Especialista
Enfermera de Práctica Avanzada
Enfermera Gestora de Casos

Gestión de casos como una práctica avanzada de cuidados desarrollada por la enfermería

Profesionales idóneos para el desarrollo de la coordinación y la gestión global de todo el plan de atención



Metodología de Trabajo

Agente de cambio de gestión y liderazgo dentro del sistema sanitario.



Visión integral

Orientada a cubrir las necesidades, fomentar auto-cuidado.



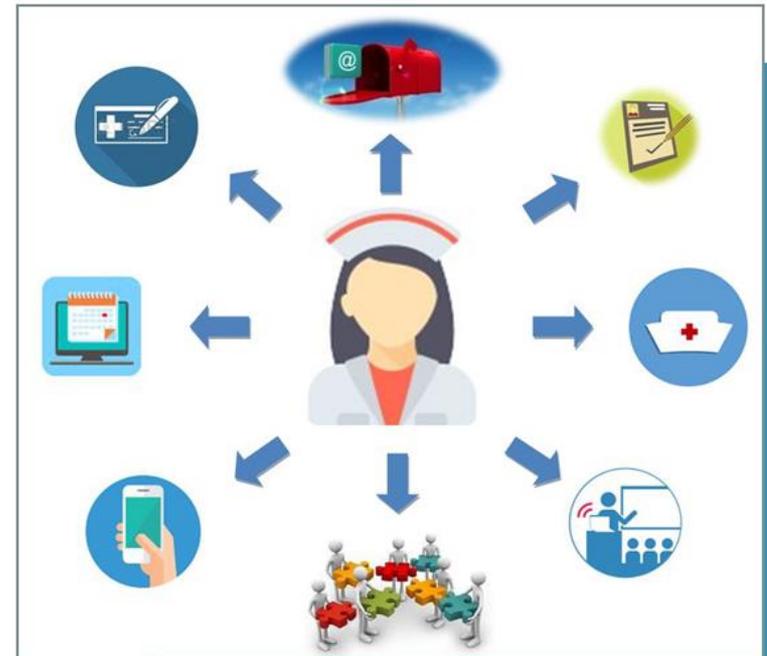
Capacidad de trabajo en equipo

Resolución de situaciones complejas.



Cercanía y accesibilidad

Tanto para el paciente y cuidador como para el resto de profesionales.



Coordinación de cuidados, recursos, servicios y profesionales



Atención primaria Ámbito comunitario



Enfermera
Especialista



Enfermera
Gestora de Casos
Comunitaria

Diagnóstico temprano

Impacto muy positivo en la evolución de la enfermedad.
Mejora pronóstico



Seguimiento del tratamiento

Evita medicación excesiva



Control de síntomas conductuales

Disminuye riesgos asociados



Planificación de cuidados

Asesoramiento en relación a cuidados



Educación sanitaria

Atención y apoyo a cuidadores principales
Calidad de vida



Prestación de cuidados paliativos



PUERTA DE ENTRADA

Para la mayoría de los pacientes con deterioro

La asistencia sanitaria a las personas con deterioro cognitivo debe tender a prestarse en su entorno más próximo



Ámbito hospitalario

EGC Enlace – Continuidad Asistencial

Aplica la gestión de casos durante la hospitalización
Apoyo y planificación del ingreso y alta
Asistencia y apoyo al cuidador durante hospitalización
Educación sanitaria
Garantiza cuidados transicionales



PACIENTE
CUIDADOR



CONTINUIDAD

CONTINUIDAD

Equipo Multidisciplinar

Neurología / Geriatria
Neuropsicología / Psiquiatria
Radiología
Rehabilitación
Trabajo Social ...



Enfermera Especialista en Enfermería Geriátrica

Área de Geriatria
Pacientes > 85 años.

ATENCIÓN
PRIMARIA



Enfermera Gestora de Casos

Ámbito ambulatorio. Consultas externas
Garantiza circuito asistencial
Profesional referente a nivel hospitalario
Evita demoras en la atención
Garantiza acompañamiento del cuidador

Plan de colaboración para la atención a las demencias Área IV



Atención Primaria

Centros de Salud
Área IV

Protocolo
estudio
diagnóstico

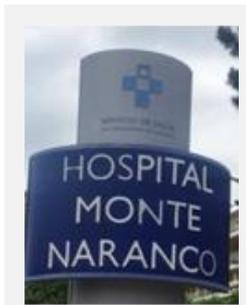


Neurología HUCA

Criterios de
derivación

Derivación ordinaria

- Deterioro cognitivo en ausencia de síndrome confusional, primera valoración.
- Deterioro cognitivo ya valorado con progresión de clínica.



Geriatría HMN

Criterios de
derivación >85
años

Derivación preferente

- Evolución subaguda
- Empeoramiento rápido
- Intolerancia al tratamiento
- Asociación de síntomas focales o sugestivos de hipertensión intracraneal.

Beneficios de la Gestión de Casos

PACIENTE

Reduce la frecuencia e intensidad de los síntomas
Mejora el estado de ánimo evitándole sufrimiento
Seguridad y Calidad de vida

CUIDADOR

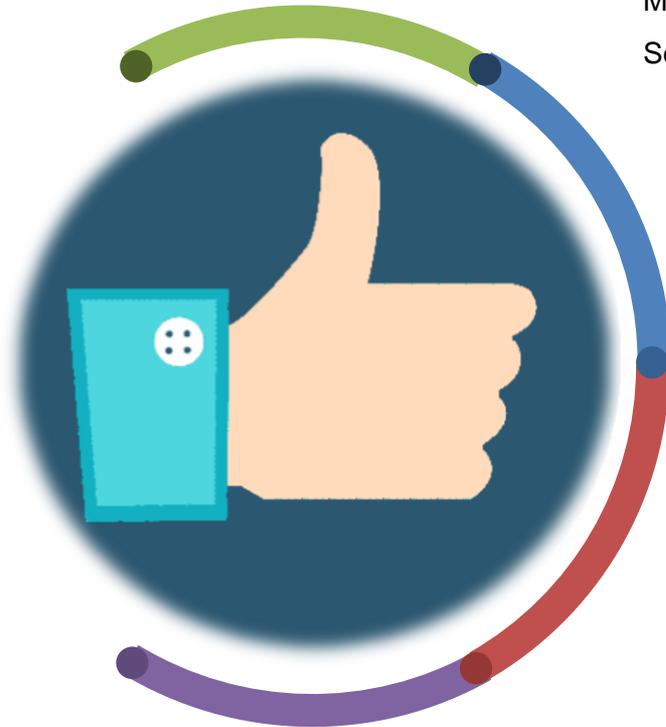
Habilidades para afrontar la enfermedad
Información sobre recursos disponibles.
Reduce la sobrecarga, evitando la claudicación.
Grado de satisfacción

PROFESIONALES

Abordaje multidisciplinar.
Coordinación entre profesionales y cuidadores
Desarrollo de prácticas avanzadas

SISTEMA SANITARIO

Optimización de recursos
Evita visitas a urgencias y hospitalizaciones
Retrasa o evita institucionalización
Continuidad de cuidados





**integrando la
Innovación**

**Cuando el amor, el cariño y
los besos son más
importantes que recordar
un nombre**



Muchas gracias