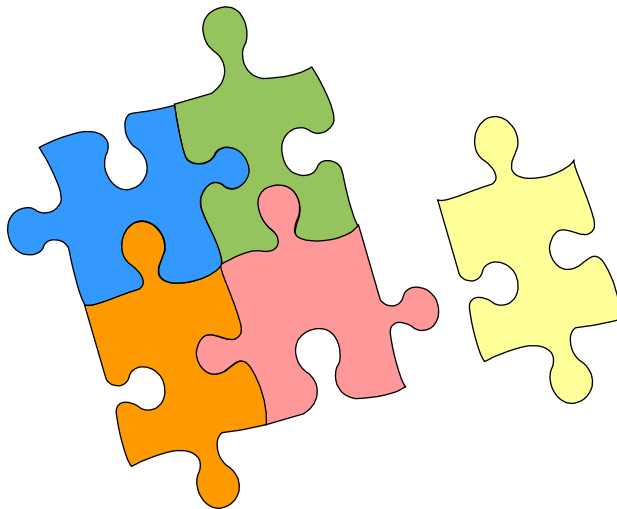


# Complexitat i Cronicitat: Model d'atenció integrada de l'Alt Penedès

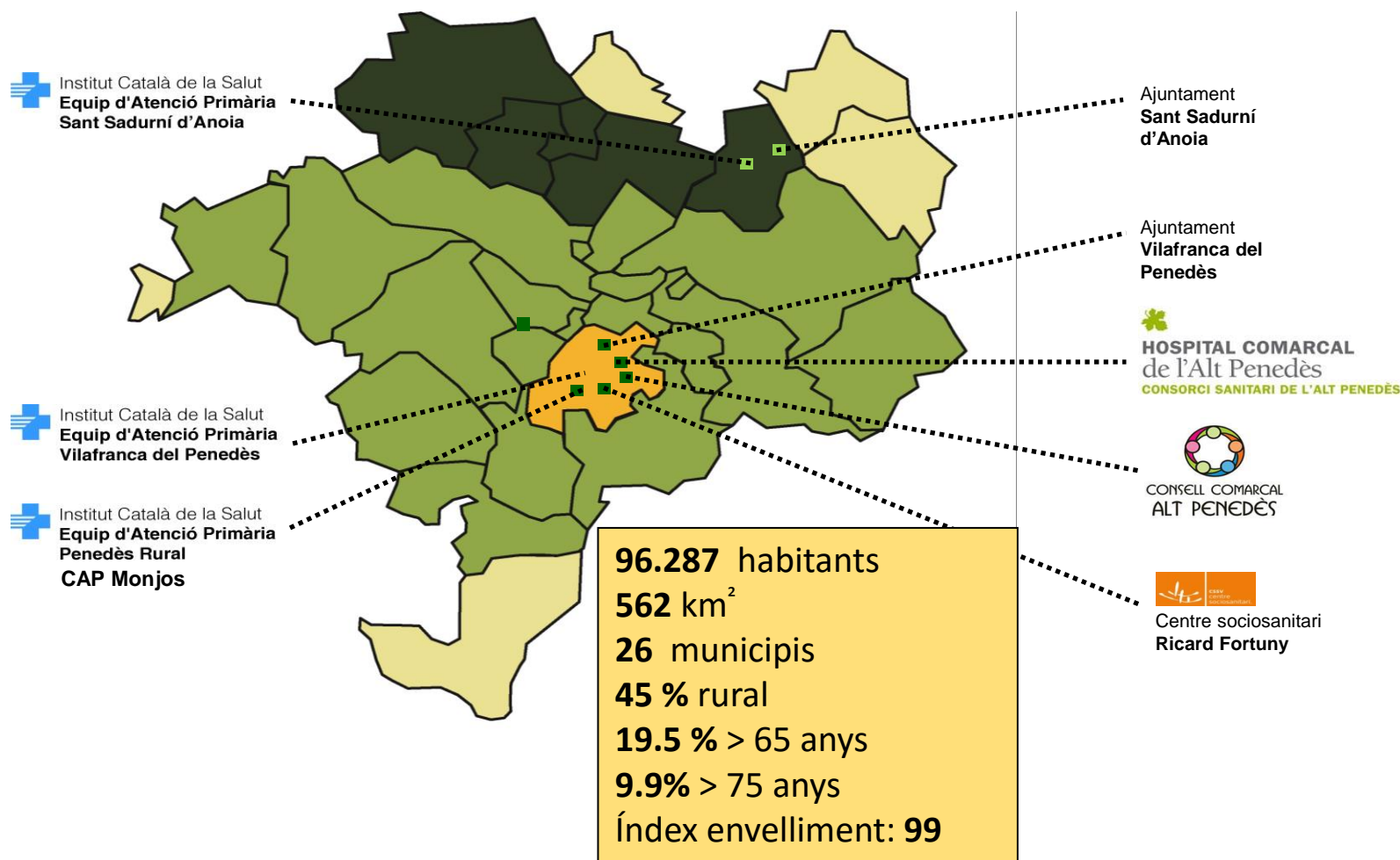


**Dr. José Carlos Molina Hinojosa**

Cap Servei M. Interna Hospital Comarcal Alt Penedès.

Co-Coordinador del Programa de Pacient Complex Crònic de l'Alt Penedès

## Territori, Població i Proveïdors a l'Alt Penedès



## Pacient Crònic Complex (PCC): Perfil evolutiu

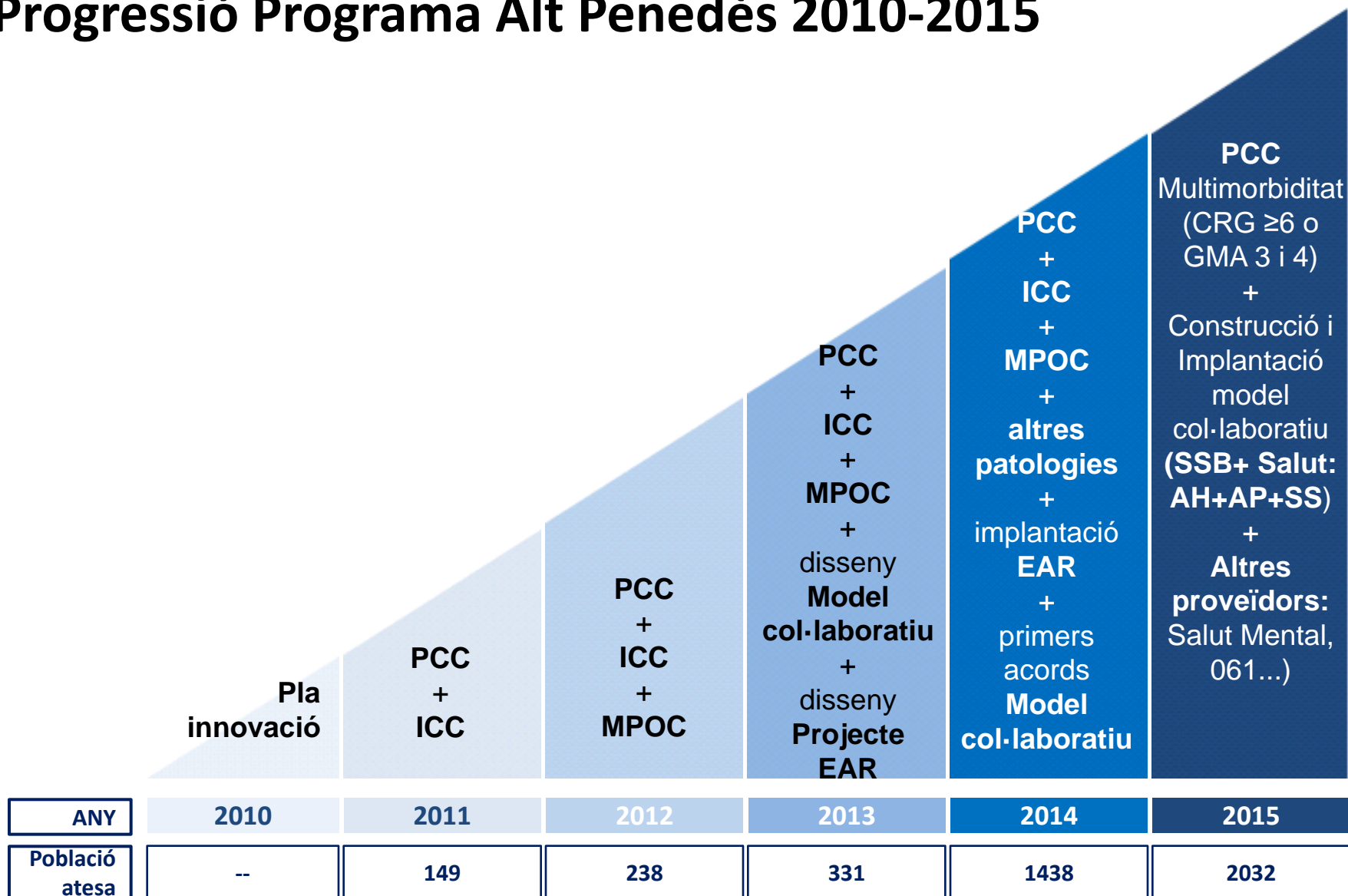
- Malalties cròniques amb aguditzacions més-menys freqüents dins de l'evolució natural; presència de molta simptomatologia i mal control d'aquesta.
- Al mateix temps i degut a la progressió de les malalties, arriben a situacions de deteriorament avançat, amb un pronòstic de vida limitat (situació de Malaltia Crònica avançada-MACA)
- La situació és dinàmica, requereix seguiment i vigilància en el temps, cal adaptar la intensitat de l'atenció a cada moment.
  - En el cas de MACA, major intensitat de necessitats, de tota mena (incloses dimensions emocionals, socials i espirituals).
- Pot anar acompanyat d'una fragilitat de base, com a risc de pèrdua funcional o pre discapacitat i/o d'un model de fragilitat amb cúmul de dèficit.
- Alta probabilitat que es produeixi una davallada brusca funcional o cognitiva.
- Es poden afegir síndromes geriàtriques de nova aparició.
- Situacions psicosocials adverses que generen i/o afegeixen risc.

## PCC: Requeriments assistencials

- Elevada utilització de serveis d'hospitalització urgent i de visites a urgències durant un mateix any.
- Utilització d'un elevat consum de recursos i fàrmacs, no sempre indicats i amb freqüents efectes secundaris i risc d'interaccions.
- Normalment l'atenció d'aquests pacients requereix la participació de més d'un professional, i per tant és necessari compartir i integrar els diferents punts de vista en la presa de decisions.
- Es beneficia d'una atenció proactiva per controlar i evitar reaguditzacions i descompensacions.
- Sovint son necessàries vies preferents d'atenció, d'intensitat modulable amb capacitat de resposta en situacions de crisi. Necessitat d'activar i gestionar l'accés a diferents dispositius i recursos que s'adaptin a les necessitats d'atenció (especialment en el cas de pacient MACA).



## Progressió Programa Alt Penedès 2010-2015



## Objectius operacionals del programa de complexitat

- **Organitzar l'atenció per part dels professionals** en base a un model d'atenció compartida, flexible, integrada i proactiva .
- **Adequar la prestació de serveis** (rols, responsabilitats i dispositius):
  - **Definir circuits fàcilment adaptables** als diferents perfils i necessitats dels pacients.
  - **Establir professionals referents a cada àmbit assistencial.**
  - **Dispositius de suport: UPCA, gestió de casos, EAR, SEC.UDAP**
  - **Formació contínua per als professionals.**
- **Compartir informació clínica.**
- **Implicar al pacient i a la família.**
- **Seguiment** del desenvolupament de la “Ruta assistencial d'atenció a la cronicitat” i del programa per part del grup de treball.
- **Avaluació** amb indicadors que permetin analitzar-ne l'impacte i plantejar àrees de millora.

## Objectius de salut del Programa

- Donar una resposta ajustada i coherent a les necessitats del pacient en l'entorn més adequat i respectant les seves decisions.
- Mantenir la situació funcional dels pacients i la seva qualitat de vida.
- Adequar la utilització dels ingressos hospitalaris.
- Adequar la utilització de les visites d'atenció urgent.
- Millorar les transicions, si es produeixen.
- Millorar l'àmbit de competències dels professionals en el maneig d'aquests pacients.
- Millorar la satisfacció percebuda del pacient i la seva família.

## Disseny i implementació - Lideratges

- Grup de Treball **multidisciplinar** integrat per representants de cadascuna de les àrees assistencials i dispositius que intervenen en l'abordatge del PCC.
- Professionals amb **reconeixement clínic** dins de cadascun dels entorns. Oberts i col·laboratius, bons coneixedors del seu àmbit de treball, crítics i disposats a compartir.
- **Compromís** de lideratge i participació en els respectius entorns de treball. Són referents dins de cada nivell, amb capacitat per generar estratègies necessàries i diferents en cadascun dels àmbits de treball.
- El **lideratge clínic** de base és necessari per:
  - Fer una bona **adaptació** a la **realitat assistencial** .
  - Afavorir l'**adhesió** de la resta de professionals que es veuen representats.
  - Gestió de protagonismes i actituds competitives.



## Disseny i implementació - Treball dels lideratges

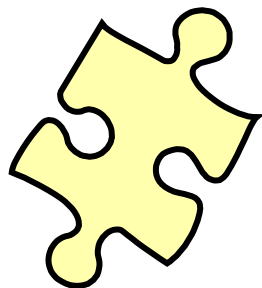
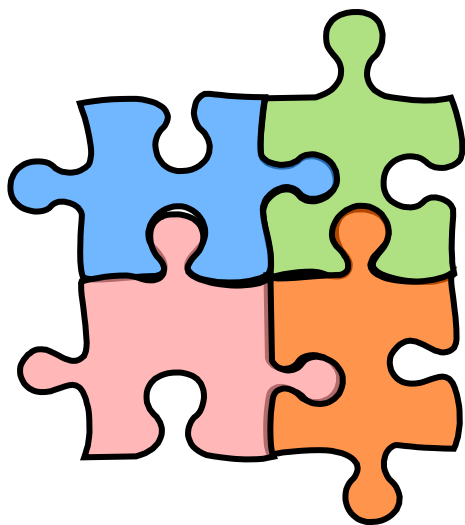
### Local

- Coordinadors del programa vetllen per la cohesió entre els àmbits:
  - Estimulant l'actitud crítica dels components: *“tothom pot aprendre de tothom”*.
  - Preservant el respecte: *“tothom té el seu paper i és important”*.
  - Establir amb claredat els objectius i dimensionar el treball del grup pel l'assoliment d'aquells.

### Autoritats-Institucional

- El projecte tindrà més opcions **d'èxit**, si se sent **recolzat** per l'**autoritat sanitària**.
- És necessari un compromís real, que es **materialitzi en accions facilitadores** en la cerca de solucions, compromís amb els canvis proposats...
- Entorn de **confiança** que permeti plantejar demandes , superar barreres

## Proveïdors i recursos



### Atenció Primària - ICS

3 EAP  
UAC  
UGC (INF+TS)  
EAR  
SEC

### Atenció Hospitalària - CSAP

Hospitalització / Urgències  
UPCA  
UFISS  
CCEE

### Atenció Sociosanitària - CSSV

PADES-Unitat pal·liatiu  
Convalescència  
UDAP

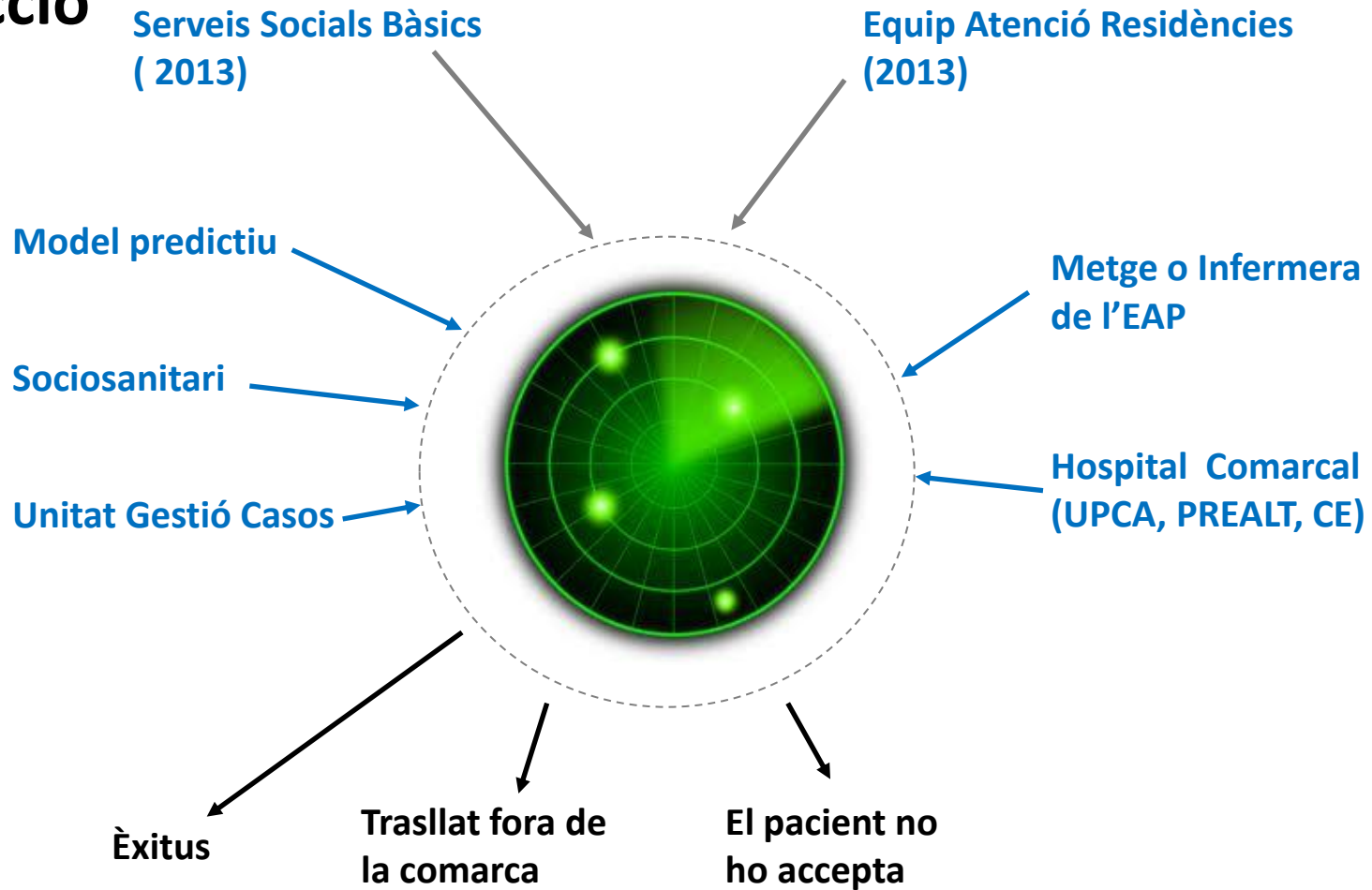
### Serveis Socials

AB de SS del CC Alt Penedès  
AB de SS de Vilafranca

### Altres proveïdors:

- 061
- Terciarisme
- CSM, CSMIJ, CAS...

# Detecció



## Disseny i implementació - **PCC a la pràctica**

- En aquesta identificació són útils i complementaris els models d'estratificació de pacients i predicció de riscos, que aporten llistats de pacients amb alta probabilitat de complexitat.
- Un pacient crònic és complex quan el professional que l'atén de forma habitual considera que ho és. Els PCC i MACA s'identifiquen mitjançant criteri clínic dels professionals.



## Disseny i implementació - Escenaris i circuits

- Estabilitat clínica
- Dificultat de control
- Reagudització
- Ingrés hospitalari
- Final de vida



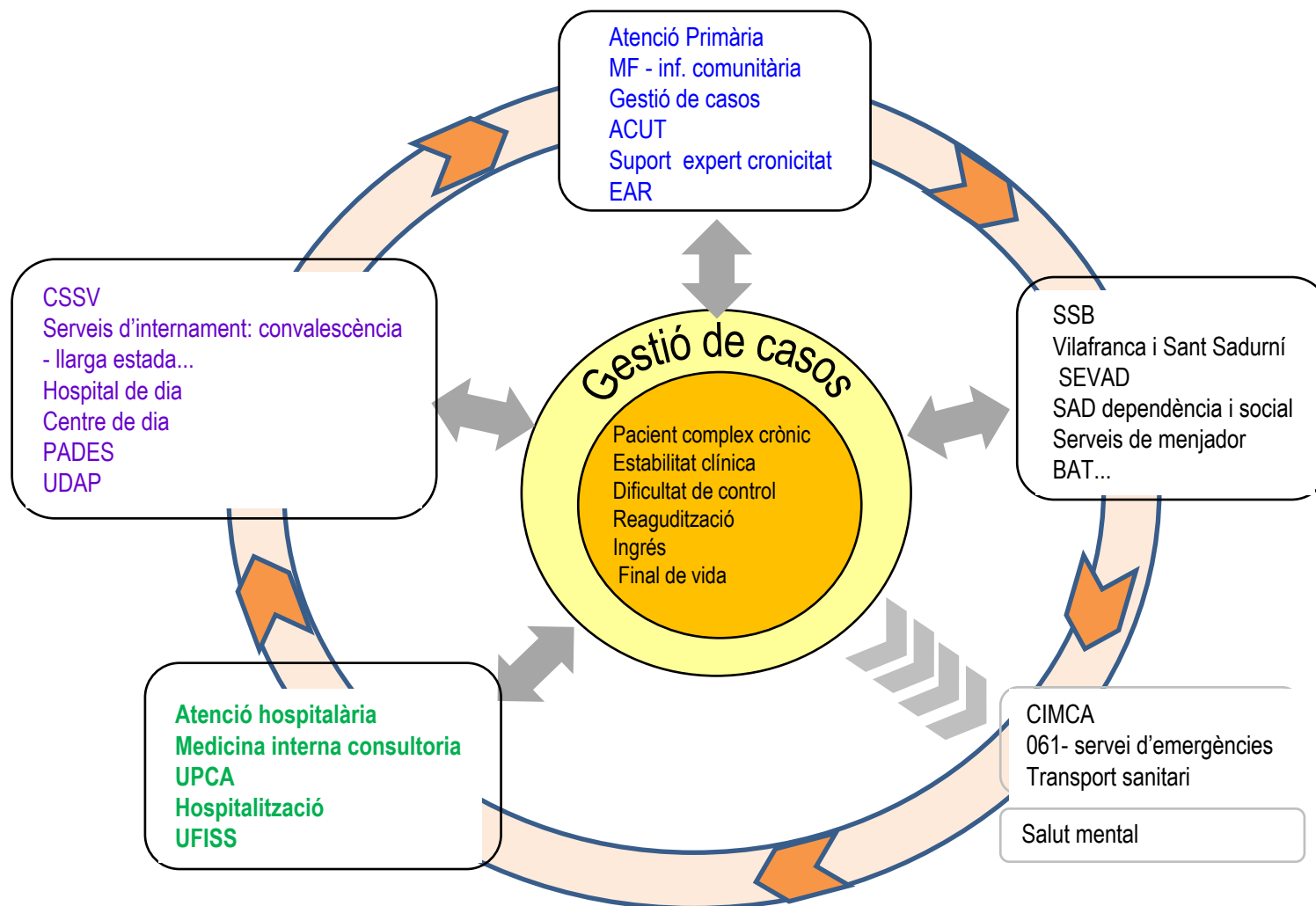
### **I així definir :**

- Competències i funcions: qui fa què, i on.
- Responsables de l'atenció
- Recurs adient.
- Temps de resposta.
- Continuitat assistencial: Gestió de Casos, Preatl, Conciliació.
- Responsables del programa en cada àmbit

En tot moment i independentment de l'escenari, caldrà tenir present:


- Prevenió de reaguditzacions.
  - Detecció de signes d'alarma.
  - Identificació de situacions desencadenants de desestabilitzacions.
- Informació de situació de malaltia.
- Recordar circuits i oferir seguiment.
- Revisió i conciliació del pla farmacològic.
- Establir un pla de cures d'infermeria
- Fomentar la presa de decisions anticipades del pacient i família (PDA).
- Realitzar el Pla d'Intervenció Individualitzat i Compartit (PIIC).

## Disseny i implementació - Resum circuits



## PCC - Identificació pacient a l'ECAP i al X-ClínicPortal



Nom complet  CIP validat  Edat 75 anys  Pacient Crònic Complex - PCC

Afiliació  Nou  Informes  Proves  Diagnòstics  Vacunes  Farmàcia  Cronològic  Especialitzada  Curs clínic  Registres  Programada

Especialitzada  Primària  Salut Mental  SocioSanitari

Data	Hora	Curs	Especialitat	Nom Professional	Centre	Data Red...
09/09/2014	13:57	Infermeria	Infermeria primària	<input type="text"/>	UNITAT ATENCIO CRONICITAT PENEDES	09/09/2014
<p><b>Diagnòstic:</b> I50 - INSUFICIÈNCIA CARDÍACA; PERSONES EN CONTACTE AMB ELS SERVEIS DE SALUT EN ALTRES CIR                      visitat ahir a UCPA: Durant la seva estada a UCPA s'administra furosemida parenteral intensiva (6 ampolles) amb bona resposta diurètica.                      Donada l'estabilitat de funció renal, decidim incrementar pauta diurètica prèvia, i citem a control UCPA en 2.5 setmanes, a més de seguiment per MAP dins del programa PCC                      PLA/                      -Furosemida 40 mgs 2-1-0                      - Espironolactona 25 mgs 2-0-0                      - Resta de tractament sense canvis.                      seguiment telefonic: parlo amb el pacient, ha orinat molt les ultimes hores, assegura que es pren bé el tracamet diuretic a les dosis pautades ahir.                      Informo al seu metge i dono cita per seguiment al centre</p>						
09/09/2014	14:07	Infermeria	Infermeria primària	<input type="text"/>	UNITAT ATENCIO CRONICITAT PENEDES	09/09/2014
<p><b>Diagnòstic:</b> I50 - INSUFICIÈNCIA CARDÍACA; PERSONES EN CONTACTE AMB ELS SERVEIS DE SALUT EN ALTRES CIR  <b>Activitats:</b> Valors de variables de data 09/09/2014: PA: 120/80; SpO2 (pulsioximetria): 95; Pes: 88,5; Freqüència Cardíaca: 77;</p>						
09/09/2014	12:48	Mèdic		<input type="text"/>	Hospital Vilafranca	09/09/2014
<p><b>VISITA UCPA</b></p> <p>Contacte telefònic dins de programa PCC per part d'Infermera Gestora casos en dies previs, per increment progressiu del pes (8 kgs en total) en els darrers (1.5-2 mesos), i en la darrera setmana dispnea d'esforç i increment perímetre EEI i abdominal.                      Revisant tractament, sembla que en les darreres setmanes la pauta diurètica no era correcta, no sabem si prenia Furosemida. El pacient no ho</p>						



## Avaluació: Descripció població

Avaluacions realitzades:

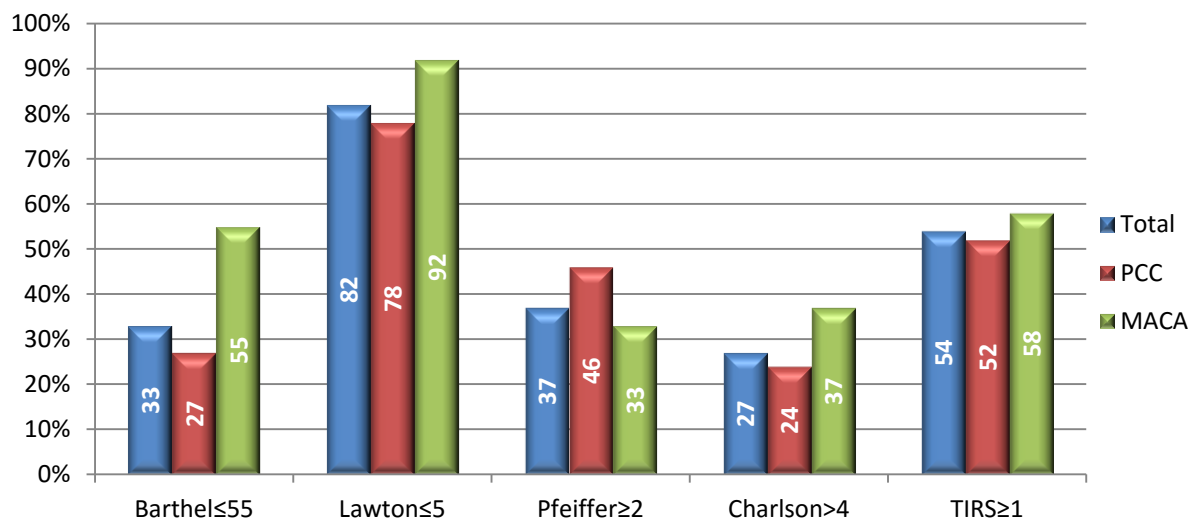
- 4 mesos, 16 mesos, 28 mesos (anàlisi abans/després)
- 2014: anàlisi descriptiva anual

Descripció característiques pacients	2013	2014
Mitjana edat	81,2 anys (de 7,75)	79,9 anys (de 7,75)
Comorbiditats	CRG 6 i CRG 7: 90,8%	CRG 6 i CRG 7: 82% CRG 8 i 9: 15 %
Índex de Charlson >4	27,4% pacients (n=267)	27% pacients (n=1228)
Risc social Tirs > 1	56% (n=102)	54% (n=1185)
Barthel: D. moderada, greu i total	35% (n=185)	33% (n=1261)
NYHA( III i IV)	52% (n=142)	48% (n=485)
BRMC (3, 4)	56% (n=34)	48% (n=293)

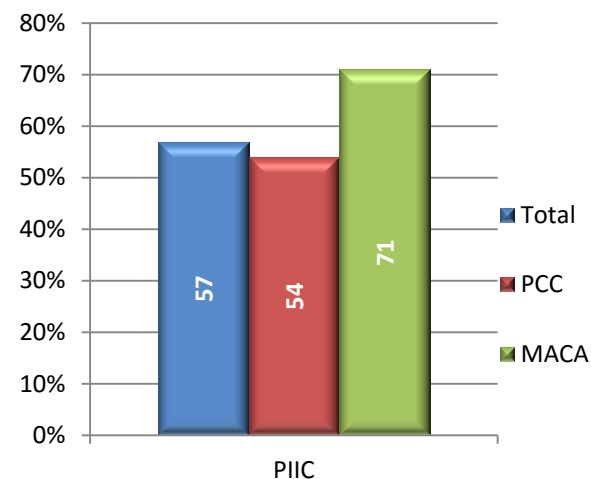
## Avaluació i Resultats 2014

- Anàlisi observacional-descriptiu (gener-desembre 2014)
  - S'analitzen 1.423 pacients inclosos en el PPCCAP.
  - La mitjana d'edat és de 79 anys (DE 12.3).
  - Situació evolutiva: 75% situació PCC, 25% Malaltia Crònica Avançada (MACA)
  - Mortalitat global és del 15,9%; En PCC 5,9% i el 45,4% en pacients MACA .
- Lloc defunció: 52% en domicili o residència; 15% a l'hospital, 30% a Sociosanitari.

**Avaluació 2014: situació funcional, cognitiva i social**

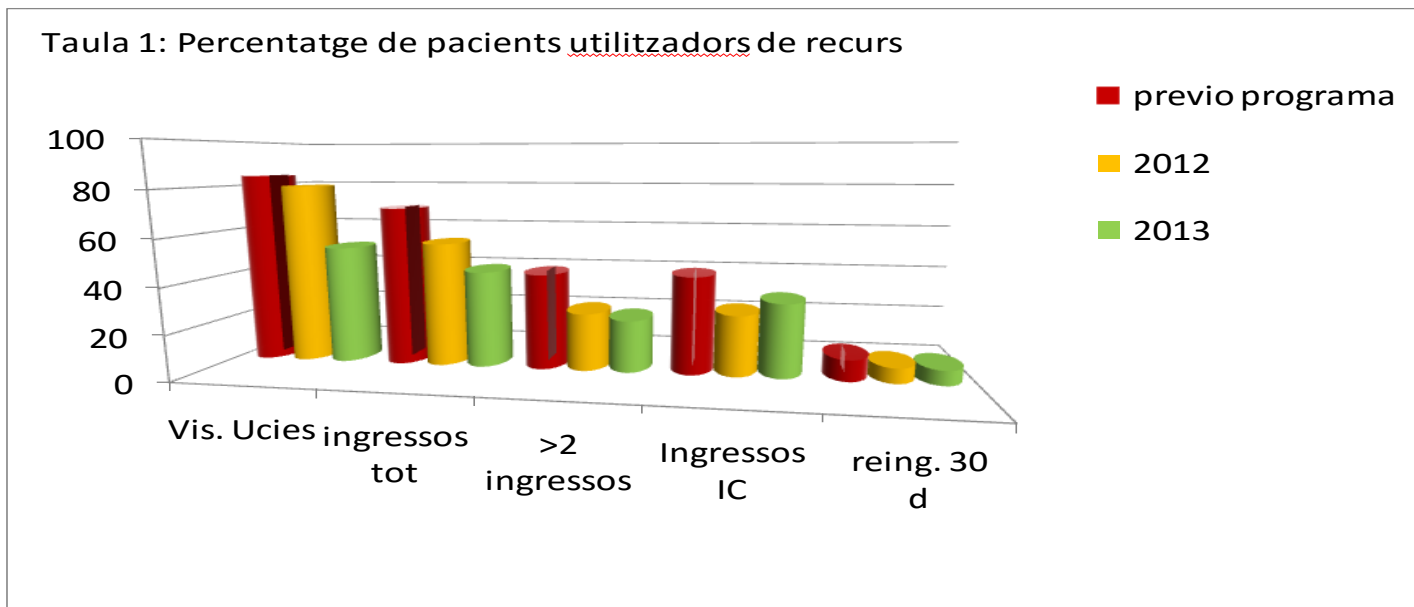


**Avaluació: PIIC**



## Avaluació 2013:

### Consum recursos hospitalaris: 2013 (28 mesos)



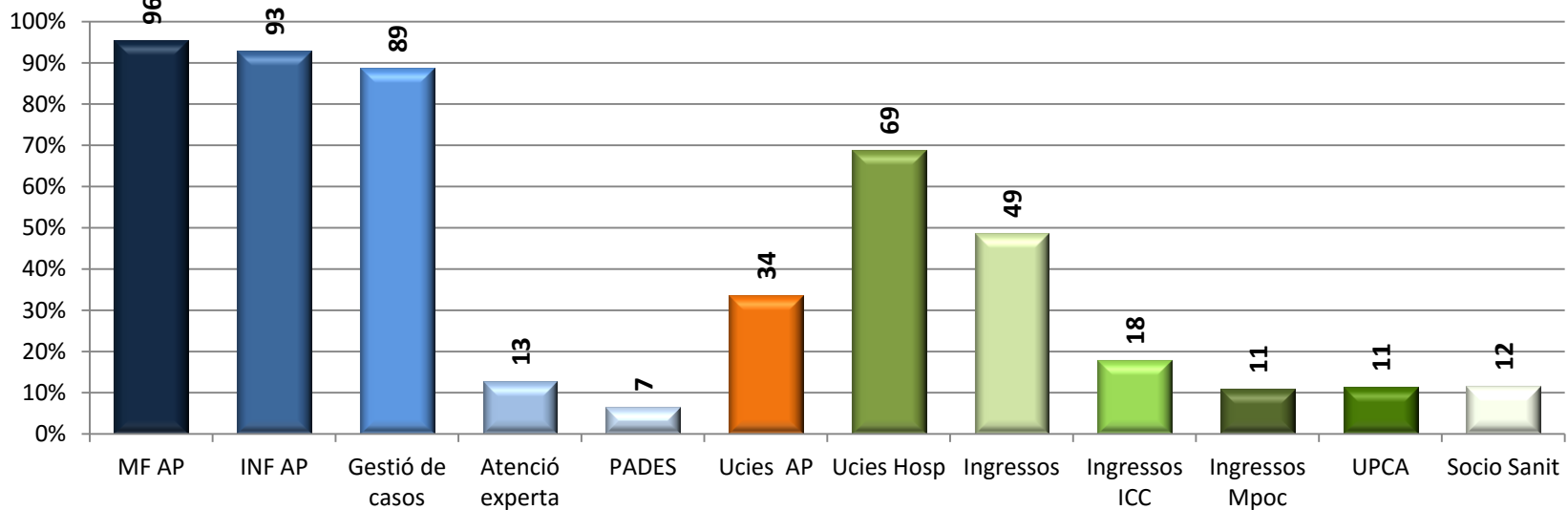
### Algunes tendències:

MAT d'utilització de UCIES nivells 2,3 73% vs 87%

Tendeixen a la baixa la mitjana de visites a UCIES (3,92 vs 1,9)

Tendència a la baixa mitjana d'ingressos (2,37 vs 0,84)

Percentatge de pacients utilitzadors dels diferents recursos



## • Atenció Hospitalària

Patologies cardíaques y respiratòries son les responsables de la majoria de:

- Visites a Urgències (14% y 16% respectivament)
- Ingressos hospitalaris (24% y 15 % respectivament).

Atenció urgent: estratificació Model Andorra de Triatge (MAT):

- 68% son nivell 3, 20% son nivell 2.

## Resolució UPCA (hospital de dia):

- Menys del 20% (16,9%-11,4%) d'aquests pacients han tingut una o més visites a l'UPCA.
- El 98% dels pacients retornen a domicili.



**Activitat en AP:** Increment de visites d'aquests pacients en AP.

- Metges Família i infermeres visiten a més del 95% d'aquests pacients.
- Nombre i mitjana de visites és molt similar entre metges i infermeres.
- Les infermeres fan 3 vegades més visita domiciliària (26% vs 10%). 53% de pacients tenen una visita domiciliària. MF més al centre i telefònica
- Infermeres Gestores visiten un percentatge alt d'aquests pacients (89%).

**Activitat en Sociosanitari:**

- Ha disminuït la utilització de Sociosanitari: Un 12% (18% en avaluacions anteriors) d'aquests pacients han tingut un o més ingressos a sociosanitari.
- Es manté tendència en la procedència de derivacions: aprox. 50% d'AH i 30% d'AP.

**Farmàcia:** La mitjana de fàrmacs inicial era de 12,34 (DE 3,9), 11,74 (DE 4,22) 2013 (p: 0.027). 10 al 2014 (DE 4,1).

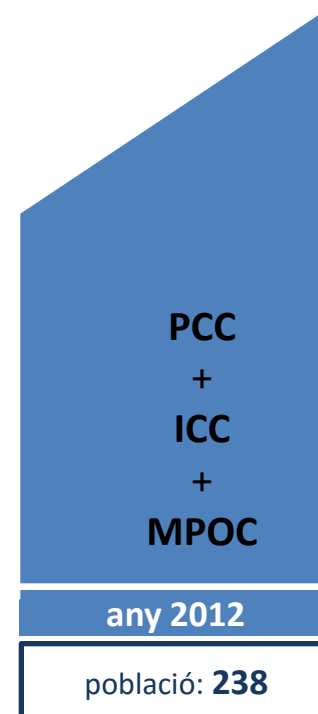
**Mortalitat:** El risc de morir dels pacients MACA als 12 mesos és del 53,3%.

**Serveis Socials:** El 58% son visitats per serveis socials. Un 35% fan ús d'algun recurs social.

## Avaluació econòmica

- L'avaluació cost-efectivitat es va dur a terme des de la perspectiva del sistema sanitari.
- Es van utilitzar les dades dels primers 16 mesos (149 pacients).

Recurso	Antes Programa PCC (€)	Después Programa PCC (€)	Diferencia (después vs. antes) (€)
<b>Atención hospitalaria</b>			
Ingreso	369.306,1	252.591,4	-116.714,7
Atención urgente	33.967,3	30.459,4	-3.507,9
UPCA	-	41.250,8	41.250,8
<b>Subtotal</b>	<b>403.273,4</b>	<b>324.301,6</b>	<b>-78.971,8</b>
<b>Atención primaria</b>			
Visita médica (centro/domicilio)	74.800,0 / 10.725,0	71.400,0 / 16.055,0	3.400,0 / 5.330,0
Visita enfermería (centro/domicilio)	53.536,0 / 34.200,0	53.116,0 / 43.830,0	-420,0 / 9.630,0
Visita ACUT (centro/domicilio)	8.220,0 / 285,0	7.500,0 / 0	-720,0 / -285,0
Visita PADES (domicilio)	2.255,0	8.140,0	5.885,0
<b>Subtotal</b>	<b>184.021,0</b>	<b>241.171,0</b>	<b>57.150</b>
<b>Total</b>	<b>587.294,4</b>	<b>565.472,6</b>	<b>-21.821,8</b>



## **Aprenentatges**

- *A l'abordatge de la cronicitat tothom es protagonista; ha d'estar basat en la interdisciplinarietat i en la col·laboració entre àmbits, amb pactes entre iguals.*
- *Les TIC són una eina essencial per compartir informació necessària pel maneig sanitari i social dels PCC. Faciliten a més l'avaluació continua de les experiències engegades i així identificar àrees de millora.*
- *És necessari temps i formació dels professionals en aquestes noves maneres d'atendre els pacients, per avançar i tenir més experiència en el seu maneig i gestió.*
- *Cal una aposta clara i aliances institucionals per aconseguir un profund canvi social. El canvi de model assistencial plantejat va més enllà dels àmbits professionals. S'ha d'acompanyar de canvis socials (PDA, responsabilitat sobre la pròpia salut, voluntats individuals i comunitàries...). Sense això, avançar serà difícil.*



