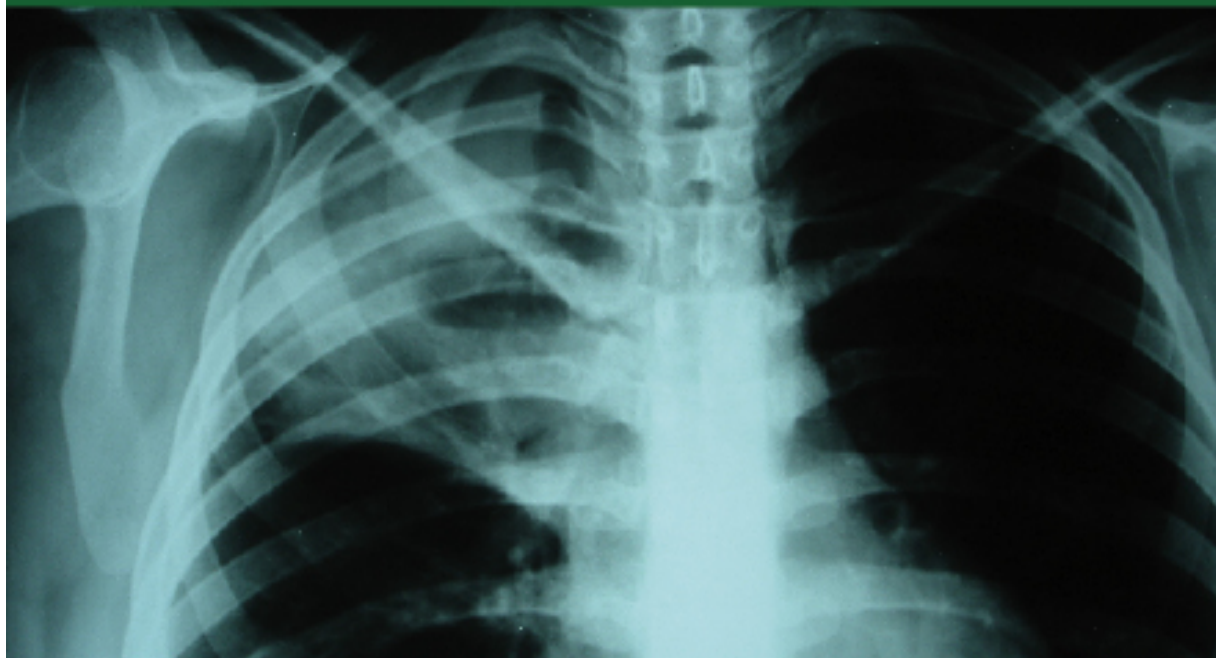


Barcelona 16 de Junio HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA

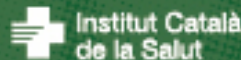


# I Jornadas de Atención Compartida en Neumología Abordaje Integral de la EPOC

AIS BARCELONA ESQUERRA



Consorci Sanitari de Barcelona  
Una part de la Universitat de Barcelona  
i l'Ajuntament de Barcelona



# INTERVENCIÓN DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EN EL PACIENTE CON EPOC

D.I. Sílvia Valls Padró

Atenció Integrada

Direcció Medica i d'infermeria

Hospital Clínic

## y además, las enfermedades respiratorias crónicas...

- ✓ Alta morbi-mortalidad
- ✓ Impacto estacional
- ✓ Escaso conocimiento de la enfermedad y cumplimiento terapéutico (20%)
- ✓ Muy ligados a los hospitales de agudos
- ✓ Los síntomas (disnea) provocan la pérdida de control de la situación
- ✓ 80% ingresos hospitalarios son a través del Servicio de Urgencias

*Murray CJ, Lopez AD. Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997; 349:1269–1276; EFRAM. ERJ 2000;16:1037-43; Source: WHO. Evidence, Information and Policy, 2000*



## Hay posibilidades de mejora a la atención de pacientes con EPOC y nuevas alternativas .....

- ✓ Detección precoz. Espirometría Forzada de calidad
- ✓ Programas estructurados de educación terapéutica y ejercicio
- ✓ Hospitalización a Domicilio
- ✓ Prevención de ingresos hospitalarios en pacientes frágiles en domicilio
- ✓ Monitorización a distancia
- ✓ Final de la vida

*Garcia-Aymerich, et al. Respir Med 2007; 101 (7):1462-9*

*Casas A, et al. ERJ 2006; 28:1-8*

*S. Diaz-Lobato et. al. Arch Bronconeumol. 2005;41 (1):5-10*

*Hernandez C, et al. ERJ 2003; 21:58-67*

*J.M Antoñana et al. Arch Bronconeumol.2001;37:489-497*



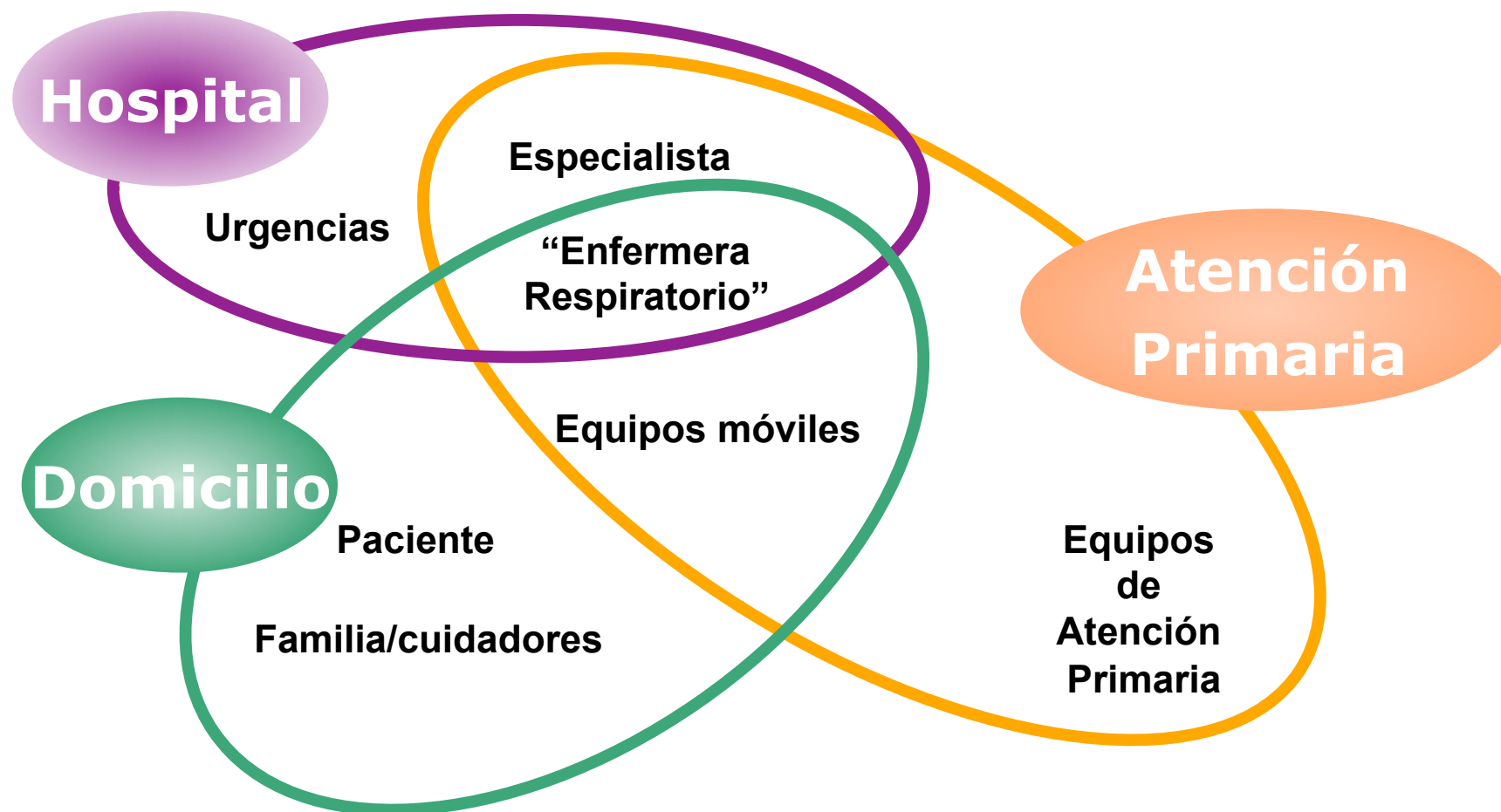
## ¿Qué es la Hospitalización a Domicilio?

- ✓ Es un recurso sustitutivo a la hospitalización convencional y no complementario.
- ✓ Se trata de una extensión del hospital al domicilio del paciente.
- ✓ En ausencia de la HDOM, el paciente tendría que estar ingresado.
- ✓ Servicio que ofrece cuidados y tratamientos especializados los 7 días de la semana.

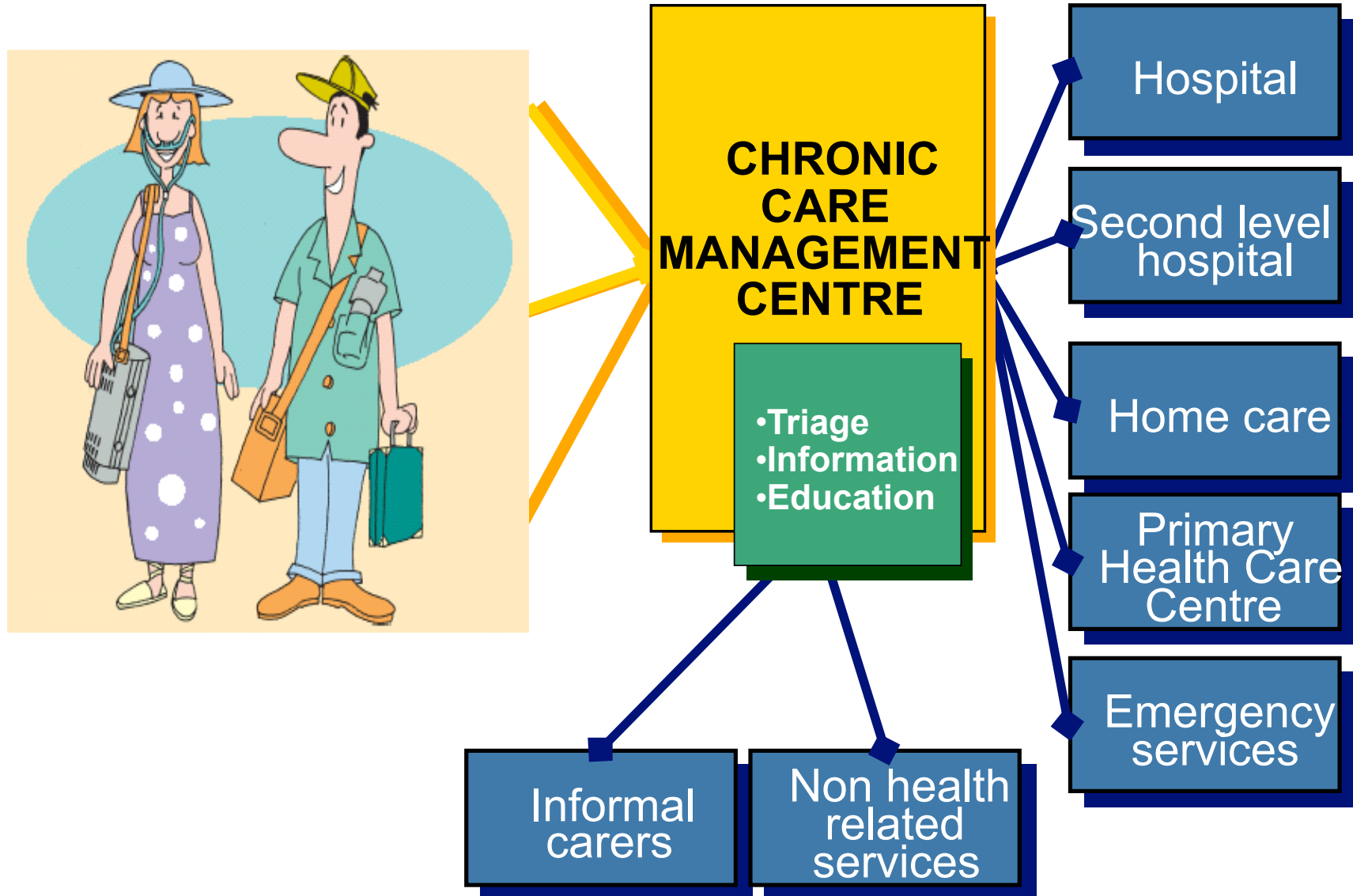


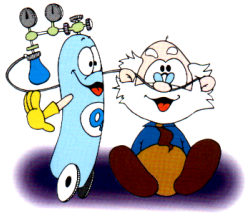
# PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRADA

*Hospital a domicilio y el programa de pacientes frágiles complejos*

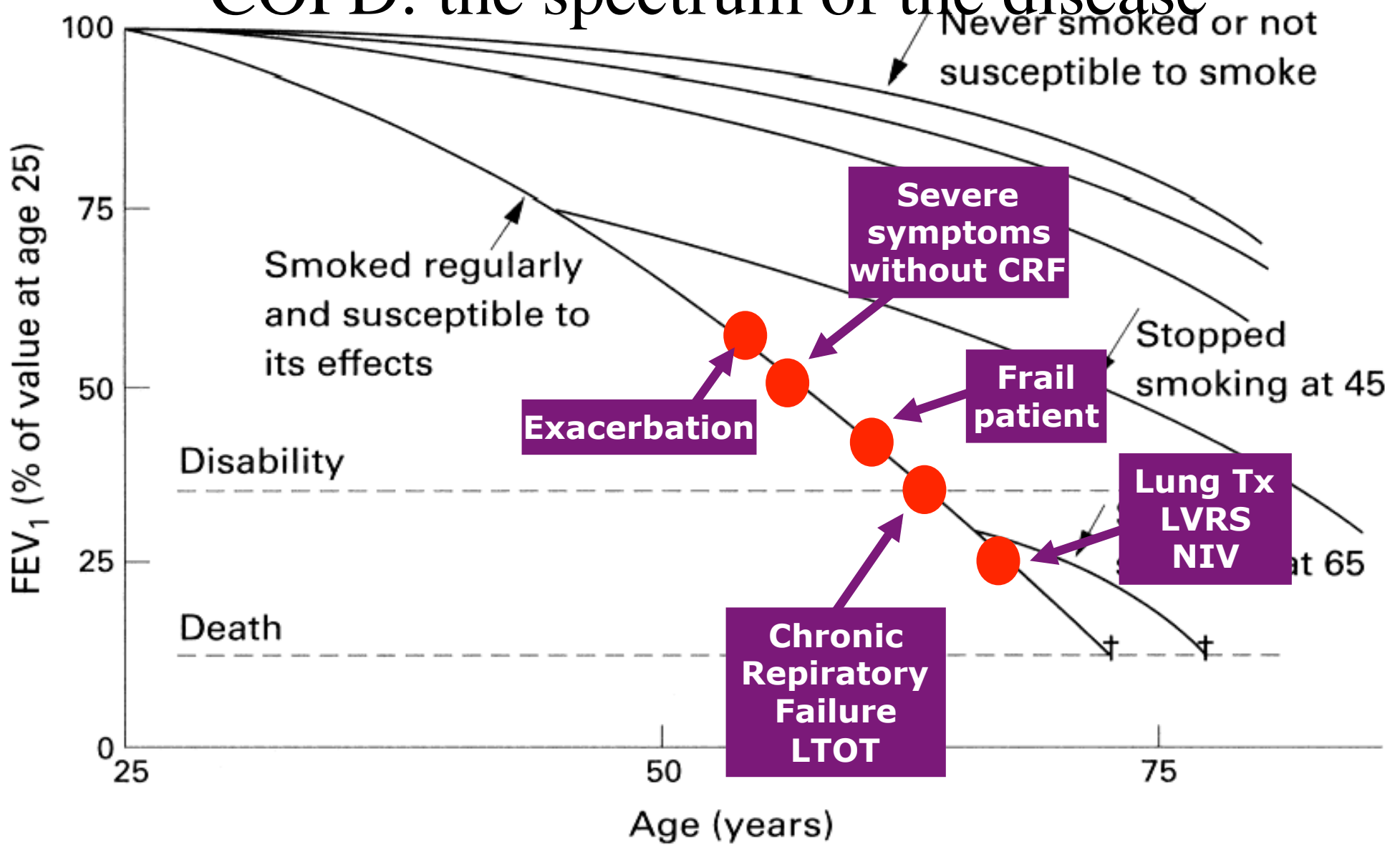


# Centro de llamadas





# COPD: the spectrum of the disease

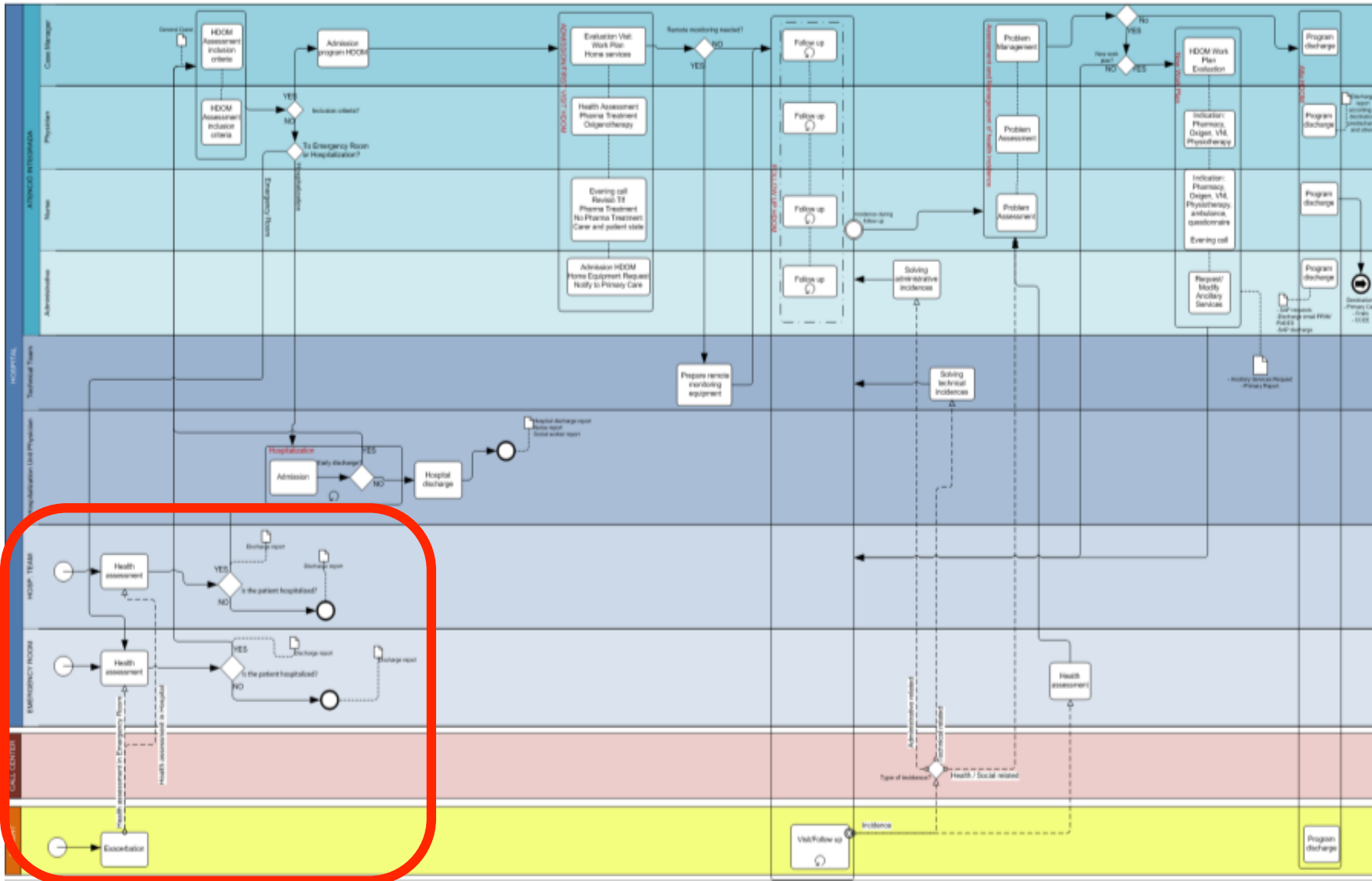


# Proceso conjunto entre Hospital y Primaria para la decisión de presentar un Caso Clínico

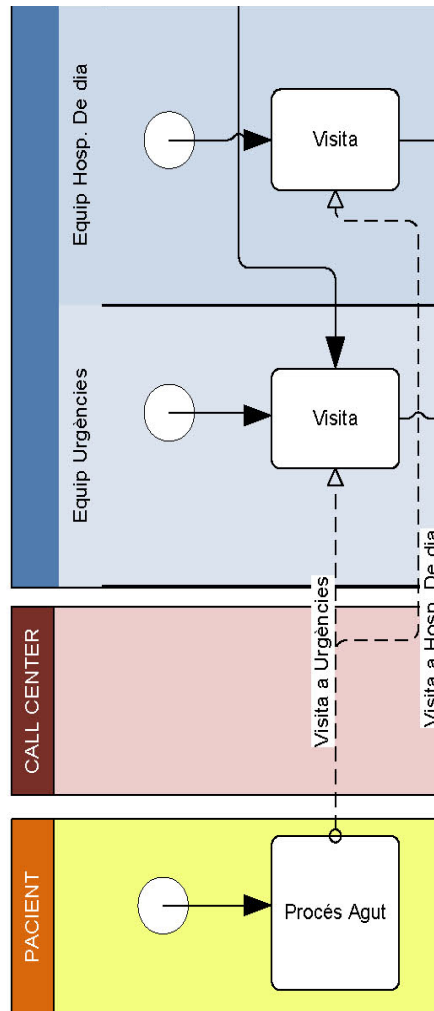
- ✓ Reunión conjunta
  - 
  - ✓ Se propone la presentación de un paciente del ABS X que estuvo ingresado en Hospital a Domicilio.
  - ✓ Revisión de los pacientes por parte del equipo de HDOM y notificación a Atención Primaria. Se identifican 7 pacientes EPOC-HDOM-ABS X. Se decide el paciente X.
  - ✓ Acuerdo del tipo de presentación.



# Identificación del paciente en UCIAS



# Caso Clínico



Varón, 81 años, EPOC (FEV1 32%; GOLD: 3)

Fumador activo (52,5 paq/año)

Dísnea (MRC 3); IMC: 22,05

Tratamiento con broncodilatadores inhalados

( *$\beta$  larga duración + corticoides, bromuro de tiotropium*)

No OCD

2 ingresos hospitalarios previos por

Descompensación (12 meses)

UCI. Ventilación mecánica invasiva 2004

## Comorbilidades:

-Cardiopatía isquémica (IAM Killip I en 1999)

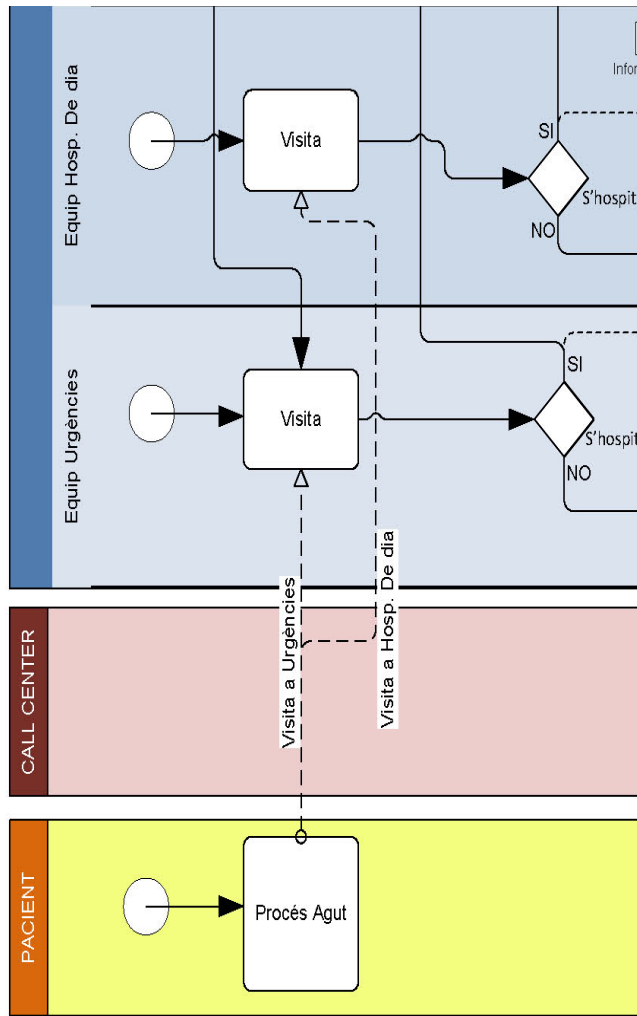
FEVI 30%; PE dipiridamol negativa. En tto

con anticoagulante. Clase funcional NYHA III

-Diabetes Mellitus tipo 2 en tto con hipoglucemiantes orales



# Proceso actual



## Motivo de ingreso:

- Aumento de su dísnea habitual hasta hacerse de reposo de 3 días de evolución
- Tos con expectoración espesa
- Dolor torácico
- No edemas en extremidades
- Afebril

## Auscultación:

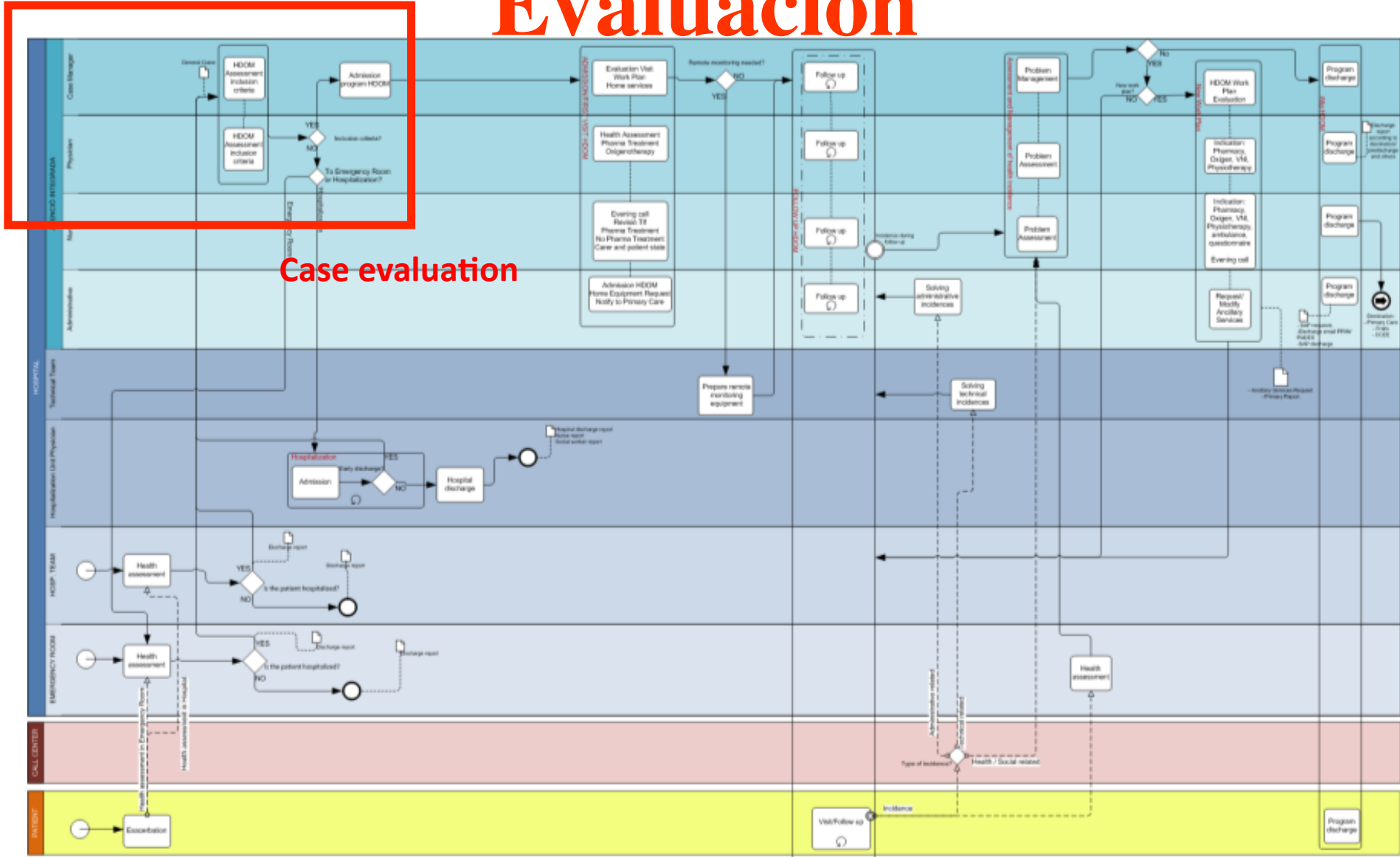
- Crepitantes en ambos campos pulmonares

## Gasometría arterial en UCIAS (basal):

pH 7,41; PaO<sub>2</sub> 60 mmHg; PaCO<sub>2</sub> 52mmHg;  
Bic actual 32,3mmol; EB 7,4mmol



# Evaluación



# Evaluación (cuestionarios validados y guías clínicas)

Normativa EPOC. GOLD. ([www.goldcopd.com](http://www.goldcopd.com))

**Guidelines for diagnosis and treatment of chronic heart failure: full text (update 200%).** *European Heart Journal* doi:10.1093/eurheartj/ehi205.

**Statement on Home Care for Patients with Respiratory Disorders.** *Am J Respir Crit Care Med* Vol 171. pp 1443–1464, 2005

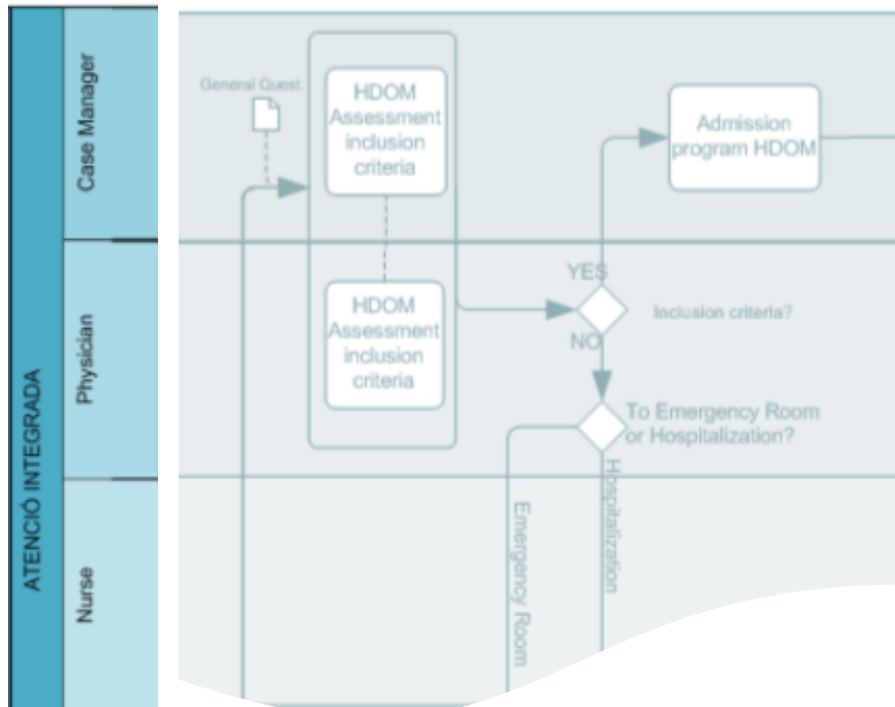
**American Thoracic Society Statement on Research Priorities in Respiratory Nursing.** *Am J Respir Crit Care Med* Vol 174. pp 471–478, 2006

**Normativas SEPAR. Función Pulmonar y gasometría arterial, terapia inhalada/nebulizada.** ([www.separ.es](http://www.separ.es))

**Libro de educación Controlando la EPOC**  
([www.separ.es](http://www.separ.es))

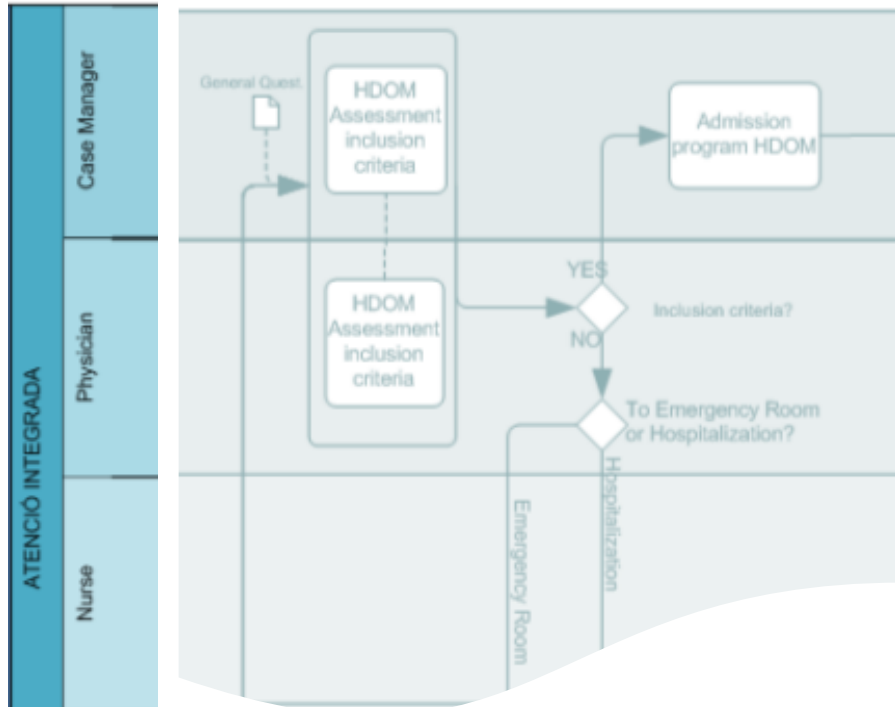
C. Hernandez, A. Casas, J. Escarrabill, et al. **Home hospitalisation of exacerbated chronic obstructive pulmonary disease patients.** *Eur Respir J* 2003; 21: 58–67.

**Integrated care for COPD patients: time for extensive Deployment.** J. Roca, A. Alonso, C. Hernandez *Breathe* October 2008. Vol 5, 27-34





# Evaluación



Fumador activo

Habitualmente tiene “pitos en el pecho” , Grado de Disnea (MRC 2), sin otra sintomatología

No dolor (EVA 0)

Ingesta de líquidos adecuada. Dieta “sin demasiado control”

Sin dificultades en la toma de medicación, técnica de terapia inhalada (incorrecta en 3 pasos)

Desconoce el nombre de la enfermedad respiratoria y cardiaca, los signos y síntomas, no sabe detectar las descompensaciones y no sabe que hacer.

Cuando se encuentra mal acude a UCIAS

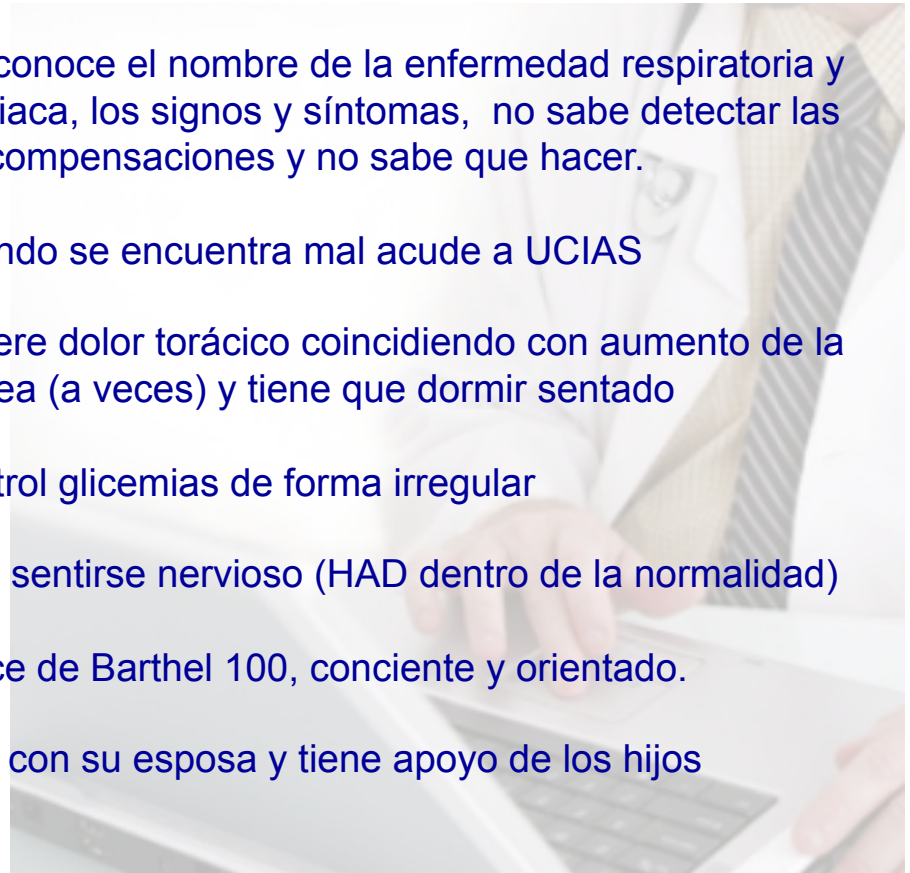
Refiere dolor torácico coincidiendo con aumento de la disnea (a veces) y tiene que dormir sentado

Control glicemias de forma irregular

Dice sentirse nervioso (HAD dentro de la normalidad)

Índice de Barthel 100, conciente y orientado.

Vive con su esposa y tiene apoyo de los hijos



# Educación terapéutica, EPOC y comorbilidades

Área Enfermería  
y Fisioterapia  
SEPAR



[www.separ.es](http://www.separ.es)



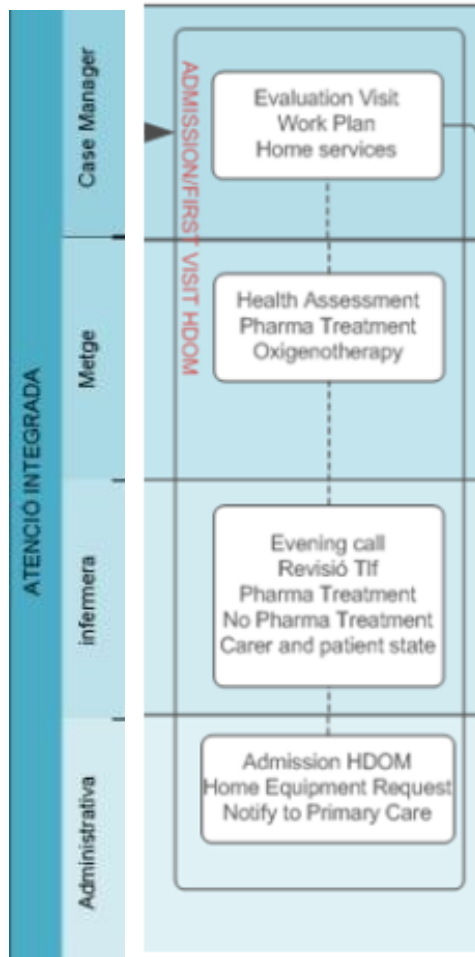
Cumplimento terapéutico (oxígeno, terapia inhalada/nebulizada, pastillas), detección de signos y síntomas de empeoramiento de la EPOC, Cardiopatía, diabetes, tabaco, control de glicemias (corticoides), Dieta baja en colesterol y grasas, tensión arterial.

I Jornadas de Atención Compartida en Neumología • Abordaje Integral de la EPOC

AIS BARCELONA ESQUERRA



# Plan de trabajo individualizado



**Plan de trabajo (1 de 2)**

Seleccionar plan de trabajo

Fecha de comienzo:

May 2009

S	M	T	W	T	F	S
26	27	28	29	30	1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31	1	2	3	4	5	6

Hoy

Plan de trabajo: Plan de trabajo para graves

**Resumen:**

Dia	Date	Duracion	Margen	Provision name	Recursos	Personal
1	25/09/2008	0:10	0:20	Visita domicilio basal		Medico Enfermera
2	26/09/2008	1:30	0:30	Visita domicilio seguimiento	Cuestionario	Enfermera
3	27/09/2008	0:15		Seguimiento telefonico		Teleoperadora
4	28/09/2008	1:15	0:30	Visita domicilio seguimiento		Medico
5	29/09/2008	0:45	0:30	Visita domicilio seguimiento		Medico
6	30/09/2008	0:45	0:30	Visita domicilio seguimiento		Medico
7	01/10/2008	0:15		Seguimiento telefonico		Teleoperadora
8	02/10/2008	1:15	0:30	Visita domicilio seguimiento		Medico
9	03/10/2008	0:45	0:05	Visita semanal alta		Medico

Page 1 of 1 | Showing 1 - 9 of 9

Siguiente

**Recursos provisionales**

Seguimiento telefonico

Fecha: 5

Fecha: 12/09/2009

Duration (minutes):

Margen (minutes):

Recursos:

Cuestionario 1  
Cuestionario 2  
Cuestionario 3

Equipamiento:  
Instrumentos

Roles:  
Medico  
Enfermera  
Teleoperadora  
Gestora de casos

Provisiones asociadas:  
Evaluador clinico

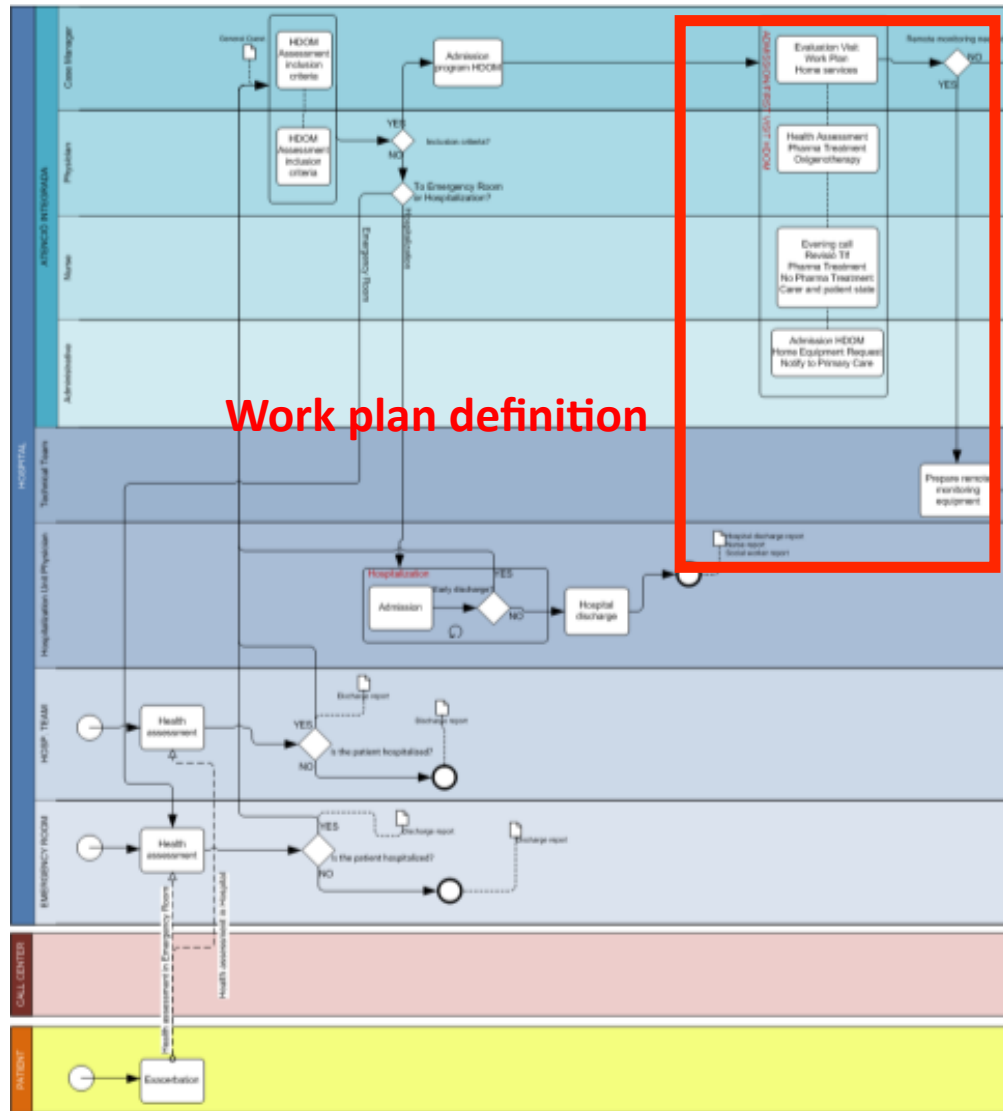
**Proceso de eleccion y configuracion del espacio medico (2 de 2)**

Programar hora:

Dia	Fecha	Nombre provision	Profesionales	Horas inicio	Duracion	Hora asignada
Dia 1	10/09/08	Visita domicilio basal	Medico: Jose Luis Romero Enfermera: Isabel Ariza	10:00 - 14:00	0:40	10:00
Dia 2	20/09/08	Visita semanal	Enfermera: Isabel Ariza	10:00 - 14:00	1:00	10:00
Dia 3	30/09/08	Seguimiento telefonico	Teleoperadora: Lucía Rosalvo Torra	09:00 - 14:00	1:30	11:00
Dia 4	4/10/08	Visita domicilio alta	Medico: Jose Luis Romero Enfermera: Isabel Ariza	09:00 - 13:00 10:00 - 20:00	0:40	09:00



# Plan de intervención a domicilio



Work plan definition

## Cardiopatía isquémica

Control de edemas (clasificación, grado I,II,III) y peso.

Detección y control de las manifestaciones graves de la IC (**ALARMA** que requiere contacto inmediato con el médico y posible derivación al hospital), Disnea grado III y IV, Anasarca, hipotensión, Taquicardia (>120 lpm)

Clase funcional del paciente (NYHA). Detección de disnea paroxística nocturna

Identificar dolor precordial (características e intensidad (EVA)).

## Diabetes

Control glicemia capilar cada 12 horas y una medición extra al mediodía (si BMtest descompensados)

Control de los pies. Educación terapéutica "supervivencia"

# Contacto con el equipo de Atención primaria

1. Primeras 24 horas del ingreso en HDOM
2. Alta. Informe de alta médico y de enfermería

**HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA**

**HDOM SALA HOSP. DOMICILIARIA**

**1apellido, 2apellido JUAN NHC: 703563XX**

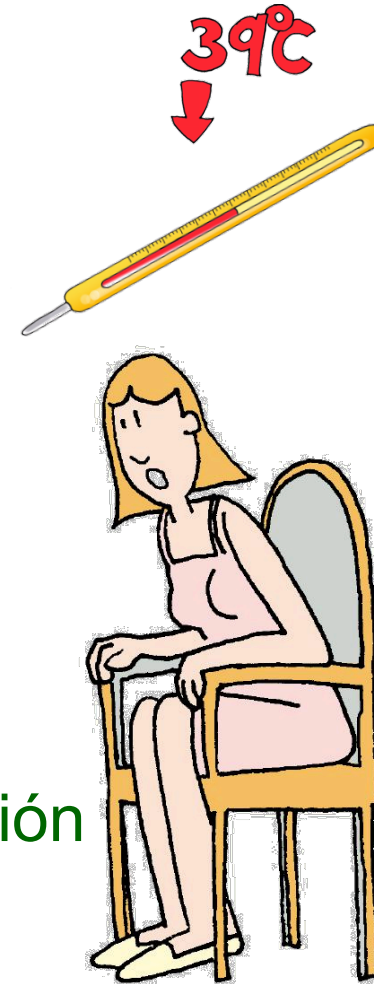
Informe de enfermería: Tipo de seguimiento domiciliario: Se recomienda seguimiento por equipo de ATDOM dada la fragilidad del paciente. Se envían informes el día.....



# SIGNOS DE ALARMA



- Aumento del ahogo
- Fiebre
- Cambios en el esputo  
cantidad y color
- Dolor de cabeza matutino
- Somnolencia
- Aparición de edemas
- Mayor necesidad de la medicación  
broncodilatadora
- Peor tolerancia a la actividad habitual



# TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO



**Fisioterapia respiratoria**



**Ejercicio físico**



**Dieta equilibrada**



**Limpieza de secreciones**

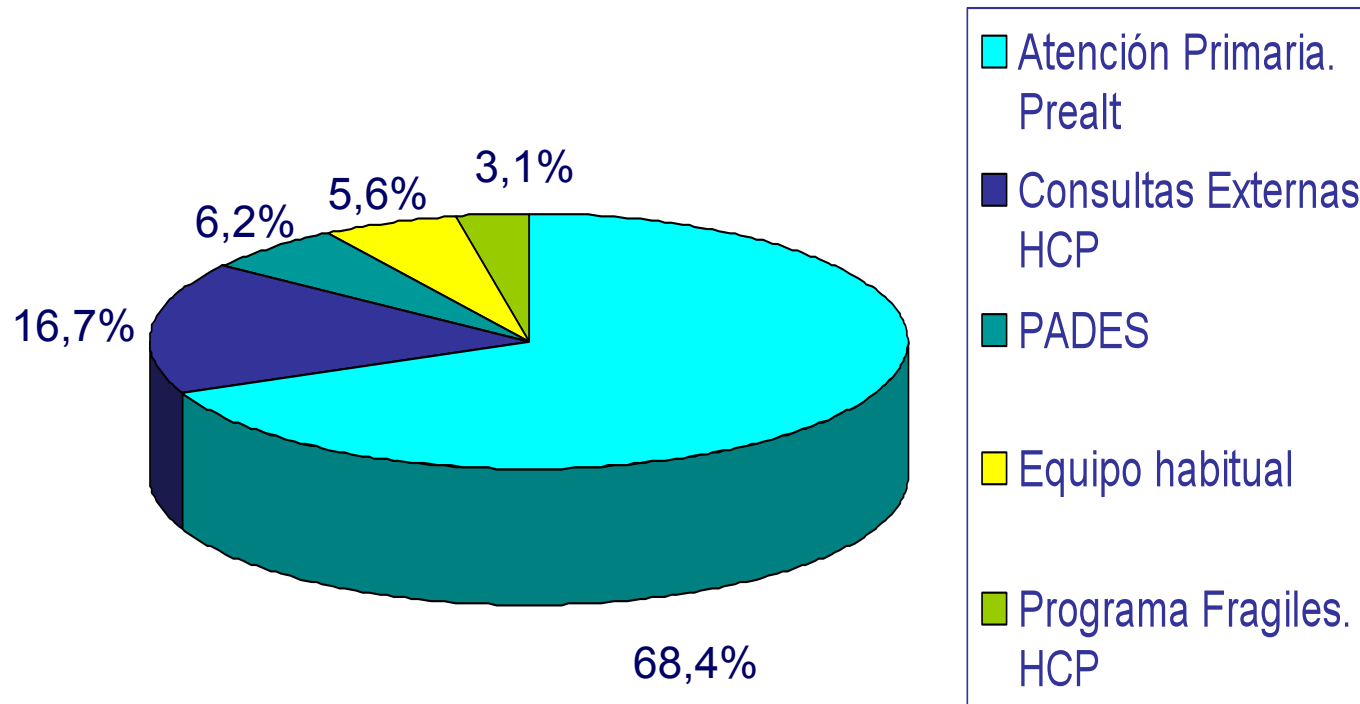


**Vida activa**



# RESULTADOS 2008. CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Ubicación al alta, sin distinción de patologías.



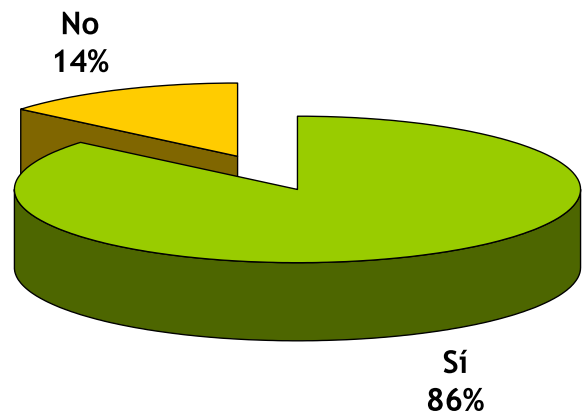
444 altas han generado 569 derivaciones.

3% (15 pacientes) reingreso durante HDOM

10% (44 pacientes) reingreso a los 30 días del alta de HDOM



## Entrevista al paciente ¿Participaría nuevamente en el programa?



## Entrevista al familiar ¿Le gustaría que su familiar volviera a ser incluido en el programa de hospitalización a domicilio?

