

Un any després, on som? Programa de pacient crònic complex de l'Alt Penedès

José Carlos Molina¹, Pilar Piñeiro², Mireia Roca¹, Sara Freixedas², Lourdes Martínez Fillola³, M. Jesús García Jordán²

¹Servei Medicina Interna. Hospital Comarcal Alt Penedès. Vilafranca del Penedès; ²Servei Atenció Primària Alt Penedès-Garraf-Llobregat Nord. Institut Català de la Salut. Vilanova i la Geltrú; ³Consorci Sociosanitari Ricard Fortuny. Vilafranca del Penedès.

En els darrers anys, a Catalunya i als països del nostre entorn s'han iniciat solucions innovadores en el procés d'atenció dels pacients crònics en situació de complexitat¹.

En la majoria de les iniciatives, els programes de gestió de l'atenció es consideren un enfocament prometedori per millorar la qualitat de l'atenció i per reduir els costos². Aquests programes tenen com objectiu ajudar els pacients i aquells que els donen suport en el maneig dels seus problemes de salut i estan dissenyats a partir d'una planificació coordinada de l'assistència i d'un seguiment individualitzat. És en aquest entorn que sorgeix el Programa de pacient crònic complex de l'Alt Penedès (PPCCAP).

Introducció

Des de l'any 2011, al territori de l'Alt Penedès s'està desenvolupant un programa adreçat als pacients crònics complexos (PCC) amb l'objectiu de millorar, de forma proactiva, els serveis sanitaris que es presten. Aquests pacients, per la seves característiques, utilitzen molts recursos sanitaris i es poden beneficiar d'estratègies d'atenció col·laboratives^{3,4}.

En aquest programa participen tots els equips d'atenció primària de l'Alt Penedès: Penedès Rural, Vilafranca i Sant Sadurní (SAP Penedès-Garraf-Llobregat Nord, Institut Català de la Salut), l'Hospital Comarcal de l'Alt Penedès (Consorci Sanitari Alt Penedès) i el Centre Sociosanitari Ricard Fortuny (Consorci Sociosanitari Vilafranca). Inicialment (maig 2011), el programa es va orientar a l'atenció de PCC amb insuficiència cardíaca (IC), i des de l'octubre de 2012 també s'han inclòs els pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC).

El programa vol oferir una atenció sanitària integrada als PCC i al seu entorn comunitari per promoure la màxima autonomia i limitar la progressió de la seva com-

plexitat i dependència, afavorint la permanència d'aquests pacients en el domicili i mantenint alhora la seva qualitat de vida. D'altra banda, vol donar resposta a les seves necessitats sanitàries incrementant l'eficiència del sistema. Amb aquests objectius s'han dissenyat dispositius que milloren el control de les descompensacions i s'han establert pactes entre tots els nivells d'atenció per donar respostes més coordinades i individualitzades depenent de la situació clínica del pacient.

Per definir inicialment la població diana del programa es va utilitzar el model predictiu de Rajmil i col·ls.⁵ i es va simultaniejar amb la detecció feta pels professionals de tots els nivells assistencials implicats en l'atenció d'aquests pacients. Actualment s'utilitza el model predictiu basat en els *Clinical Risk Groups* (CRG) a partir de l'Estació Clínica d'Atenció Primària (ECAP), combinada igualment amb la detecció dels professionals. S'inclouen aquells pacients amb CRG 6, 7, 8 i 9 amb dos o més ingressos hospitalaris durant l'últim any.

Resultats

Els resultats descrits a continuació procedeixen d'una anàlisi realitzada sobre l'activitat del programa des del seu inici el mes de maig de 2011 fins el 31 d'agost de 2013 (28 mesos).

L'anàlisi té un disseny observacional descriptiu en el qual s'avaluen les característiques sociodemogràfiques, la situació de comorbiditat (CRG), la valoració funcional, la utilització de serveis i la prescripció de fàrmacs a l'inici del programa i durant el període de seguiment. També s'utilitza un disseny abans-després amb les valoracions funcionals i prescripció activa, per comparar la seva situació a l'inici del programa i en la darrera valoració. En el cas de les dades d'IC es comparen també amb una avaluació prèvia, feta el 2012 (als 16 mesos d'implantació).

S'han exclòs de l'anàlisi aquells pacients que havien estat en el programa 90 dies o menys, temps considerat per l'equip investigador com el mínim necessari per tal que les activitats del programa puguin tenir efecte sobre l'evolució clínica i el consum de recursos sanitaris del pacient.

a) Descripció demogràfica i comorbiditat

La mitjana d'edat dels 290 pacients inclosos a l'anàlisi ha estat de 81,2 anys (DE 7,75) i el 41% eren dones. El 90,9%

Correspondència: Sra. Pilar Piñeiro
Servei Atenció Primària Alt Penedès-Garraf-Llobregat Nord
Institut Català de la Salut
C/ de Manuel Marquès, s/n
08800 Vilanova i la Geltrú
Tel. 938 199 505 / 695 356 002
Fax 938 173 190
Adreça electrònica: ppineiro@ambitcp.catsalut.net

dels pacients presentava CRG 6 i 7. El 75% tenia IC com a patologia principal, el 51,4% MPOC i el 31% ambdues condicions. La mortalitat acumulada ha estat del 25,9% (75 pacients); 22 pacients van morir a l'hospital d'aguts (29,3% dels 75 èxits), 15 al centre sociosanitari (20%), 25 al seu domicili (33%) i de 5 no se'n té informació (6%). Aquesta taxa de mortalitat concorda amb l'avaluació de l'índex de Charlson que es va fer a l'inici del programa. La probabilitat de supervivència al cap de 28 mesos fou del 50%. La Figura 1 mostra que no s'han trobat diferències estadísticament significatives de la supervivència de pacients en programa entre els 3 grups classificats per diagnòstic principal (IC, MPOC, IC+MPOC).

b) Valoració funcional

La situació funcional mesurada mitjançant I. Barthel va empitjorar progressivament, passant d'una dependència moderada-total en el 16,8% dels PCC a l'inici, al 31,3% al final del període d'anàlisi. Malgrat això, no s'observaren variacions significatives en les escales de dispnea específiques (NYHA per IC i BRMC per MPOC), ni tampoc en la percepció de qualitat de vida mesurada amb l'Euro-qual-5D⁶.

c) Utilització de recursos

La mitjana del pes CRG de prescripció fou de 4,32 (DE 1,14), amb un consum esperat de farmàcia 4 vegades superior a la mitjana del conjunt de pacients. A l'anàlisi comparativa entre situació inicial i final, la mitjana de pres-

cripció fou de 12,28 (DE 3,93) fàrmacs i d'11,74 (DE 4,22), respectivament. Aquestes diferències són estadísticament significatives ($p: 0,027$).

L'activitat d'atenció primària (AP) va augmentar significativament. Cal ressaltar que el 95,9% dels PCC van tenir 1 visita o més a domicili. Les infermeres gestores van fer una mitjana de set visites/pacient/any enfront a les 2,5 a l'anàlisi prèvia de 2012. El tipus de visita més freqüent va ser la telefònica. La visita més habitual de metge i infermera d'AP en aquests pacients fou la visita al centre (71% i 56%, respectivament) i foren les infermeres les que realitzaren un percentatge més alt de visita a domicili amb un 30% (1.474) de visites.

La Figura 2 mostra l'evolució del consum de recursos hospitalaris. Com es pot veure, la utilització del servei d'urgències hospitalàries es va reduir significativament respecte a l'avaluació anterior, tant en percentatge de pacients que es visiten alguna vegada en aquest servei (52,4% l'agost de 2013 vs. 79,9% el 2012), com en la freqüència de visites (37,9% l'agost de 2013, amb 2 o més visites, vs. 59,7% el 2012). També es va reduir progressivament el percentatge de pacients amb ingrés hospitalari (42,8% l'agost de 2013 vs. 55% el novembre de 2012), acompanyat de la reducció del percentatge de pacients amb 2 o més ingressos (23,8% l'agost de 2013 vs. 25,5% el 2012). Igualment s'observaren millores en les dades de les hospitalitzacions evitables per ICC, amb 18,6% dels pacients el 2013 vs. 26,9% el 2012.

Respecte a la utilització dels recursos sociosanitaris, el percentatge de pacients que va precisar ingrés al centre va ser del 18,6% (54 pacients) durant tot el període de seguiment. De les tres unitats funcionals que hi ha al Sociosanitari, la de llarga estada és on es va produir un major nombre d'ingressos. Es va identificar un grup de pacients que va requerir ingrés a dos o més unitats funcionals. Els

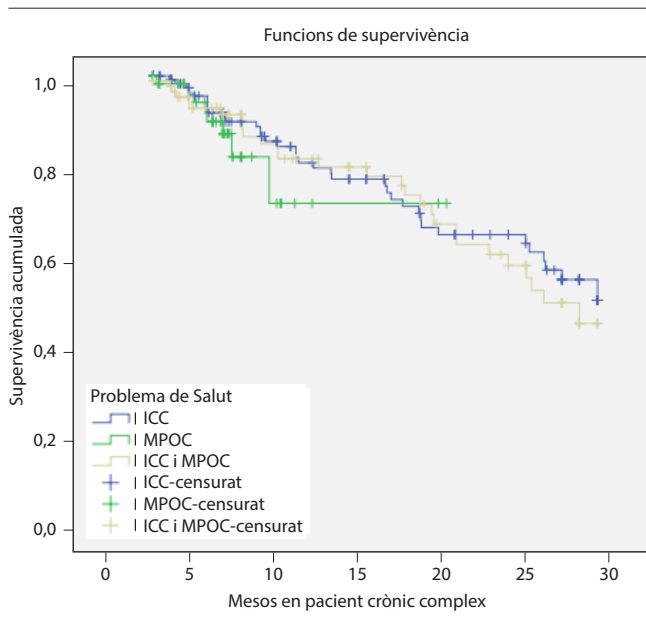


FIGURA 1. Comparació de la supervivència al cap de 28 mesos dels pacients avaluats entre els grups que només tenien insuficiència cardíaca (IC), només tenien malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) i els que tenien ambdues condicions (IC+MPOC)

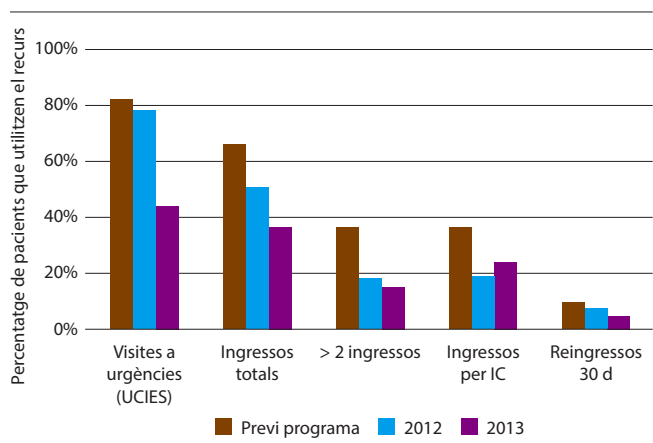


FIGURA 2. Evolució de la utilització de recursos hospitalaris al cap de 28 mesos de funcionament del programa (comparació entre 2012 i 2013)

PCC inclosos van ingressar més per MPOC i van consumir més recursos de llarga estada. El recurs sociosanitari es va nodrir principalment de la derivació després d'ingrés hospitalari (51%), mentre que el 34% dels ingressos procedien dels EAP de referència.

d) Continuïtat assistencial

La coordinació PREALT (protocol de preparació de l'alta) ha millorat tant a nivell hospitalari com sociosanitari. L'activació del PREALT a l'hospital va passar del 51,2% de pacients ingressats el 2012, al 77,4% l'agost de 2013. Al sociosanitari es va activar PREALT en el 60% dels pacients. El contacte en AP en el 98% dels PREALT fou a les 48 hores o abans.

Conclusions

Els resultats descrits mostren una tendència favorable en els objectius de reducció de la utilització de recursos sanitaris a l'àmbit hospitalari i en l'adequació de l'ús dels recursos ambulatoris, tant d'atenció primària com hospitalària. La proactivitat és eficient en aquest perfil de pacient (comorbiditat, polifarmàcia, elevat risc de reaguditzacions i complicacions) que s'associa en molts casos a problemàtica social. En el moment actual no tenim dades que permetin extreure conclusions sobre canvis en l'ús dels recursos sociosanitaris. Malgrat els canvis adoptats, el deteriorament funcional és progressiu com a conseqüència de la història natural de les malalties cròniques, amb una mortalitat significativament superior a la de la població general.

Aquesta experiència identifica un subgrup de pacients que es correspon amb l'estrat més alt de la piràmide de Kaïser. Malgrat la proactivitat del programa, segueixen precisant ingressos hospitalaris i sociosanitaris, així com visites a urgències. Una de les hipòtesis suggeriria que es tracti de pacients amb dèficits en l'autocura i importants necessitats socials, que combinades amb la complexitat-cronicitat fan difícil la gestió ambulatoria del seu estat de salut. Caldrà continuar treballant per afavorir una atenció més proactiva, interdisciplinària i col·laborativa que permeti un abordatge global de la persona. Avançar cap a un canvi de model d'atenció és un repte per a tots els nivells assistencials i per als professionals implicats; requereix temps, formació i avaluacions periòdiques per redirreccionar i consolidar estratègies.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Guia per a la implementació territorial de projectes de millora en l'atenció a la complexitat. Versió 5.1 del 10 de maig de 2013. [Accés el 7 de juliol de 2014]. Disponible a: http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Ambits%20tematics/Linies%20dactuacio/Model_assistencial/Atencio_al_malalt_cronic/documents/arxiu/guia_complexitat_5_1.pdf.
2. Departament de Salut. Atenció proactiva en un model d'atenció integrada per pacients crònics en situació de complexitat. Pla d'Innovació d'Atenció Primària i Salut Comunitària. Barcelona: Departament Salut; 2010.
3. Vogeli C, Shields AE, Lee TA, Gibson TB, Marder WD, Weiss KB, et al. Multiple chronic conditions: prevalence, health consequences, and implications for quality, care management, and costs. *J Gen Intern Med.* 2007;22:391-5.
4. Wensing M, Vingerhoets E, Grol R. Functional status, health problems, age and comorbidity in primary care patients. *Qual Life Res.* 2001;10:141-8.
5. Rajmil L, López-Aguilà S. Desenvolupament d'un model predictiu d'ingressos i reingressos hospitalaris no programats a Catalunya. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010.
6. Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. *Med Clin (Barc).* 1999;112 Suppl 1:79-85.