

Programa d'atenció integral i gestió de cas per al pacient crònic complex i el pacient amb malaltia crònica avançada

Montserrat Figuerola¹, Mar Isnard¹, Anna Ríos¹, Yolanda Ordorica¹, Agustín Urrutia², José A. de la Fuente¹

¹Direcció d'Atenció Primària Metropolitana Nord. Institut Català de la Salut. ²Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

Resum

La Direcció d'Atenció Primària Metropolitana ha implementat un programa d'atenció a la cronicitat incloent-hi infermeres gestores de casos (GC). S'ha observat una disminució del nombre d'ingressos i de visites a urgències en els malats inclosos en gestió de casos, encara que no es pot establir una relació directa.

Introducció

Les condicions de salut relacionades amb la cronicitat són les que tenen una expectativa de creixement i un impacte més elevats en els indicadors de salut i en la sostenibilitat del sistema de benestar. L'Organització Mundial de la Salut preveu que les malalties cròniques seran la principal causa de discapacitat el 2020, i el 2030 es doblarà la seva incidència en persones de més de 65 anys.

El Departament de Salut de Catalunya ha elaborat el Programa de prevenció i atenció a la cronicitat, marcant objectius en el Pla de salut 2011-15, amb resultats esperats en la salut de les persones, en l'ús dels recursos i en l'ordenació dels serveis d'atenció, adaptant-los millor a les necessitats i riscos, en funció de l'evolució de les pròpies malalties, la presència de pluripatologia o altres factors que afecten el maneig del pacient o el seu pronòstic.

En el territori de la Direcció d'Atenció Primària Metropolitana Nord (MN), es parteix d'un alt nivell d'ingressos i reingressos hospitalaris en pacients amb patologies cròniques, especialment insuficiència cardíaca (IC) i malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), amb un nombre superior d'hospitalitzacions evitables que en altres territoris de Catalunya. En el marc del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat del Departament de Salut, dissenyem una acció multinivell i amb visió integral centrada en els pacients amb multimorbiditat, ingressadors i amb criteris de fragilitat,

que classifiquem com a pacient crònic complex (PCC) o malaltia crònica avançada (MACA).

El programa d'atenció als pacients PCC i MACA en el territori MN es planteja la gestió de cas comunitària per a aquells pacients amb elevada intensitat d'intervencions, a partir d'uns criteris homogenis de multimorbiditat, gravetat i discapacitat identificats com a PCC o MACA. Els objectius del programa són:

1) Garantir l'atenció integral als pacients, ben coordinada entre nivells assistencials, introduint el model d'atenció comunitària de qualitat, basada en l'*Advance Care Planning*.

2) Millorar la qualitat de l'assistència a aquests malalts.

3) Disminuir el nombre d'ingressos i reingressos hospitalaris.

Al llarg de l'any 2012, es va elaborar el programa d'atenció a la cronicitat MN. Al darrer trimestre es van triar les gestores de cas del territori, a partir d'un concurs públic amb valoració de: perfil d'infermera de pràctica clínica avançada, habilitats comunicatives i lideratge clínic.

Els objectius del programa per a l'any 2013 van ser:

– Disponibilitat del programa d'atenció elaborat i comunicat als equips d'atenció primària (EAP).

– Lideratge de les gestores de cas.

– Tenir establerts els pactes entre proveïdors per a la identificació de pacients candidats al model d'atenció.

– Garantir la continuïtat assistencial 7 x 24.

– Creació de la Comissió d'experts Atenció Primària / Atenció Especialitzada, depenent de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (HUGTP).

– Introducció del Pla d'intervenció individualitzat compartit (PIIC).

L'any 2014 ens plantegem millorar el desplegament i apoderament del programa en els EAP, reforçar la cultura d'equip multinivell per a l'atenció al final de la vida i introduir la GC en pacients d'alt risc d'ingrés, abans d'estar en situació molt avançada.

El programa d'atenció a PCC i MACA està relacionat amb les rutes assistencials de gestió de patologies i la seva aplicació pràctica en els EAP, a través dels plans de cures propis d'aquests pacients. Així mateix, està relacionat amb el programa d'intervenció a les residències geriàtriques del territori.

Correspondència: Montserrat Figuerola Batista
Plaça de la Medicina, s/n
08916 Badalona
Mòbil 600 403 670
Fax: 933 842 484
Adreça electrònica: mfiguerola@gencat.cat

Resultats

En tot el territori de l'àrea MN, a finals de 2013, tenim identificats 5.362 PCC i 801 MACA, la qual cosa representa un 0,68% dels pacients atesos. D'aquests, el 27% (1.697) estan en GC.

Dels malalts de la mostra corresponents a l'àrea d'influència de l'HUGTP (n = 868), hem realitzat un estudi retrospectiu dels ingressos i visites a urgències dels malalts identificats com a PCC o MACA a 31 de desembre de 2013. Hem comparat les dades dels anys 2012 i 2013.

Els ingressos en els malalts PCC s'incrementen un 7,14% l'any 2013 *versus* l'any 2012, mentre que els ingressos dels malalts en GC disminueixen un 13,45% (veure Figura 1). Les visites a urgències dels malalts PCC augmenten un 10,39% mentre les dels malalts en GC disminueixen un 0,78% (veure Figura 2).

Reflexions

Les dades apunten a uns bons resultats de la GC però calen anàlisis més profundes i a més llarg termini per confirmar-ho. Diverses raons poden influir en els resultats: només disposem de dades de l'HUGTP; poc temps en GC; altres millores organitzatives (hospital de dia, hospitalització domiciliària...). D'altra banda, un factor de confusió podria ser el temps que el malalt porta en el programa de GC, ja que es van incloure tots els malalts marcats a data 31 de desembre de 2013 sense tenir en compte el temps en el programa.

Els ingressos i visites a urgències augmenten molt en els malalts MACA, segurament això és indicatiu de l'estat molt evolucionat de les seves malalties, però també ens indica que tenim molt camp per millorar en l'atenció al final de la vida.

Un impacte molt positiu en l'àmbit de l'atenció primària i comunitària és disposar de professionals amb alta qualificació clínica, amb competències per a l'abordatge dels pacients d'alta complexitat en la seva atenció domiciliària i amb capacitat de coordinar-se i mobilitzar recursos sanitaris i socials de diversos nivells.

Tots els professionals implicats valoren molt positivament l'experiència de la Unitat d'Expertesa com un espai multidisciplinari per consensuar estratègies i coordinació entre nivells.

Considerem que es tracta d'una experiència innovadora per:

1) Una gestió de cas centrada en la pràctica clínica, a més de la funció d'enllaç entre professionals i nivells assistencials.

2) Un sistema compartit d'identificació dels pacients i valoració conjunta en les Unitats d'Expertesa Clínica i Social.

3) Consecució de disminució d'ingressos, reingressos, visites a urgències i consultes externes, en el primer any d'implantació.

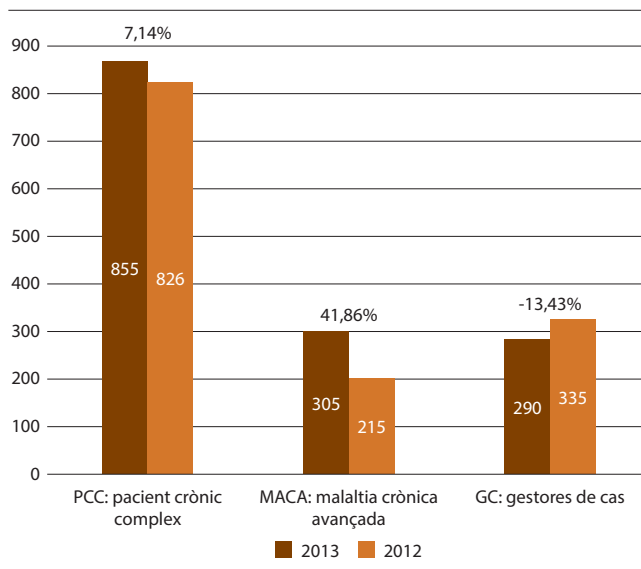


FIGURA 1. Nombre d'ingressos hospitalaris per diferent tipologia de malalts. En els requadres figura la diferència entre el 2012 i el 2013

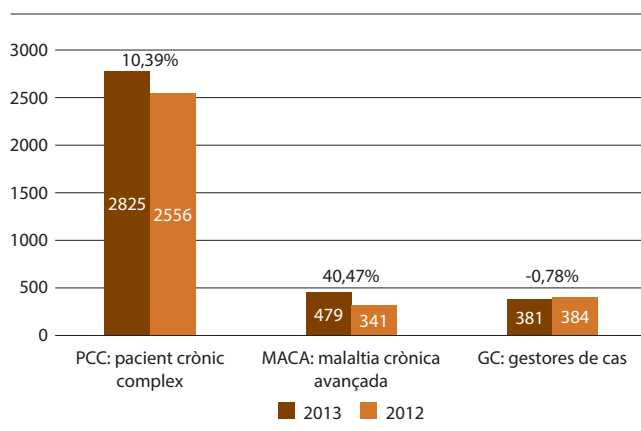


FIGURA 2. Nombre de visites a urgències per diferent tipologia de malalts. En els requadres figura la diferència entre el 2012 i el 2013

4) Haver afavorit estratègies addicionals com: la participació de la primària en les comissions d'avaluació de reingressos, la potenciació del programa pre-Alt i Enllaç, l'haver creat dispositius de suport als pacients i professionals com l'Oficina d'Enllaç, la simplificació de l'accés a hospitals de dia, col·laboració dels equips PADES, etc.

Conclusions

La implementació d'un programa de gestió de casos sembla disminuir els ingressos i les visites a urgències, encara que cal realitzar estudis metodològicament ben dissenyats per confirmar aquesta tendència.