

MODEL D'ATENCIÓ INTEGRADA AL PACIENT CRÒNIC

INSUFICIÈNCIA CARDÍACA (IC)

**MALALTIA PULMONAR
OBSTRUCTIVA CRÒNICA (MPOC)**

Institut Català de la Salut



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



Institut Català
de la Salut

MODEL D'ATENCIÓ INTEGRADA AL PACIENT CRÒNIC

INSUFICIÈNCIA CARDÍACA (IC)

MALALTIA PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÒNICA (MPOC)

Institut Català de la Salut

Abril de 2011



direcció

Montserrat Figuerola
Directora Adjunta d'Afers Assistencials. ICS
Alba Brugués
Directora de Cures. ICS

grup de treball

Margarita Admetlla
Doctora en Medicina. Cap de Servei de Medicina Interna
Jaume Benavent
Metge de Família. Subdirector d'Atenció Primària i Integració de Serveis
Sebastià Calero
Metge de Família. Cap d'Àrea de Desenvolupament Clínic Subdirecció d'Atenció Primària i Integració de Serveis
Arantxa Catalán
Farmacèutica. Responsable de Farmàcia d'Atenció Primària
Joan Carles Contel
Infermer. Coordinador de Processos d'Infermeria d'Atenció Primària de la Gerència Metropolitana Sud
Senta Chicote
Infermera. Secretària Tècnica de la Direcció Adjunta d'Afers Assistencials
Núria Fabrellas
Infermera. Coordinadora d'Infermeria d'Atenció Primària
Lluís de Haro
Metge Internista. Director Centre de Competència Funcional
M. Eulàlia Juvé
Infermera. Coordinadora d'Infermeria d'Hospitals
M. Antònia Llauger
Metgessa de Família. EAP Encants. Barcelona
M. Luisa Martí
Infermera. Coordinadora del Centre de Seguiment de Malalties Cròniques
Manuel Medina
Metge de Família. Responsable del SISAP
David Monterde
Estadístic. Tècnic de la Direcció Adjunta d'Afers Assistencials
M. Mar Peña
Treballadora Social. Coordinadora de l'Àrea de Treball Social
M. Glòria Torras
Metgessa Especialista en Medicina Preventiva i Salut Pública. Subdirectora d'Atenció Especialitzada
M. José Torres
Metgessa de Família. Processos Metropolitana Nord
M. Rosa Torres
Infermera. Responsable de la Unitat d'Atenció al Ciutadà



Referents territorials procés crònic i revisors del document

Fina Araque

Coordinadora de Processos d'infermeria SAP Osona (Catalunya Central)

Blanca Cuevas

Coordinadora de Processos d'infermeria(Terres de l'Ebre)

Marisa Forés

Infermera Gestora de Casos (Camp de Tarragona)

Carmen Gallardo

Infermera Gestora de Casos (Metropolitana Sud)

Enrique Galve

Metge Especialista en Cardiologia. Coordinador Unitat d'Insuficiència Cardíaca(Hospital Universitari Vall d'Hebron)

Lluïsa García

Infermera Gestora de Casos (Girona)

Sònia Gasia

Infermera Gestora de Casos (Alt Pirineu-Aran)

Carmen del Olmo

Coordinadora de Processos d'infermeria SAP Dreta (AP Barcelona)

Eugeni Joan Paredes

Metge de Família EAP Cappeda (Lleida)

M. Antònia Rocabayera

Treballadora Social (Metropolitana Nord)

suport tècnic

Santiago Almenara

Disseny i maquetació

Geòrgia Bascompta

Revisió lingüística i d'estil

M. Rosa Manzano

Secretària de la Direcció de Cures

Susanna Saval

Coordinació editorial

agraïments als autors i les autores del document

“Atenció integrada als pacients amb IC”

Eudald Ballesta

Núria Fabrellas

Manel Ferran

Montserrat Figuerola

M. Eulàlia Juvé

Fernando Marín

Anna Ochoa de Echagüen

contingut

PRESENTACIÓ	4
1. INTRODUCCIÓ	5
2. ABAST I OBJECTIU DEL DOCUMENT	6
3. JUSTIFICACIÓ	7
4. FINALITATS DEL MODEL	12
5. MODEL D'ATENCIÓ INTEGRADA AL PACIENT CRÒNIC	13
5.1. Abordatge del pacient	13
5.2. Guies de pràctica clínica i protocols	14
5.3. Formació	15
6. MODEL PER A L'ABORDATGE DE L'ATENCIÓ A LA PERSONA MALALTA CRÒNICA	16
Programa territorial	
6.1. Àmbits i intervencions	17
6.2. Elements clau	20
6.3. Instruments	26
7. PROPOSTA PER ELABORAR EL PLA D'ACTUACIONS A L'ICS PER CADA TERRITORI	29
7.1. Creació d'un grup de treball	29
7.2. Pla de formació	29
7.3. Indicadors	29
8. PUNT DE SORTIDA	30
9. AVALUACIÓ	35
9.1. Proposta d'Indicadors	35
10. ANNEXOS	37
Document de voluntats anticipades (DVA)	37
Enllaç de les guies GPC IC i MPOC	37
Enllaç a les unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut	37
Enllaç al Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	37
Llista d'abreviatures	38
11. Bibliografia	39

presentació

Aquest document que us presentem va tenir d'embrió un primer treball titulat: "Atenció integrada als pacients amb insuficiència cardíaca" que, professionals de la Direcció Adjunta d'Afers Assistencials i de la Direcció de Processos, Cures i Qualitat de l'Institut Català de la Salut (ICS) van elaborar l'any 2007.

Emmarcat en els Acords de gestió de 2010 i amb visió de continuïtat per als propers anys, una de les línies estratègiques que es proposa desplegar en els àmbits és la gestió per processos en malalties cròniques. De moment, s'han prioritzat dues de les malalties cròniques més prevalents: la insuficiència cardíaca (IC) i la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC).

En aquest document s'han actualitzat i revisat les dades provinents del conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) de tots els hospitals de Catalunya i les dades de l'estació clínica d'atenció primària (ECAP), que representa el 80 % de tota l'atenció primària de Catalunya. El resultat d'això dóna una visió de taxes d'incidències, de prevalences, d'indicadors de resolució, taxes i estades mitjanes a hospitals i urgències i reingressos, la qual cosa ens apropa a l'estat de la situació de cada àmbit.

L'anàlisi de les dades i la proposta del model per a l'abordatge del i la pacient crònics volen ser un instrument perquè cada gerència territorial, segons les seves fortaleses i les seves febleses, prioritzi les accions que ha de portar a terme per assolir la finalitat principal del model: la millora de vida de la persona malalta crònica i la seva família.

El model proposat pot ser adaptat a altres malalties cròniques que, com la insuficiència cardíaca (IC) i la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), cursen amb aguditzacions freqüents, hospitalitzacions i visites als serveis d'urgències i en les quals un bon control de símptomes de la malaltia pot alentir-ne la progressió.

Un dels puntals del model és la funció que han d'assumir els i les professionals de l'atenció primària, assegurant la continuïtat assistencial del i la pacient, coordinant-se amb tots els agents implicats i evitant, en la mesura que sigui possible, les estades hospitalàries i a urgències innecessàries. La incorporació de les noves tecnologies de la informació i comunicació, juntament amb la funció de la infermeria gestora de casos, són les peces clau per aconseguir aquesta coordinació.

Els i les participants i autors i autores del document provenen de diverses disciplines i de diferents àmbits i les persones revisores han estat referents de la persona malalta crònica de cada àmbit.

Alba Brugués
Directora de Cures ICS

1. introducció

El nostre sistema sanitari està pensat i dissenyat per a l'atenció a les malalties agudes. No obstant això, els darrers anys ha crescut el convenciment que cal orientar-lo cap als pacients amb malalties cròniques. Aquest convenciment neix tant de l'observació de l'important increment de la prevalença de la cronicitat en la nostra societat, a causa d'una major esperança de vida, com de la confirmació que els antics paradigmes no serveixen per organitzar l'atenció als i les pacients crònics.

Les institucions i organitzacions sanitàries que han plantejat models conceptuals i organitzatius que haurien d'impulsar els canvis necessaris han estat diverses. Aquests models han estat discutits i valorats a la literatura científica, nacionalment i internacionalment, de forma que, en aquests moments, hi ha el convenciment que el que cal és passar a l'acció.

Aquest document pretén establir un marc d'actuació per a la transformació a mitjà termini de l'atenció que es presta als i les pacients crònics des de l'Institut Català de la Salut (ICS), però tenint en compte que molts dels canvis necessaris només són possibles si s'estableixen els mecanismes de col·laboració adequats entre tots els actors del sistema, específicament, si s'estableixen els incentius per tal de garantir-ne la continuïtat, i si evolucionem cap a un model d'atenció que curi i tingui cura dels i les pacients, i alhora serveixi també per reduir les hospitalitzacions innecessàries.

L'abordatge s'ha fet escollint la insuficiència cardíaca (IC) i la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), perquè són dues de les malalties que tenen un major impacte en dependència, discapacitat, qualitat de vida i anys de vida perduts al nostre país, i també, perquè concentren una part molt important del cost de la cronicitat. Cal tenir en compte, però, que hi ha molts factors que tenen un paper important en l'atenció a aquestes persones malaltes, com el nivell de complexitat, la comorbiditat i el suport social; i que dissenyar una atenció centrada en aquests pacients implica, no només aplicar models i estratègies ben definits i dissenyats, sinó també ser capaç d'individualitzar la resposta per tal d'atendre les necessitats de cada individu. No es pot oblidar el treball que cal fer sobre els determinants que acaben afectant tot això. El document pretén establir un marc general que caldrà concretar en la realitat de cada àmbit amb els recursos disponibles, i assenyalar cap a on cal orientar aquests recursos.

Per impulsar aquest canvi, cal un lideratge que sigui capaç d'impulsar les estratègies adequades i integrar totes les iniciatives i voluntats. Per això, hem de comptar amb el compromís i la capacitat d'implicació de tots els i les professionals que hi intervenen. Les intervencions i instruments, que són la base del document, caldrà que siguin abordats des de la perspectiva local i amb visió de futur, per tal que siguin la palanca de canvi que el sistema necessita en aquests moments.

Per últim, per millorar la salut i la qualitat de vida dels col·lectius afectats per aquestes malalties cròniques i reduir-ne l'impacte en el sistema sanitari, ens haurien de permetre també, en darrer terme, contribuir a la sostenibilitat del sistema sanitari.

2. abast i objectiu del document

El model funcional que s'expressa en el document focalitza la fase en què els i les pacients crònics requereixen atenció de dispositius i nivells assistencials diversos. És a dir, es fa especial referència a la continuïtat de l'atenció, la complementarietat i la integració de la informació en els casos on les aguditzacions i complicacions, i la prevenció impliquen als serveis d'atenció primària i domiciliària, hospital d'aguts, dispositius socio-sanitaris, xarxa social, etc.

El model d'atenció a la persona malalta crònica a partir de l'IC i/o MPOC, en el marc de l'ICS, ha de permetre:

- » Redefinir l'organització de l'atenció, adequant-la a la consecució dels resultats situant els serveis en el lloc més eficient. Organització de fluxos.
- » Introduir elements de gestió transversal de processos en la prestació dels serveis sanitaris amb una visió territorial per aconseguir la continuïtat de l'atenció.
- » Reforçar l'aportació multidisciplinària i complementària dels diversos col·lectius professionals en l'atenció de continuïtat de les patologies cròniques, destacant-ne el valor de la infermera, especialment a través de les seves funcions d'enllaç i de la gestió de casos i la infermera experta.

3. justificació

Un dels reptes socio-sanitaris contemporanis més importants que hi ha a sobre de la taula és l'abordatge del progressiu augment de la cronicitat, concretament, la IC i l'MPOC són les dues malalties cròniques més prevalents que representen la principal causa de morbiditat i mortalitat.

La IC es calcula que afecta més del 5% de la població de més de 45 anys¹. En el conjunt de l'Estat espanyol, representa uns 85.000 ingressos anuals i és el motiu d'hospitalització i de reingrés més freqüent. És la tercera causa de mort cardiovascular en la persona gran i representa de l'1,8% al 3,1% de la despesa sanitària total.^{2,3}

En els darrers anys s'ha avançat molt, en les mesures de prevenció de la malaltia i en el tractament. El control dels factors de risc, l'optimització del tractament farmacològic, els controls dietètics, les activitats de la vida diària i les mesures de rehabilitació han demostrat eficàcia en la millora de la qualitat de vida de les persones malaltes, de la supervivència i la disminució dels ingressos a l'hospital^{4,5}. Les persones malaltes ateses per equips multidisciplinaris disminueixen significativament la probabilitat de reingrés a l'hospital⁶.

Per donar resposta a la malaltia, s'han portat a terme actuacions sanitàries diverses però aïllades respecte als diferents nivells assistencials. Cal fer especial menció a les mesures de control dels factors de risc i al tractament precoç de les aguditzacions des de l'atenció primària de salut (APS) i al maneig de la persona malalta per serveis de cardiologia, medicina interna o a partir d'unitats hospitalàries específiques per al tractament de la insuficiència cardíaca (UIC)⁷. En els darrers anys s'han posat en marxa des dels hospitals de l'ICS, sistemes organitzatius per prevenir i tractar la reagudització de persones malaltes amb pluripatologies i persones grans fràgils com és el cas del Pla de prevenció i suport a l'alta (PISA). Amb tot, hi manca un abordatge global per tractar la persona malalta de forma integral i coordinar les actuacions dels diferents professionals.

El Pla director de malalties de l'aparell circulatori (PDMAC) del Departament de Salut fa una sèrie de recomanacions respecte a l'atenció de la IC:

"En l'atenció a la insuficiència cardíaca es poden identificar una sèrie d'aspectes que actuen com a factors condicionants de l'efectivitat i la qualitat de l'atenció i que determinen els criteris de planificació del serveis involucrats en el procés assistencial. Els més destacables són els següents:

- » L'especial necessitat d'un enfocament integral en l'atenció a les persones amb insuficiència cardíaca, tenint en compte que amb molta freqüència són pacients amb comorbiditat.
- » Pel que fa a la continuïtat assistencial, cal tenir en compte que es tracta d'una malaltia crònica i que en el procés d'atenció hi intervenen diferents professionals i nivells assistencials que necessiten un alt grau de coordinació.

- » La fragilitat en el control de la insuficiència cardíaca que es manifesta amb possibles reaguditzacions i descompensacions com a resultat de les alteracions en els nivells de control.

En l'organització dels serveis cal considerar alguns aspectes que avui condicionen la capacitat assistencial:

- » L'accés a les proves d'imatge, especialment a l'ecocardiograma, és especialment crític en la fase de confirmació diagnòstica.
- » La disponibilitat de professionals d'atenció primària i l'adaptació de les seves competències a nous rols professionals, especialment a l'àmbit de la infermeria i la gestió de casos.”

Així mateix, el PDMAC destaca entre les innovacions tecnològiques i organitzatives a desenvolupar, “la implantació d'un model d'atenció basat en programes territorials, la creació d'unitats funcionals de referència territorial i el reforçament del rol de gestió de casos, fonamentalment per part d'infermeria”.

Finalment, en el document “Criteris de planificació de serveis” elaborat pel Grup de Treball del PDMAC del Departament de Salut, pendent d'aprovació per Acord de Govern, el Pla director puntualitza:

“D'altra banda, cal considerar que algunes tendències i innovacions, tant tecnològiques com organitzatives, poden significar canvis importants en la millora de l'atenció Entre aquestes cal destacar ... el desplegament de programes de telemedicina de gestió de patologies cròniques i de suport a la gestió de casos”.

Pel que fa a l'MPOC, amb una prevalença d'un 10% de la població a Espanya⁸, representa una de les causes més importants de morbiditat i mortalitat en la majoria de països occidentals i, a diferència de la malalties cardiovasculars, la seva mortalitat no ha disminuït⁹. A Catalunya, les malalties respiratòries constitueixen la tercera causa de mort¹⁰. A més, quasi el 30% de la població es declara fumadora activa, i el tabaquisme segueix essent un problema de salut important¹¹.

L'agudització de l'MPOC és un problema de salut molt rellevant, que provoca elevat risc per al i la pacient, afecta la seva supervivència i ingressos repetits (el 38% dels i les pacients reingressen a l'any, amb una mitjana de 5 mesos des de l'alta)^{12, 13}.

L'infradiagnòstic és un important problema en l'MPOC, i s'estima que pot arribar a un 70% dels casos¹⁴, únicament en el 43,23% dels diagnòstics consta el resultat de l'espirometria en la història clínica (font: SISAP). Per una altra part, el 23% dels i les pacients que ingressen per exacerbacions de l'MPOC afirmen que cap metge els atén específicament per la seva malaltia¹⁵.

Moltes d'aquestes deficiències s'han recollit en el recent Pla director de malalties de l'aparell respiratori (PDMAR) del Departament de Salut. Destaquen entre els objectius 2010 del PDMAR els relacionats amb l'MPOC i les malalties cròniques següents:

- » Millorar els resultats en salut des de la perspectiva de prevenció (disseny d'estratègies de deshabitució del tabac, impntaclemeió de programes d'activitat física per a pacients amb MPOC, estratègies de vacunació en les malalties respiratòries, entre d'altres).
- » Aconseguir l'accés a espirometries de qualitat (per tal, entre d'altres, de millorar l'infradiagnòstic especialment de l'MPOC).
- » Millorar l'atenció del i la pacient amb agudització greu de l'MPOC.
- » Elaborar recomanacions específiques sobre algunes àrees concretes, entre les quals figuren la rehabilitació respiratòria i les teràpies respiratòries domiciliàries.

insuficiència cardíaca	severitat 1	severitat 2	severitat 3	severitat 4	severitat 5	severitat 6	total
Sans							
Una o més malalties agudes significatives							
Una malaltia crònica menor	0,19%	0,02%					0,21%
Múltiples malalties cròniques menors	0,05%	0,02%	0,03%				0,09%
Una malaltia crònica significativa	15,83%	2,01%	10,93%	0,93%			29,70%
Dues malalties cròniques significatives	16,27%	13,58%	16,98%	3,76%	0,99%	0,16%	51,73%
Tres o més malalties cròniques significatives	6,84%	7,16%	1,91%	0,43%	0,05%	0,01%	16,40%
Neoplàsies malignes complicades	0,04%	1,18%	0,43%	10,10%			1,74%
Condicions catastròfiques	0,02%	0,04%	0,01%	0,06%			0,13%
Total	39,24%	24,00%	30,28%	5,28%	1,04%	0,17%	100,00%

MPOC	severitat 1	severitat 2	severitat 3	severitat 4	severitat 5	severitat 6	total
Sans							
Una o més malalties agudes significatives							
Una malaltia crònica menor	0,15%	0,01%					0,016%
Múltiples malalties cròniques menors	0,04%	0,01%	0,02%				0,07%
Una malaltia crònica significativa	21,72%	1,52%	14,53%	0,73%			38,50%
Dues malalties cròniques significatives	15,49%	13,63%	15,62%	2,46%	0,57%	0,12%	47,89%
Tres o més malalties cròniques significatives	5,46%	5,24%	1,14%	0,31%	0,03%	0,00%	12,19%
Neoplàsies malignes complicades	0,03%	0,71%	0,30%	0,07%			1,11%
Condicions catastròfiques	0,01%	0,03%	0,00%	0,05%			0,09%
Total	42,89%	21,16%	31,61%	3,62%	0,60%	0,12%	100,00%



Les taules representen a grans trets les distribucions de les persones malaltes segons l'estat i la gravetat.

L'estat es divideix en 9 grups que van des de les persones sanes a les catastròfiques, és a dir, hi ha una escala 'clínica' (els estats superiors estan en 'pitjor' estat de salut).

La gravetat va de 0 a 6, però no en tots els estats s'arriba al nivell 6. Per exemple, l'estat sa no té nivell de gravetat, o els casos amb una malaltia significativa en tenen 4.

Hi ha tres estats o grups que són molt importants (una malaltia crònica significativa, dues, i tres), ja que les patologies analitzades són patologies cròniques significatives.

El que observem en tots dos casos, MPOC i ICC, és que hi ha mes casos amb altres patologies cròniques que no únicament amb la malaltia en qüestió, la qual cosa està indicant l'elevada comorbiditat existent en aquestes patologies.

Per exemple, en la ICC un 29,7% dels i les pacients van a parar a l'estat d'una malaltia crònica significativa i en l'MPOC aquest percentatge és del 38,50%. En canvi un 51,73% dels casos d'ICC va a parar a l'estat de dues malalties cròniques significatives i un 47,89% en el cas de l'MPOC. És a dir, més de la meitat dels i les pacients amb ICC o MPOC pateixen una altra malaltia crònica significativa. A més, un 16,4% presenten la ICC juntament amb dues altres patologies cròniques significatives i un 12,19% en cas de l'MPOC.

Aquests tres estats que fan referència a les malalties cròniques significatives agrupen el 98% dels i les pacients amb ICC o MPOC.

Quant al nivell de gravetat, un 39,4% van a parar al nivell 1 de gravetat, en el cas de la ICC i un 42,89% a l'MPOC, però més de la meitat ho fan als nivell 2 i 3.

Analitzant l'estat i la gravetat conjuntament, observem que un 15,83% dels i les pacients amb ICC van a parar a l'estat d'una malaltia crònica i amb un nivell de gravetat d'1, i aquest percentatge és del 21,72% en l'MPOC, mentre que un 16,98% van a parar a l'estat de dues malalties cròniques significatives amb un nivell de gravetat de 3 en la ICC i el 15,49% en l'MPOC.

4. finalitats del model

La definició del model d'atenció als i les pacients amb malaltia crònica IC i MPOC, persegueix les finalitats següents:

- » Millorar la qualitat de vida de la persona malalta crònica i les seves famílies procurant mantenir l'autonomia del i la pacient i disminuir-ne la dependència.
- » Vetllar pel *continuum* assistencial des de la promoció i la prevenció, fins al final de la vida emmarcat en tres eixos principals: accessibilitat, resolució i qualitat.
- » Preveure i tractar de manera proactiva i adequada les aguditzacions, d'acord amb els dispositius organitzats de continuïtat d'atenció.
- » Evitar l'atenció centrada en els serveis d'urgències i els reingressos hospitalaris d'aguts.
- » Garantir, amb un enfocament multidimensional, la continuïtat de l'atenció al llarg de tot el procés de la malaltia i essencialment en les etapes de més fragilitat i/o complexitat, a través de la coordinació funcional i integrada entre els diferents nivells assistencials i els recursos existents.
- » Potenciar les tecnologies de la informació i de la comunicació (TIC) per empoderar els pacients amb la seva autonomia i reforçar la integració de la xarxa en el sistema.
- » Adequar la utilització dels recursos a les necessitats de cada pacient i situació, no utilitzant recursos d'aguts per tractar pacients que no els necessiten.

En definitiva organitzar el *continuum* assistencial del i la pacient amb malaltia crònica, sobre la base d'una estructura territorial que gestioni el procés, especialment entre les fases de l'internament a les cures domiciliàries o en residència, amb accés a tota l'oferta de serveis.

5. model d'atenció integrada al pacient crònic

Les premisses amb les quals s'hauria de fonamentar un nou model d'atenció poden resumir-se en 3 elements bàsics: visió global del i la pacient segons les directrius d'unes recomanacions basades en la màxima evidència científica i una bona capacitat dels i les professionals.

5.1 abordatge del pacient

S'ha de fer de forma integral, orientant tots els dispositius i professionals que intervenen en el procés d'atenció al i la pacient crònics. En aquest sentit s'ha de considerar tot el recorregut de la persona malalta, tenint en compte la freqüent comorbiditat que s'acompanya en aquests casos:

- » Activitats preventives. Promoció dels estils de vida saludables i tractament dels factors de risc. Promoció de l'autocura i de l'automaneig, corresponsabilitzar a la persona.
- » Gestió de la malaltia: actitud sistemàtica i proactiva per millorar el diagnòstic inicial, el tractament i la detecció precoç de les complicacions.
- » Gestió de casos per donar resposta a les necessitats dels i les pacients més complexos, considerant alhora el paper dels dispositius socio-sanitaris en les fases pal·liatives de la malaltia i l'aportació de les noves tecnologies per a l'atenció domiciliària.
- » Programes específics de rehabilitació segons el grau de discapacitat de cada fase evolutiva de la malaltia.

Segons aquesta perspectiva la funció que cada un dels dispositius ha de tenir en l'abordatge de la malaltia s'esquematitza en la figura 1 (Modificat de Chronic disease of management del Department of Health. National Health Service. UK).

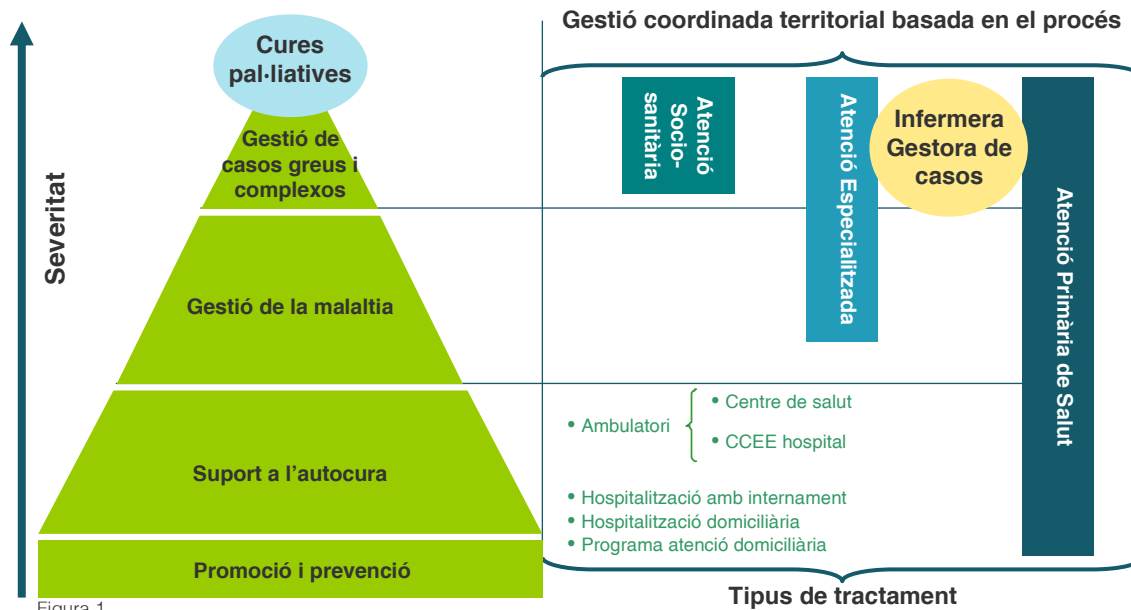


Figura 1

En aquest esquema la infermera gestora de casos és la responsable de la gestió del i la pacient de manera coordinada entre l'atenció primària de salut (APS) i l'atenció especialitzada (AE), sobretot pels casos en què el risc de reaguditzacions és més gran. L'APS desenvolupa, fonamentalment, les mesures de promoció, prevenció, detecció i tractament dels factors de risc, el diagnòstic inicial i el tractament de la malaltia i la rehabilitació, compartint espai amb l'AE per al grup de persones malaltes que necessiten mesures diagnòstiques o terapèutiques pròpies de l'atenció hospitalària. D'altra banda, l'AE tracta les persones malaltes de més alta complexitat, tot i que en tots els casos, les mesures de continuïtat i d'adscripció al tractament i la prevenció de reaguditzacions són compartides amb l'APS.

Finalment, en les fases terminals de la malaltia o de defallida de la persona cuidadora, els equips d'atenció primària (EAP) juntament amb els dispositius de PADES són els referents per donar continuïtat al tractament o instaurar les cures pal·liatives que calguin. L'atenció a domicili i l'internament sociosanitari tenen una funció important en aquesta etapa.

5.2 guies de pràctica clínica i protocols

En la literatura internacional hi ha multitud de guies per al diagnòstic, tractament i seguiment d'ambdues malalties^{16,17,18,19,20}, entre les quals cal esmentar la de la Societat Europea de Cardiologia, que és de referència per a la majoria d'especialistes de cardiologia del nostre àmbit²¹. Pel que fa a l'MPOC també hi ha guies de referència nacionals i internacionals^{22,23,24,25,26}.

L'ICS ha elaborat, entre d'altres, les guies de pràctica clínica (GPC) de la IC²⁷ i de l'MPOC²⁸ que abasten el conjunt d'actuacions que cal seguir en l'àmbit de l'APS. D'altra banda, els hospitals de l'ICS han desenvolupat i adaptat diverses guies i protocols d'actuació per treballar quant a la malaltia en el seu àmbit d'actuació.

5.3 formació

Un dels pilars fonamentals en el qual cal basar el nou model d'atenció és l'abordatge integrador dels diferents professionals que intervenen en l'atenció als i les pacients crònics en qualsevol de les parts del procés, potenciant el coneixement del i la pacient i el seu entorn amb una visió multidimensional (biològica, psicològica i social). En aquest sentit s'ha de garantir i afavorir que els i les professionals de les diferents disciplines i àmbits assistencials puguin formar-se adequadament per proporcionar una atenció de qualitat. Els plans de formació han de preveure i fixar les activitats formatives necessàries tenint en compte les necessitats dels seus professionals (actualització de coneixements clínics, socials, psicològics, etc.).

El model aposta per un canvi en el paradigma d'atenció, que desplega la gestió de processos transversals i de continuïtat, i també per un canvi en les estructures i les figures referents que poden promoure i liderar aquests canvis: responsables de procés, gestores de casos, unitats funcionals, etc. És en aquest canvi de model organitzatiu on s'han de proporcionar els elements formatius indispensables per acompanyar en aquests nous líders en la consecució de l'objectiu.

Els plans de formació corporatius, amb l'objectiu d'afavorir els canvis organitzatius, se centren en el fet que els líders, responsables i/o referents adquireixin els coneixements indispensables per a la consecució del model, enfocant els esforços en el lideratge clínic i organitzatiu, en la gestió per processos, la millora continua i l'avaluació de la qualitat assistencial, coneixement d'indicadors clínics i de processos, etc.).

6. model per a l'abordatge de l'atenció a la persona malalta crònica

Davant de la constatació d'una realitat tant diversa cal dotar cada territori d'un model d'atenció adaptat a la seva realitat, tant pel que fa als diferents proveïdors en el territori com als dispositius que s'hagin anat desenvolupant en els darrers anys. Per fer-ho, seguint en les línies dibuixades pels plans directors, es proposa l'establiment d'un programa territorial adaptat a les diferents realitats de cada entorn, amb l'objectiu d'aconseguir una atenció integrada, l'ús de recursos de la comunitat²⁹, la implicació dels i les pacients en la presa de decisions³⁰ i la promoció de l'autocura³¹.

principals àmbits implicats en el desenvolupament de les intervencions

Taula 1

Intervencions	Comunitat	Atenció primària	Hospital territorial	Hospital amb serveis d'alta especialització	Atenció especialitzada ambulatòria*	Atenció socio sanitària
Prevenició primària	×	×				
Detecció		×	×	×		
Confirmació diagnòstica		×	×	×		
Tractament mèdic		×	×	×	×	×
Tractament invasiu (ICP, cirurgia/ VA)**				×		
Trasplantament				×		
Rehabilitació	×	×	×	×		×
Seguiment		×			×	×
Prevenició secundària		×	×	×	×	
Pal·liatiu		×	×			×

* Inclou consultes hospitalàries i consultes d'especialistes en el centre d'atenció primària.

** ICP. Intervencionisme coronari percutani / VA. ventilació assistida

programa territorial

El model d'atenció integrada al i la pacient crònics cal que es desenvolupin en el sí d'un programa territorial que coordini els diferents nivells assistencials i serveis implicats amb especial èmfasi en el fet de potenciar el paper dels metges i les metgesses de família i infermeres referents i de les infermeres gestores de casos.

La creació d'una xarxa assistencial de base territorial on cada element assistencial desenvolupa la seva activitat de manera coordinada, tant entre nivells assistencials com entre diferents proveïdors. El programa territorial es fonamenta en els aspectes següents:

- » **Àmbits** territorials on es defineixen les **intervencions**.
- » **Instruments** que s'han d'utilitzar per desenvolupar les accions de forma coordinada i en xarxa.

6.1 àmbits i intervencions

comunitat

Les principals intervencions que s'han de tenir en compte a l'hora de planificar accions en l'àmbit comunitari, pel que fa a la prevenció primària de les malalties cròniques, són les activitats adreçades a fomentar estils de vida saludables.

Les actuacions de promoció de la salut han d'anar dirigides a augmentar el coneixement i la informació de la ciutadania pel que fa a la seva salut, a millorar els seus hàbits de vida i a millorar la consciència respecte a determinats factors de risc.

atenció primària

L'APS ha de ser el nivell bàsic de prevenció, diagnòstic, tractament i seguiment de la persona malalta crònica. El metge i la metgessa de família i la infermera d'AP són els responsables del seu maneig, comptant amb l'assessorament dels metges i infermeres especialitzats i amb recursos de coordinació com la infermera d'enllaç, la infermera gestora de casos i, si cal, el treballador social.

L'orientació ha de ser proactiva, especialment en aquells pacients amb pluripatologia i que són altament freqüentadors dels serveis hospitalaris.

Pel que fa a la continuïtat assistencial hi ha models de comunicació entre AE i AP que possibiliten la interconsulta de manera àgil i efectiva (correu electrònic en entorn segur, agenda específica per dur a terme "consulta virtual", telèfon mòbil, SMS). D'altra banda, s'ha de garantir l'acollida domiciliària i/o en la consulta d'AP després d'un ingrés, emfasitzant especialment la revisió del pla de medicació, pla d'activitats i el calendari d'atenció.

Cal garantir l'accés del metge de família a les proves complementàries necessàries per confirmar el diagnòstic i fer el seguiment adequat de la malaltia. En aquest sentit, en el marc de la GPC, s'ha d'assegurar l'accés a l'ecocardiografia als professionals que facin l'espirometria a tots els centres d'AP.

S'ha de fer el "mapa" de les residències geriàtriques i altres dispositius socials on estan els i les pacients amb patologies cròniques.

Pel que fa a l'educació per a la salut (EPS) preveu la intervenció educativa d'infermeria adreçada a pacients, familiars i persones cuidadores, des de la pròpia consulta, a domicili, via telefònica, mitjançant programes d'educació grupal i programa Pacient Expert®.

S'ha de posar a l'abast de tots aquells pacients que se'n puguin beneficiar programes integrals de rehabilitació cardíaca i pulmonar i la implementació de programes d'exercici i rehabilitació física adequada, dirigits a aquells pacients que se'n puguin beneficiar.

El personal administratiu sanitari dels entres d'atenció primària també ha d'estar implicat en qualsevol programa assistencial. Ha de tenir coneixement de les consultes que se'n deriven per tal de millorar l'accessibilitat i fluïdesa en els circuits.

Els i les responsables de farmàcia adscrits a las diferents estructures d'atenció primària han de contribuir, des de l'exercici de les seves competències, a obtenir els millors resultats en salut dels i les pacients crònics donant suport als professionals prescriptors.

Cures pal·liatives. En els casos on la malaltia està molt avançada, les cures pal·liatives, són l'element prioritari i ha de proporcionar al pacient i a la seva família les cures específiques amb objectius de confort. En aquestes situacions s'ha de comptar amb els experts en atenció pal·liativa i amb tots aquells dispositius (unitats de cures pal·liatives, sociosanitaris, PADES, gestora de casos..), que puguin proporcionar aquest suport. En aquests casos és molt important anticipar-se a les situacions crítiques en la mesura que sigui possible, definint, analitzant i reconeixent tots aquells signes i símptomes que situen un pacient en situació de malaltia avançada juntament amb el metge de família i la infermera de referència.

atenció hospitalària

Els dispositius d'atenció hospitalària participen en el diagnòstic i tractament de la malaltia mitjançant els procediments necessaris i en el tractament dels casos de més alta complexitat (especialment les reaguditzacions que necessiten ingrés a l'hospital).

Cada dispositiu d'atenció hospitalària organitza la resolució del procés segons la seva realitat concreta. Alguns hospitals en els quals hi ha totes les especialitats mèdiques poden concentrar l'atenció en els serveis corresponents de cardiologia, i/o pneumologia o bé concentrar-la en el servei de medicina interna, en unitats de curta estada o en unitats de cures post-agudes, actuant l'especialista, en el moment de l'establiment del diagnòstic i en el tractament de determinats casos específics.

En fases avançades de la malaltia el factor que predomina és el de les reaguditzacions freqüents i per tant la necessitat de prevenir-les des de l'APS.

La intervenció sobre aquests pacients d'alta complexitat es farà sobre la base de protocols específics en el marc de les GPC amb especial èmfasi a definir els mecanismes que garanteixin la continuïtat assistencial del i la pacient.

En els casos en els quals el pacients necessiten altres intervencions que s'hagin de derivar de l'APS a altres nivells assistencialas s'han d'establir els circuits d'accés ràpid, tenint en compte la gravetat i la urgència del cas utilitzant les diverses entrades de l'hospital: serveis d'urgències, unitats específiques de cardiologia, pneumologia, hospitals de dia, hospitalització a domicili o als dispositius hospitalaris que el programa territorial hagi dissenyat: consulta d'atenció ràpida, etc.

Alguns hospitals disposen d'**unitats específiques** de MPOC o IC per al tractament de persones malaltes amb IC o MPOC. L'objectiu, en el moment de la seva posada en funcionament, ha estat disminuir els múltiples ingressos a l'hospital per la via d'una major accessibilitat i tractament personalitzat, amb la participació tots els professionals implicats. Les seves funcions són:

- » Comprovar el diagnòstic, amb especial èmfasi en la recerca de causes potencialment corregibles.
- » Procurar un tractament mèdic òptim, des del dispositiu més eficient i amb una visió d'integració assistencial.
- » Fomentar l'autocura, i molt especialment, la prevenció i la detecció precoç de la descompensació.
- » Promoure l'accés ràpid a l'atenció (física i telefònica). Interprofessional: correu electrònic específic, agendes virtuals, telèfon mòbil.
- » Tractar de forma ambulatoria la descompensació.
- » Promoure i dur a terme recerca clínica.

Els **hospitals de dia** específics o polivalents han de ser unitats funcionals que tenen la funció d'atendre els i les pacients ja diagnosticats que presenten descompensacions que no s'han pogut resoldre a l'AP. Cal que els pacients tinguin un accés àgil i coordinat des de l'AP. L'estada en aquestes unitats ha de servir per estabilitzar els símptomes i ajustar els tractaments i establir un pla de cures que ha de donar continuïtat al tractament.

Urgències. Cal evitar en la mesura que sigui possible que els i les pacients diagnosticats que fan reaguditzacions utilitzin aquest recurs. En el cas que fos necessari l'atenció a urgències, per derivació des de l'AP, per iniciativa del i la pacient, caldria tenir un circuit preferent i coordinat amb els referents de l'AP.

atenció especialitzada ambulatoria

Cal assegurar el paper de consultor d'especialista en cardiologia, pneumologia, medicina interna i/o la infermera clínica experta de referència dels EAP (metges de família i infermeres), pel que fa a la confirmació del diagnòstic, el seguiment de casos complexos i l'ajust de determinats fàrmacs.

atenció sociosanitària

En el sistema, hi ha pacients que, un cop s'han detectat, diagnosticat i porten un tractament i seguiment per la seva malaltia, estan en una situació social que fa necessari incorporar algun altre recurs que va més enllà de l'àmbit purament sanitari.

En aquest àmbit d'atenció hi ha pacients convalsents que han rebut l'alta hospitalària però que no disposen de l'autonomia personal ni familiar per mantenir l'autocura o els cal un programa de rehabilitació per recuperar l'estat funcional per al seu retorn al domicili.

Aquest recurs també el necessiten alguns pacients que estan en una fase de la malaltia de terminalitat o altres col·lectius amb risc d'exclusió.

6.2 elements clau

unitats funcionals territorials

Aquestes unitats han de ser programes funcionals i multidisciplinaris que han de gestionar de forma protocol·litzada els i les pacients amb malalties cròniques en tota la xarxa sanitària i social.

Aquestes unitats funcionals han d'estar liderades per un referent clínic i ha d'integrar les diferents línies de serveis i àmbits que hi ha en el territori: atenció primària, especialitzada, sociosanitària, pal·liatiu i rehabilitació.

Els objectius principals de les unitats funcionals de persones malaltes cròniques són millorar l'organització assistencial mitjançant l'atenció compartida entre tots els dispositius que intervenen en cada territori i oferir una atenció sanitària integrada al i la pacient crònics i la seva família alhora de promoure la màxima autonomia.

Les seves funcions són:

- » Descriure el **mapa de processos** amb tots els dispositius existents al territori.
- » **Revisar i analitzar** cada un dels processos i dispositius de suport, objectius, criteris, rols, circuits, protocols i procediments que l'integren i que cal millorar, siguin específics d'AP o d'AE i tots els circuits de continuïtat assistencial amb altres dispositius o nivells assistencials.
- » **Redefinir**, si escau, el contingut de cada dispositiu, per tal de garantir:
 - Les activitats preventives.
 - L'atenció de la malaltia amb actitud sistemàtica i proactiva en totes les fases evolutives que l'integren: des del diagnòstic, els tractaments mèdics, quirúrgics i/o rehabilitadors (sigui quin sigui i on sigui més idoni), preveient els episodis greus i de certa complexitat, fins a l'atenció pal·liativa al final de la vida.
 - Gestió de casos, per donar resposta a les necessitats dels i les pacients més greus.

- Programes específics de rehabilitació segons el grau de discapacitat de cada fase evolutiva de la malaltia.

» **Consensuar:**

- L'actitud davant les aguditzacions.
- L'adaptació de la GPC a la realitat del territori.
- L'operativa de la central de seguiment telefònic

» **Definir:**

- L'estratificació del risc. Identificar els pacients amb més risc per incloure'ls dins el "Radar".
- La relació entre nivells, amb especial èmfasi en el paper de la infermera gestora de casos i la infermera d'enllaç.
- Els criteris d'accés a les unitats específiques territorials d'IC i MPOC: des del mateix hospital i des de l'APS.
- Els criteris de retorn des de l'hospital a l'APS.
- Estratègies per garantir que dins de l'hospital els criteris de maneig de la IC són homogenis.
- Indicadors d'avaluació integrada i compartida

referent de l'atenció a la persona malalta crònica

L'existència d'un **referent de la persona malalta crònica** territorialment ha de comptar, d'una banda, amb el coneixement del maneig global de les persones malaltes cròniques, i de l'altra, ha de tenir capacitat de lideratge. La seva missió ha de ser impulsar territorialment el consens entre professionals per a l'adaptació de la GPC, la seva implantació en tots els nivells assistencials i, finalment, la detecció de necessitats i presentació de propostes en matèria de formació.

És una figura funcional, és a dir, complementa la seva funció de referent amb la d'assistencial.

Ha de participar en el comitè assistencial territorial amb els diferents directores de processos i ha de tenir el reconeixement de la direcció per desenvolupar la seva tasca.

funció de la infermera

Les activitats que condueixen a augmentar el paper actiu en el control de la malaltia, de la persona malalta i de la cuidadora s'han mostrat eficaces en la millora de les condicions de vida i en el control de les reaguditzacions de persones malaltes cròniques i en conseqüència en la disminució dels ingressos hospitalaris^{32,33,34,35}.

Les intervencions d'infermeria en les persones malaltes cròniques contribueixen a aquesta millor autocura i es basen a fer partícip i corresponsable la persona en tot procés de salut. Pertant, aquesta corresponsabilitat vindrà donada per una major participació del i la pacient en la presa de decisions. Els programes educatius en autocura en pacients amb malalties cròniques com l'MPOC i la IC són efectius per millorar la qualitat de vida i per reduir ingressos

hospitalaris³⁶. La potenciació de l'autocura i autogestió de la malaltia ve reforçada per la motivació i l'educació per a la salut que preveu les intervencions següents:

- » Garantir la planificació i la preparació de l'alta (PREALT) per assegurar la continuïtat en el pas de l'atenció hospitalària a la comunitat.
- » Autogestionar adequadament la medicació i la resta de mesures terapèutiques.
- » Reconèixer els elements d'alarma, els símptomes i els signes, com els indicadors de l'empitjorament de la malaltia i tenir capacitat d'actuar davant d'aquests elements (maneig protocol·litzat de la medicació, alerta als metges responsables, etc.).
- » Centralitzar tota la informació de la persona malalta en un únic professional.
- » Fer el seguiment de l'adhesió terapèutica.

Així mateix, la individualització dels consells terapèutics i de les intervencions en totes les àrees de la malaltia des de la comunitat s'han mostrat com la clau per al millor control de la malaltia crònica³⁷. En aquest sentit, doncs, la funció de la infermera adquireix una posició central per aconseguir la personalització de les cures, l'ajuda a l'autocura, el suport a la persona cuidadora i la gestió de les atencions sanitàries centrades en la gestió del temps i en la organització de les tasques d'infermeria al llarg del recorregut de la malaltia garanteix la continuïtat assistencial³⁸.

Les intervencions que són responsabilitat de la infermera tenen dues vessants ben diferenciades. D'una banda, l'assistència directa en el maneig de persones malaltes cròniques i, de l'altra, la coordinació i la continuïtat assistencial.

Cada territori ha d'organitzar aquestes responsabilitats segons les seves característiques i disponibilitats tot i que es recomana diferenciar clarament aquests dos vessants.

infermera clínica experta

A partir d'aquesta òptica la infermera clínica experta proporciona l'atenció directa centrada en l'assoliment dels objectius terapèutics i desenvolupa les seves funcions a les unitats específiques d'IC o MPOC (unitats funcionals específiques territorials). La seva intervenció va dirigida fonamentalment a pacients amb múltiples ingressos hospitalaris.

L'àmbit de responsabilitat inclou les competències generals amb especial èmfasi en el monitoratge de pacients amb una situació clínica més severa, però amb certa autonomia desplaçar-se a l'hospital i preveu les intervencions següents:

- » Participació en el cribratge i la inclusió de pacients a programes de rehabilitació.
- » Reconeixement de signes i símptomes d'alarma i detecció precoç de complicacions.
- » Valoració del grau de coneixements, autocura i automaneig del i la pacient i/o família.
- » Titulació conjunta de fàrmacs segons protocols establerts.
- » Garantia del pla educatiu i l'adherència terapèutica.
- » Atenció de les demandes urgents telefòniques i posterior seguiment.
- » Coordinació amb l'hospital de dia per resoldre les demandes urgents, sense necessitat d'ingrés.

Cada territori ha de plantejar-se tenir infermeres expertes referents que aprofundeixin en el coneixement, les habilitats i la destresa en la IC i en l' MPOC i puguin assessorar la resta d'infermeres de l'EAP. Aquesta infermera referent ha de tenir la capacitat per tractar amb expertesa i de forma personalitzada els pacients en l'àmbit de l'avaluació clínica i el de l'educació sanitària, i el de la coordinació de l'atenció a càrrec dels metges de família, gestores de casos i els especialistes de referència dins el marc de l'AE.

infermera gestora de casos

La seva actuació es fonamenta en la gestió del procés en tot el recorregut de la malaltia en els casos especialment vulnerables. La seva contribució ha de ser:

- » Detectar els casos a cada un dels dispositius sanitaris, coordinant-se per tant amb els centres de salut i els hospitals i centres sociosanitaris.
- » Identificar pacients crònics a risc, pel seu perfil de pluripatologia i múltiples ingressos urgents.
- » Organitzar i coordinar la utilització dels recursos i dels serveis necessaris per a l'atenció individualitzada al llarg del procés assistencial integrat, garantint-ne l'accessibilitat i millorant-ne la coordinació i utilització.
- » Facilitar i intervenir de manera precoç en la planificació dels i les pacients ingressats que necessiten continuïtat assistencial després de l'alta per prevenir reingressos.
- » Avaluar el compliment per gestionar el redreçament al dispositiu necessari en les diferents situacions.
- » Fonamentar les intervencions en plans de cures normalitzats, per tal de millorar i homogeneïtzar les intervencions infermeres entre els diferents dispositius.
- » Garantir la disponibilitat de l'equipament i del material de cures necessari per al tractament de la malaltia.
- » Coordinar-se amb dispositius de l'àrea del benestar social de la comunitat, si, per millorar l'autocura en el control de la malaltia, cal una valoració social no disponible en el sistema sanitari.
- » Coordinar l'adequat seguiment clínic de la persona malalta, fent-hi intervenir els diferents professionals necessaris en cada moment.
- » Treballar de manera cooperativa amb professionals d'altres dispositius que intervenen en el procés d'atenció al pacient: com les infermeres clíniques expertes de l'àmbit hospitalari.
- » Treballar coordinadament amb altres dispositius que intervenen en fases de reagudització com seria el cas de l'hospitalització a domicili.
- » Coordinar les necessitats de transport sanitari per garantir la continuïtat assistencial.

funció del treball social

El model d'atenció integrada també preveu la persona amb problemes de salut en la seva situació social i familiar. L'entorn social i familiar i la història de vida de cada persona influeixen en la salut i el seu procés d'atenció.

La salut i el funcionament social s'afecten recíprocament. Contribuir des de l'expertesa de l'esfera social a millorar la qualitat de vida dels i les pacients crònics i les seves famílies és clau ja que el funcionament social pot ser considerat com un factor protector o un factor de risc en el benestar de les persones amb problema de salut.

El paper del treballador social (de l'atenció primària i l'atenció especialitzada) en l'atenció al pacient crònic està lligat al treball entorn al risc social i al risc social potencial que un funcionament social alterat pot ocasionar a aquests pacients.

Les intervencions del treballador social es resumeixen en:

- » Avaluació del funcionament social i familiar, determinant els factors protectors que la persona té per al seu benestar i els factors de risc que necessiten vigilància o intervenció específica social.
- » Exploració i avaluació dels recursos amb què compta el pacient, incloent-hi el grup d'atributs socials per donar continuïtat al procés terapèutic i de cura.
- » Tractament social: a partir del tractament social cal fer el procés d'ajuda i d'acceptació de l'ajuda (quan sigui necessari) en situació d'alteració del funcionament social i familiar i situacions de desavantatge i vulnerabilitat social. També inclou l'orientació a les persones per a la recerca i l'accés a serveis o prestacions concretes de l'àrea del benestar.
- » Coordinació i treball transversal amb els diferents serveis i dispositius del benestar per poder dur a terme el pla de tractament social acordat en l'equip.
- » Cada territori, segons la seva organització, ha de definir el moment d'inici de la intervenció del treballador social.
- » La intervenció òptima aconsella la comparació de l'avaluació social del i la pacient abans i després del procés de la intervenció social a fi d'avaluar l'evolució de l'esfera social del i la pacient i redirigir l'ajuda social prestada.

estratificació de la població

En el model d'atenció a persones amb malaltia crònica deixem de posar el focus d'atenció en el diagnòstic d'una malaltia concreta per passar a veure una situació global del i la pacient que inclou una o diverses malalties i les conseqüències en termes de funció física i mental i l'entorn social. La major part de les vegades no hi ha una única malaltia dominant i ens trobem amb multimorbiditat.

S'ha de definir la població diana centrada en els pacients crònics complexos, com aquelles persones amb múltiples malalties cròniques o amb una malaltia crònica principal i comorbiditat, sovint amb dependència per les ABVD que necessita, majoritàriament, serveis d'atenció a domicili.

Actualment, després d'anys d'utilització d'història clínica electrònica, tenim una gran oportunitat de desenvolupar models d'anàlisi més avançats amb les dades ja disponibles, que permetin fer una estratificació del risc de les persones assignades a un territori. Hi ha un nombre creixent de treballs a la literatura que aporten diferents experiències i instruments que utilitzen la informació dipositada en els sistemes d'informació, i mitjançant aquest model d'anàlisi, calcular el risc per cada persona.

Per identificar aquests pacients, a partir d'un procés d'estratificació de la població, utilitzarem models d'anàlisi de predicció de risc. La utilització dels agrupadors de morbiditat com els CRG enriqueixen aquest model.

Els factors amb major poder predictiu d'ingrés urgent són el nombre d'ingressos no programats ≥ 2 vegades l'any i l'estada acumulada de ≥ 9 dies l'any. Pel que fa als reingressos els factors amb més poder predictiu són tenir ≥ 65 anys i haver ingressat ≥ 2 vegades l'any anterior.

unitats de seguiment telefònic

El Centre de Seguiment de Malalties Cròniques (CSMC) és un recurs corporatiu que es posa al servei de la gestió de la patologia crònica. És un dispositiu transversal de suport que es coordina amb l'atenció primària i l'especialitzada, per donar continuïtat assistencial en períodes de més risc, especialment a l'alta hospitalària.

Les intervencions de telemonitoratge aconseguen reduir les hospitalitzacions i les visites a urgències, augmenten la qualitat de vida i els nivells de satisfacció de la persona³⁹ i contribueixen a la detecció i el tractament precoç davant dels signes de deteriorament^{40,41,42}.

Aquest dispositiu de seguiment telefònic té una doble orientació: d'una banda, potenciar l'autocura mitjançant l'EPS (educació per a la salut) i d'altra, ser un suport de vigilància per detectar complicacions precoçment. La població diana és la que està en el nivell 2 i 3 de la piràmide de risc. Per aquesta raó tenen un alt nivell de coordinació amb les infermeres gestores de casos. La unitat és gestionada per infermeria entrenada en IC, MPOC i en comunicació telefònica i entrevista motivacional.

S'ha de valorar la implantació de mecanismes de seguiment telefònic dels i les pacients més complexos, mitjançant les infermeres especialitzades dels equips d'atenció primària (EAP), les unitats funcionals o les infermeres especialitzades lligades a centrals de trucades d'àmbit territorial més ampli. Aquest seguiment telefònic, en general, ha de ser un dispositiu per reduir les visites presencials.

6.3 instruments

guies de pràctica clínica i protocols

El model d'atenció ha de tenir la cobertura de la GPC establerta. Cada territori ha d'adaptar els circuits a la seva realitat de manera que es comparteixin els criteris d'actuació entre tots els nivells assistencials: atenció primària i especialitzada i atenció sociosanitària i amb tots els/les professionals implicats: metges/esses de família, metges/esses especialistes en cardiologia, pneumologia, medicina interna, metges/esses rehabilitadors, infermers/eres, farmacèutics/ques, treballadors/es socials, etc.

Això inclou el disseny, la implantació i el seguiment dels resultats de les actuacions de les GPC i dels protocols consensuats entre tots els dispositius, per assegurar l'accés dels i les professionals a les eines informàtiques necessàries per tal de compartir tota la informació clínica rellevant relacionada amb el procés i disposar de programes de suport a la presa de decisions clíniques.

La revisió dels plans terapèutics ha de tenir en compte la relació amb els criteris de la comissió farmacoterapèutica de l'ICS i de les GPC aprovades.

Les GPC informatitzades (@GPC) incorporen algorismes per a la prescripció que permeten la tria d'un principi actiu i la selecció per part del professional d'un medicament concret davant múltiples opcions, recorden en aquest procés els esglaons terapèutics corresponents i detecten automàticament les contraindicacions informades a la història clínica.

En el marc del desenvolupament del programa ARES, d'harmonització dels estàndards de cures, les infermeres d'atenció primària han definit i consensuat els protocols de cures inicials i els plans de cures estandarditzats que inclouen la prestació de serveis infermers durant l'hospitalització (convencional i domiciliària) a les persones malaltes amb IC o MPOC. Així mateix, s'ha definit el pla de cures de la persona adulta fràgil, per aquells casos d'ingrés de pacients amb pluripatologia crònica i l'estàndard de cures pal·liatives i de l'atenció als últims dies, per a aquelles persones en fase terminal de la malaltia.

sistemes d'informació

Els sistemes d'informació (SSII) són un instrument estratègic i l'entorn imprescindible per a l'atenció integrada a la ciutadania. La informació del i la pacient ha d'estar disponible les 24 hores al dia, al lloc que es fa l'acte assistencial (és, per tant, a qualsevol lloc), ha de ser completa i precisa i ha d'estar sotmesa a les adequades mesures de seguretat.

La comunicació entre els diferents professionals i nivells d'assistència és bàsica per garantir la continuïtat en la gestió de les malalties cròniques. Aquesta comunicació pot donar-se a través de diferents sistemes i plataformes.

Els SSII per a l'assistència integral han de basar-se en variables comunes, clarament definides i consensuades que han de formar part d'un diccionari clínic corporatiu. Aquestes variables han de poder ser utilitzades des de qualsevol nivell assistencial per ser introduïdes com a nous valors o per ser recuperades d'anotacions anteriors.

L'escenari actual a l'ICS preveu dos SSII:

1. Sistema d'atenció especialitzada: ARGOS
2. Sistema d'atenció primària: ECAP

Aquests sistemes s'estan integrant entre si per compartir la informació clínic assistencial (HCC.net) i per gestionar bidireccionalment els fluxos de les seves agendes i circuits de transició de la ciutadania. Això ha de permetre millorar la traçabilitat d'aquells pacients de més risc, per identificar-los en el sistema, mitjançant sistemes d'alerta proactius i gestió d'avisos.

Qualsevol esdeveniment que passi en un SSII ha d'alertar l'altre i avisar els i les professionals implicats en els processos assistencials (gestió d'avisos i alertes proactives).

També es preveuen elements de suport per a l'autogestió, com són la Carpeta personal de salut, material educatiu, consells de salut, etc.

L'accés de la ciutadania a la seva història clínic (HC) i la seva participació en els continguts farà conscienciar els i les pacients de la realitat de la seva malaltia i de la importància d'un bon control continuat. Aquesta HC de la ciutadania haurà de ser l'instrument que permeti comunicar entre els pacients i els i les professionals i faciliti els canvis terapèutics que siguin convenients segons l'evolució de la malaltia crònica. No oblidem la funció que podran tenir les xarxes socials en la nova societat i que, per tant, ens obliguen a preparar els nostres SSII.

Tots els indicadors han d'estar recollits en el quadern de comandament d'àmbit territorial per al seu seguiment directiu.

El Diccionari clínic de l'ICS permet l'estandardització i homologació de les variables de forma estructurada i a la vegada normalitzada. D'aquesta manera podrem consultar des de qualsevol entorn, les variables recollides, permetent als i les professionals accedir a tota la informació disponible del i la pacient amb MPOC o IC (i/o altres malalties agudes o cròniques) i la visualització de fulls de monitoratge transversals al pacient i a la malaltia.

L'ús de les variables estructurades contingudes en el Diccionari clínic permetrà també que aquest fulls de monitoratge puguin ser accessibles des d'altres proveïdors de Salut no ICS mitjançant un web accessible de forma segura i des de qualsevol entorn amb accés a Internet.

document de voluntats anticipades (DVA)

Des de final de l'any 2000, a Catalunya hi ha la Llei sobre els drets d'informació corresponents a la salut i a la autonomia del i la pacient, però sembla que encara és molt desconeguda per una gran part de la població⁴³.

Els i les professionals de l'àmbit sanitari han de crear l'espai per informar o resoldre dubtes sobre el DVA. El document possibilita els coneixements i desigs del i la pacient per part dels i les professionals i dels qui l'han d'acompanyar, perquè així puguin respectar-los millor i tenir-los en compte en la presa de decisions. El moment idoni per oferir-lo o parlar-ne és quan la persona es troba en un nivell 2 de la piràmide de risc.

Aquesta informació hauria de ser accessible als diferents nivells d'assistència i des d'altres proveïdors.

A l'ICS ja hi ha un circuit administratiu de DVA que es pot consultar a:

http://10.80.217.110/intranet_ics/suport-activitat/sa_atencio_usuari/dva.html

Al Departament de Salut també hi ha aquesta documentació a l'enllaç:

<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/d1752002.pdf>

Aquest document també està disponible a la historia clínica compartida de Catalunya (HC3).

7. proposta per elaborar el Pla d'actuacions a l'ICS per cada territori

7.1 creació d'un grup de treball

Haurà de treballar amb **metodologia de gestió per processos**.

- » Crear la **unitat funcional territorial** de pacient crònic amb els i les professionals implicats en l'atenció (multidisciplinària i multinivells).
- » Nomenar la persona **responsable** del procés
- » Valorar **els dispositius** disponibles:
 - Equips d'atenció primària
 - Atenció domiciliària / hospitalització a domicili
 - Infermera gestora de casos de l'AP.
 - Infermera d'enllaç.
 - Especialista de suport a l'AP
 - Urgències d'AP i hospitalàries
 - Serveis especialitzats hospitalaris (IC/MPOC)
 - Hospital de dia
 - Consulta d'atenció ràpida
 - Hospitalització
 - Centre de seguiment malalties cròniques
 - Centres socio-sanitaris
 - PADES
 - Telemedicina
 - Consulta telemàtica
- » Dissenyar un **mapa de procés**

7.2 pla de formació

Haurà de definir un **pla de formació** específic per a professionals d'AP i AE.

7.3 indicadors

De cada un dels processos clau, haurà d'identificar els **indicadors** integrats en els sistemes d'informació actuals, de manera que siguin fàcils d'emplenar i de consultar pels/les professionals assistencials i que no necessitin múltiples aplicatius. Tots aquests indicadors han d'estar recollits en el quadern de comandament d'àmbit territorial per al seu seguiment directiu.

8. punt de sortida

Tenint en compte que el model d'atenció integrada al i la pacient crònic cal que es desenvolupi en el si d'una xarxa assistencial de base territorial on cada element desenvolupa la seva activitat de manera coordinada, tant entre nivells assistencials com entre diferents proveïdors, hem tractat de presentar la "situació de sortida" a nivell territorial, utilitzant "resultats" en el diagnòstic i tractament de la MPOC i la IC de tots els i les professionals que treballen amb aquests pacients en un territori.

S'han utilitzat les dades disponibles en els sistemes d'informació d'atenció primària de l'ICS (SIAP) i d'atenció hospitalària del CatSalut (CMBD-HA, d'hospitalització d'aguts) per donar informació de resultats que impliquen professionals de l'AP de l'ICS i de l'AH de la XHUP, amb una coherència territorial.

S'ha determinat com a unitat territorial l'ABS a què pertany la persona malalta i, aquestes, s'ha agrupat per gerència territorial i zona d'influència hospitalària (ZIH).

Tenint com a base el CIP (codi d'identificació personal) de la persona i les dades disponibles al SIAP i CMBD d'aguts es poden construir indicadors poblacionals, qualitius i d'eficiència i facilitar-los amb base territorial.

Insuficiència cardíaca		ALT PIRINEU	BARCELON	CATALUNYA CENTRAL	GIRONA	LLEIDA	METRO NORD	METROPOLITANA SUD	TARRAGON	TERRES DE L'EBRE	Total	Rang mínim	Rang màxim
Territori		A	A	CENTRAL	GIRONA	LLEIDA	METRO NORD	METROPOLITANA SUD	TARRAGON A	TERRES DE L'EBRE	Total	Rang mínim	Rang màxim
Incidència ICC per 1.000 habitants (1)		8,00	4,25	4,37	4,98	5,35	4,32	4,73	4,79	3,88	4,56	3,88	8,00
Prevalença ICC per 100 habitants (1)		2,67	1,68	1,19	1,50	1,56	1,21	1,54	1,50	2,06	1,50	1,19	2,67
Resolució IECA (% pacients amb IECA)		78,21	73,36	70,13	73,80	74,35	72,28	73,05	70,48	73,97	72,92	70,13	78,21
Resolució bbloq (% pacients amb bbloq)		38,93	41,92	39,09	39,55	42,25	42,23	41,86	34,85	38,06	40,96	34,85	42,25
Taxa hospitalització per 1.000 hab. (adj per edat) (2)		3,32	2,34	2,30	1,74	2,44	2,20	2,33	1,55	1,54	2,18	1,54	3,32
Estada mitjana (qualsevol hospital)		6,81	8,16	8,63	7,45	6,78	8,03	7,07	8,31	7,79	7,74	6,78	8,53
Taxa de reingressos (qualsevol hospital)		3,85	8,01	8,34	10,21	5,63	11,19	10,89	13,32	8,03	9,63	3,85	13,32
Taxa de pacients usuaris del recurs ingrés (3)		22,32	23,71	32,30	21,69	28,55	32,67	26,67	17,85	12,87	25,77	12,87	32,67
Àrees bàsiques amb hospital de referència ICS (ZIH)		ZIH Vall d'Hebron	ZIH Vall d'Hebron		ZIH Dr. Josep Trueta	ZIH Arnau de Vilanova	ZIH Germans Trias i Pujol	ZIH Bellvitge Viladecans	ZIH Joan XXIII	ZIH Verge de la Cinta	Total	Rang mínim	Rang màxim
Incidència ICC per 1.000 habitants (1)		4,20	4,20		5,53	5,35	4,13	5,11	5,68	3,91	4,76	3,91	5,68
Prevalença ICC per 100 habitants (1)		2,30	2,30		2,13	2,10	2,08	2,21	2,18	2,92	2,22	1,82	2,92
Resolució IECA (% pacients amb IECA)		74,66	74,66		73,81	74,35	70,64	72,67	71,39	73,80	73,54	70,64	74,66
Resolució bbloq (% pacients amb bbloq)		41,48	41,48		41,01	42,25	41,28	38,43	33,48	39,29	41,08	33,48	52,24
Taxa hospitalització per 1.000 hab. (adj per edat) (2)		2,79	2,79		1,40	2,44	2,65	2,61	1,45	1,43	2,25	1,40	2,79
Estada mitjana (qualsevol hospital)		7,90	7,90		6,95	6,78	8,81	6,23	9,77	8,11	7,67	6,23	9,77
Estada mitjana (hospital ICS)		5,99	5,99		7,52	5,90	9,61	7,14	10,34	7,55	7,33	5,90	10,34
Taxa de reingressos (qualsevol hospital)		5,63	5,63		9,13	5,63	12,45	11,09	11,11	6,22	8,23	5,63	12,45
Taxa de reingressos (hospital ICS)		2,30	2,30		7,39	7,78	10,74	8,86	9,09	5,56	7,01	2,30	10,74
Índex de cobertura de l'hospital ICS en el territori		67,48	67,48		84,62	52,34	60,82	85,60	83,11	67,22	69,70	52,34	89,95
Taxa de pacients usuaris del recurs ingrés (3)		28,21	28,21		17,61	28,55	31,57	26,57	17,71	11,75	24,82	11,75	31,57
Hospitals ICS		Vall d'Hebron	Vall d'Hebron		Dr. Josep Trueta	Arnau de Vilanova	Germans Trias i Pujol	Bellvitge Viladecans	Joan XXIII	Verge de la Cinta	Total	Rang mínim	Rang màxim
Estada mitjana		6,25	6,25		7,97	5,88	9,69	7,51	10,83	7,50	7,57	5,88	10,83
Taxa de reingressos		2,54	2,54		7,83	7,83	10,02	7,87	7,98	5,49	6,95	2,54	10,02
I. Penetració del territori en l'hospital (4)		75,43	75,43		80,20	94,91	65,63	97,87	94,74	99,38	78,21	45,40	99,38
% IC sobre total ingressos hospital		1,89	1,89		1,37	1,94	2,27	3,83	1,19	1,56	2,26	1,19	5,28

(1) sobre població assignada >=45 anys

(2) sobre població assignada ponderada per grups de edat

(3) pacients ingressats per IC/pacients diagnòstics IC

(4) % altes IC/territori sobre total altes IC hospital



MPOC		ALT PIRINEU I ARAN	BARCELONA	CATALUNYA CENTRAL	GIRONA	LLEIDA	METRO NORD	METROPOLITANA SUD	TARRAGONA	TERRES DE L'EBRE	Total	Rang mínim	Rang màxim	
Incidència MPOC per 1.000 habitants (1)		8,98	7,53	5,71	7,16	10,36	6,64	8,05	7,82	5,21	7,37	5,21	10,36	
Prevalença MPOC per 100 habitants (1)		6,72	5,17	5,15	4,60	5,81	4,93	5,31	5,22	4,79	5,13	4,60	6,72	
Resolució amb espirometria (%)		19,73	40,70	44,44	37,42	46,06	44,88	52,07	26,46	27,07	43,23	19,73	52,07	
Resolució verificació inhaladors (%)		71,30	63,86	63,95	71,12	65,53	59,92	67,89	68,61	69,89	65,13	59,92	71,30	
Taxa hospitalització per 1.000 hab (adj. per edat) (2)		3,42	2,41	1,88	2,13	2,39	2,45	2,24	2,02	1,69	2,27	1,69	3,42	
Estada mitjana (qualsevol hospital)		6,73	7,53	8,00	6,45	7,70	7,17	6,39	7,99	6,57	7,13	6,39	8,00	
Taxa de reingressos (qualsevol hospital)		9,70	10,03	10,21	11,16	5,73	12,49	12,09	10,70	5,20	10,83	5,20	12,49	
Taxa de pacients usuaris del recurs ingrés (3)		10,99	10,60	8,51	11,60	10,14	12,13	10,06	9,77	8,46	10,58	8,46	12,13	
Àrees bàsiques amb hospital de referència ICS														
Incidència MPOC per 1.000 habitants (1)			ZIH Vall d'Hebron		ZIH Dr. Josep Trueta	ZIH Arnau de Vilanova	ZIH Germans Trias i Pujol	ZIH Bellvitge	ZIH Viladecans	ZIH Joan XXIII	ZIH Verges de la Cinta	Total	Rang mínim	Rang màxim
Prevalença MPOC per 100 habitants (1)			8,30		6,52	10,36	8,53	8,60	9,24	8,00	4,85	8,35	4,85	10,36
Resolució espirometria			5,45		4,79	5,81	5,35	5,32	5,15	4,93	4,87	5,32	4,79	5,81
Resolució espirometria			46,82		45,59	46,06	56,63	55,52	54,78	20,77	30,09	46,45	20,77	56,63
Taxa hospitalització per 1.000 hab (adj. per edat)			65,30		73,13	65,53	57,04	67,03	73,69	67,41	69,79	66,56	57,04	73,69
Estada mitjana (qualsevol hospital)			7,75		5,71	7,70	6,30	5,16	6,76	8,32	6,68	7,05	5,16	8,32
Estada mitjana (hospital ICS)			4,86		5,67	6,60	7,46	5,47	6,53	8,19	6,17	6,24	4,86	8,19
Taxa de reingressos (qualsevol hospital)			8,48		7,64	5,73	17,66	7,89	12,47	9,75	3,80	9,29	3,80	17,66
Taxa de reingressos (hospital ICS)			3,60		7,66	7,75	11,81	4,96	11,17	8,12	5,00	7,37	3,60	11,81
Índex de cobertura de l'hospital ICS en l'àmbit			53,28		85,45	61,34	45,77	70,76	98,01	73,58	60,84	63,38	45,77	88,01
Taxa de pacients que entren el recurs "ingrés"			11,10		10,52	10,14	13,06	7,60	12,29	11,25	7,90	10,44	7,60	13,06
Hospitals ICS														
Estada mitjana			Vall d'Hebron		Dr. Josep Trueta	Arnau de Vilanova	Germans Trias i Pujol	Bellvitge	Viladecans	Joan XXIII	Verges de la Cinta	Total	Rang mínim	Rang màxim
Taxa de reingressos			5,42		5,88	6,71	7,41	6,11	6,59	8,29	6,18	6,42	5,42	8,29
% Penetració del territori a l'Hospital (4)			3,00		7,17	9,43	11,11	6,57	10,93	8,10	4,97	7,41	3,00	11,11
% MPOC sobre total ingressos a l'Hospital			75,43		80,20	94,91	65,63	45,40	97,87	94,74	99,38	78,21	45,40	99,38
			1,46		1,84	2,23	1,80	1,87	5,50	1,38	1,53	1,87	1,38	5,50

(1) sobre població assignada

(2) sobre població assignada ponderada per grups d'edat

(3) pacients ingressats per MPOC/pacients diagnosticats MPOC

(4) % altes MPOC territori sobre total altes MPOC hospital



D'aquesta manera, en la situació de sortida (taules 1 i 2) faciliten resultats, referents a MPOC i IC, de l'any 2009:

1. Indicadors poblacionals:

Prevalença: nombre de casos que presenten la malaltia d'MPOC o IC, dividit pel nombre total de la població.

Incidència: nombre de nous diagnòstics d'MPOC o ICC en el darrer any.

2. Indicadors qualitius:

Diagnòstic amb espirometria: % de població utilitzadora >39 anys, amb diagnòstic nou de malaltia pulmonar crònica durant el període d'avaluació, en què s'ha realitzat una espirometria.

Tractament amb IECA en IC: % de població utilitzadora* >14 anys, amb el diagnòstic d'insuficiència cardíaca congestiva (ICC), en què consta tractament actual amb IECA o ARA 2.

Tractament amb BETABLOCADORS en IC: % de població utilitzadora* >14 anys, amb el diagnòstic d'insuficiència cardíaca congestiva (ICC), en què consta tractament actual amb betablocadors

Resolució amb inhaladors en MPOC: % de població utilitzadora >39 anys, amb diagnòstic de malaltia pulmonar crònica, en què consti que s'ha fet ensinistrament i verificació de tècnica en inhaladors.

Reingressos: nre. de pacients donats d'alta que reingressen de manera urgent abans de 30 dies després de ser donats d'alta i que el motiu de l'alta inicial no sigui trasllat.

3. Indicadors d'accessibilitat:

Índex de cobertura de l'hospital ICS en el territori

4. Indicadors d'eficiència:

Taxa d'hospitalització a aguts: nre. d'altres per 1.000 habitants

Estada mitjana hospitalària: diferència entre la data de l'alta i la data de l'ingrés

Taxa de "pacients utilitzadors del recurs ingrés":

*Població utilitzadora: població assignada i atesa, com a mínim, una vegada a l'EAP per qualsevol dels serveis de medicina de família, pediatria, odontologia, infermeria o treballadora social en els darrers 3 anys respecte a la data d'explotació.

Finalment es donen resultats hospitalaris (Hospitals ICS) d'estada mitjana i reingressos i índex de penetració del territori a l'hospital amb els diagnòstics d' MPOC i IC.

consideracions

- » Pel que fa a indicadors poblacionals, de qualitat diagnòstica i de tractament, s'ha de tenir en compte que s'han construït sobre la base de les dades registrades pels i les professionals durant la pràctica assistencial. És per això que els resultats d'incidència, prevalença i proporció de pacients utilitzadors del recurs "ingrés" s'han de valorar amb molta precaució. La mateixa recomanació es fa pels indicadors de qualitat diagnòstica i terapèutica.
- » Per valorar millor les diferències trobades amb l'EM i els reingressos dels hospitals caldria conèixer la derivació a centres sociosanitaris (CSS) per cada territori i l'existència de recursos alternatius a l'hospitalització d'aguts.
- » Cal tenir en compte si l'hospitalització a domicili, que té lloc com a continuació d'un ingrés convencional, es comptabilitza com un nou ingrés augmentarà el percentatge de reingressos de l'hospital, la taxa d'hospitalització del territori i la taxa de pacients "utilitzadors" del recurs ingrés. Així territoris que utilitzen l'hospitalització domiciliària com un recurs complementari de l'hospital d'aguts, en lloc d'un centre sociosanitari, en sortiran perjudicats pel que fa a aquests indicadors.
- » De la mateixa manera per poder valorar les diferències que hi ha en el percentatge que l'MPOC i la IC representa en el total d'altres convencionals de l'hospital, caldria conèixer la implementació de la CMA en els hospitals, sobre tot en els hospitals generals bàsics i de segon nivell.



9. avaluació

És tracta d'una proposta d'indicadors que pretén donar informació de “Resultats” en el diagnòstic i tractament de les malalties cròniques, que involucren tots els i les professionals que treballen amb aquests pacients en un territori. És per això que s'haurien d'integrar en un “Quadern de comandament territorial”.

Es proposen indicadors poblacionals, qualitatius, d'accessibilitat, i d'eficiència. Aquests indicadors serien avaluable a gerència territorial, zona d'influència hospitalària, equip d'atenció primària i professionals.

És fonamental que les dades necessàries per a la construcció d'aquests indicadors siguin recollides de manera sistemàtica i els resultats es faciltin periòdicament als destinataris finals.

És molt important definir els valors esperats (de referència) que constituïrien els objectius finals que cal assolir. Sobre aquesta base i la dels successius acords de gestió territorials s'anirà definint l'estratègia que cal seguir per tal d'apropar els resultats als objectius.

Dels 26 indicadors proposats, hi ha informació de 21 indicadors al SIAP, CMBD d'hospitalització d'aguts i CMBD dels recursos socio-sanitaris (CMBD-RSS). Falta informació per la construcció de cinc indicadors (*), la recollida sistemàtica podria ser objecte de successius “Acords de gestió”.

9.1 proposta d'Indicadors

1. Indicadors **poblacionals:**

- a. Prevalença
- b. Incidència

2. Indicadors **de procés o qualitat assistencial:**

- a. Diagnòstic amb ...
- b. Tractament amb...
- c. Taxa de documents d'últimes voluntats a l'HCCC
- d. Taxa de pacients en situació terminal (codificats)
- e. Taxa de complexitat/fragilitat
- f. Enquestes de satisfacció dels i les pacients

3. Indicadors **d'accés als serveis:**

- a. Temps d'espera per a visita a AP
- b. Temps d'espera de primera visita a l'especialista
- c. Temps d'espera per a proves complementàries diagnòstiques.
- d. Temps d'espera per recurs socio-sanitari

4. Indicadors d'eficiència:

- a. Taxa de derivacions des d'AP a AE per especialitat
- b. Freqüentació de PV i successives a AE
- c. Freqüentació AP (metge i infermera)
- d. Freqüentació a urgències
 - I. Nombre dies acumulats els últims 12 mesos d'ingrés urgent o no programat relacionat amb ingrés amb diagnòstic principal MPOC / insuficiència cardíaca
- e. Freqüentació a proves complementàries
- f. Taxa d'hospitalització a aguts (reingressos, altes i estades hospitalàries, estades a hospitalització a domicili...)
 - I. Índex hospitalitzacions evitables
 - II. Taxa de reingressos < 30 dies per pacients amb ingrés amb diagnòstic principal MPOC / IC
- g. Taxa d'hospitalització a centre sociosanitari
- h. Taxa de professionals (metges, infermeres, treballadors socials...) /100.000 habitants
- i. Taxa de llits d'aguts i SS/100.000 habitants
- j. Cost de farmàcia per pacient MPOC i IC

5. Indicadors de procés per monitorar rutes:

- a. Proporció de persones incloses en el Programa ATDOM amb Pla de cures fet
- b. Proporció pacients PREALT amb contacte postalta hospitalària abans de 48 hores

10. annexos

document VA

ICS:

http://10.80.217.110/intranet_ics/suport-activitat/sa_atencio_usuari/dva.html

Departament de Salut:

<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/d1752002.pdf>

enllaç GPC IC i MPOC

Guia d'insuficiència cardíaca de l'ICS

http://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/insuficiencia_cardiaca/insuficiencia_cardiaca.htm

Guia de malaltia pulmonar obstructiva crònica

<http://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/mpoc/mpoc.htm>

enllaç del document

“Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut. Aplicació del model de gestió de casos als equips d'atenció primària de salut”

http://www.gencat.cat/ics/professionals/pdf/gestio_casos.pdf

enllaç del document

“Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut”

<http://www.gencat.cat/ics/professionals/pdf/atdom.pdf>

llista d'abreviatures:

AE	Atenció especialitzada
APS	Atenció primària de salut
CIP	Codi d'identificació personal
CMBD	Conjunt mínim bàsic de dades
CRG	Clinical Risk Group
CSMC	Centre de seguiment de malalties cròniques
CSS	Centres socioanitaris
DVA	Document de voluntats anticipades
EAP	Equip d'atenció primària
ECAP	Estació clínica d'atenció primària
EpS	Educació per a la salut
GPC	Guia de pràctica clínica
@GPC	GPC informatitzada
HC	Història clínica
IC	Insuficiència cardíaca
ICS	Institut Català de la Salut
MPOC	Malaltia pulmonar obstructiva crònica
PDMAC	Pla director de malalties de l'aparell circulatori
PDMAR	Pla director de malalties de l'aparell respiratori
PADES	Programa d'atenció domiciliària i equips de suport
PISA	Programa de prevenció i suport a l'alta
SIAP	Sistemes d'informació d'atenció primària
SSII	Sistemes d'Informació
UIC	Unitats d'insuficiència cardíaca
ZIH	Zona d'influència hospitalària

11. bibliografia

1. Daniel Levy, M.D., Satish Kenchaiah, M.D., Martin G. Larson, S.D, et al. Long-term trends in the incidence of and surgical with heart failure. *N Engl J Med* 2002; 347: 1397 – 1402
2. Vilchez Moraga,A. Rodriguez Pascual, A.
3. http://www.segg.es/segg/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2030_III.pdf
4. Linné AB.; Liedholm H.; Jendteg S.; Israelsson B. Health care costs of heart failure: results from a randomised study of patient education. *Eur J Heart Fail.* 2000; 2(3): 291-7
5. Lupón J.;Parajón T.; Urrutia A. Et al. Reducción de los Ingresos por Insuficiencia Cardíaca en el primer año de seguimiento en una Unidad Multidisciplinaria. *Rev Clín Cardiol.* 2005; 58: 374-380.
6. Altimir S.; Lupón J.; González B; et al. Sex and Age Differences in fragility in a heart failure population. *Er J Heart Fail* 2005; 7: 798-802.
7. Michael W. Rich,MD.; Valerie Beckam, R.N.; Carol Wittenberg, RN; et al. A Multidisciplinary Intervention to Prevent the Readmission of alderly Patients Wiht Congestive Heart Failure. *N Engl J Med.* 1995 Nov 2;333(18):1190-5.
8. Lupón J,Parajóna T,Urrutiaa A, Gonzáleza B, Herrerosa J, Altimira S, Colla R, Pratsa M, Vallea M “ Unitat d'Insuficiència Cardíaca”. Reducción de los ingresos por insuficiencia cardíaca en el primer año de seguimiento en una unidad multidisciplinaria.España. *Rev Esp Cardiol.* 2005;58:374-80.
9. Miravittles M, Soriano JB, García-Río F, Muñoz L, Duran-Tauleria E, Sanchez G, Sobradillo V, Ancochea J. Prevalence of COPD in Spain: impact of undiagnosed COPD on quality of life and daily life activities. *Thorax.* 2009;64:863-8.
10. British Thoracic Society, The burden of lung diseases. 2001.
11. Servei d'Informació i Estudis de la Direcció General de Recursos Sanitaris del Departament de Salut. Anàlisi de la mortalitat a Catalunya, 2007. *Butlletí Epidemiològic.* 2009;XXX (3):37-46.
12. Enquesta de Salut de Catalunya 2006. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/r15.pdf>.
13. Soler-Cataluña JJ, Martínez-García MA, Román Sánchez P, Salcedo E, Navarro M, Ochando R. Severe acute exacerbations and mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2005;60:925-31.
14. Bahadori K, FitzGerald JM, Levy RD, Fera T, Swiston J. Risk factors and outcomes associated with chronic obstructive pulmonary disease exacerbations requiring hospitalization. *Can Respir J.* 2009;16:e43-9.
15. Miravittles M, Soriano JB, García-Río F, Muñoz L, Duran-Tauleria E, Sanchez G, Sobradillo V, Ancochea J. Prevalence of COPD in Spain: impact of undiagnosed COPD on quality of life and daily life activities. *Thorax.* 2009;64:863-8.

16. Garcia-Aymerich J, Escarrabill J, Marrades RM, Monsó E, Barreiro E, Antó JM; EFRAM Investigators. Differences in COPD care among doctors who control the disease: general practitioner vs. pneumologist. *Respir Med* 2006;100:332-9.
17. Guía clínica de la Sociedad Española de Cardiología.
http://www.revespcardiol.org/guias_pract.htm.
18. Guía clínica de la Sociedad de Cardiología Irlandesa, 2005.
<http://www.crestni.org.uk/publications/guidelines.pdf>.
19. Guía clínica del Instituto Nacional de la Excelencia Clínica.Reino Unido, 2003.<http://www.nice.org.uk/pdf/CG5NICEguideline.pdf>.
20. Guía clínica de la Sociedad Americana de Cardiología, 2005.<http://content.onlinejacc.org/cgi/reprint/46/6/e1>.
21. Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de la EPOC. SEPAR-ALAT.2007.
<http://www.separ.es>
22. Guía clínica de la Sociedad Europea de Cardiología, 2005
<http://www.escardio.org/NR/rdonlyres /8a2848B4-5DEB-41B9-9A0A-B5A90494B64/0/CHFFullTextehi205FVFW170505.pdf>.
23. Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. SEPAR-ALAT, 2007. www.separ.es
24. O'Donnell DE, Aaron S, Bourbeau J, Hernandez P, Marciniuk D, Balter M, et al. Canadian Thoracic Society "recommendations for management of chronic obstructive pulmonary
25. disease –2007 update. *Can Respir J* 2007; 14 (Suppl B): 5N-32B
26. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Recomendaciones para la atención al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol*. 2001; 37: 269-278
27. Atención Integral al paciente con EPOC.Desde la Atención Primaria a la Especializada.Guía de práctica clínica 2010. semFYC-SEPAR
28. Guía NICE: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13029/49397/49397.pdf>
29. Guía d'Insuficiència Cardíaca de l'ICS
http://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/insuficiencia_cardiaca/insuficiencia_cardiaca.htm
30. Guía de Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica de l'ICS
31. <http://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/mpoc/mpoc.htm>
32. Edward H Wagner The role of patient care teams in chronic disease management *BMJ* 2000;320:569-572
33. Self-Management for Long-term Conditions. Patients' perspectives on the way ahead. Sara Corben and Rebecca Rosen. London. King's Fund 2005



34. Transforming Chronic Care. Evidence about improving Care for People with Long-term Conditions. The University of Birmingham. NHS. UK
35. González B.; Lupón J.; Parajón T. Nurse evaluation of patients in a new multidisciplinary Heart Failure Unit in Spain. *Eur J Cardiovasc Nur* 2004; 3: 61-69
36. Eric A., Coleman, MD, MPH, Jordi D. Smith, ND, et al. Preparing Patients and Caregivers to Practice in Care Delivered Across Settings: The Care Transitions Intervention. *J. Am Geriatr Soc* 52:1817-1825, 2004
37. Los cuidados supervisados por enfermeras mejoran el funcionamiento vital de pacientes con insuficiencia cardíaca que residen en comunidades minoritarias. Press Release, August 15, 2006. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD
38. González B.; Lupón J.; Herreros J. Patient's education by nurse: What we really do achieve?. *Eu J Cardiovasc Nur* 2005; 4: 107-111
39. Effing T, Monninkhof EM, van der Valk PDLPM, van der Palen J, van Herwaarden CLA, Partidge MR, Walters EH, Zielhuis GA. Educación en autocuidado para pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Revisión Cochrane traducida). *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2
40. Van Eijken M, Tsang S., Wensing M., et al. Interventions To Improve Medication Compliance in Older Patients Living in the Community. *Drugs Aging* 2003; 20 (3): 229-240
41. www.expertpatients.nhs.uk/
42. Polisen J, Tran K, Cimon K, Hutton B, McGill S, Palmer K, Scott RE. Home telehealth for chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. *J Telemed Telecare*. 2010; 16(3):120-7.
43. Robyn A Clark, Sally C Inglis, Finlay McAlister, John GF Cleland, Simon Stewart. Telemonitoring or structured telephone support programmes for patients with chronic heart failure: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2007; 334:942.
44. Inglis, Clark, Mc Alister, Lewinter et al. Structured telephone support or telemonitoring programmes for patients with chronic heart failure. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 8
45. Arauzo V et al. Grado de conocimiento sobre la ley de voluntades anticipadas entre los familiares de los pacientes ingresados en un servicio de medicina intensiva. *Med Clin (Barc)*. 2010; 134(10):448-51



www.gencat.cat/ics

www.portalics