



PRÀCTICA AVANÇADA EN EL PACIENT CRÒNIC COMPLEX

**Pilar Ferré, Marina Ferrer, Cèlia Garcia, Silvia Gubern,
Conxita Jiménez, Susanna Rivert, Tere Rodriguez**

Terrassa, 11 i 12 de Desembre 2013



ASSOCIACIÓ D'INFERMERIA
FAMILIAR I COMUNITÀRIA DE CATALUNYA

CST
Fundació Joan Costa Roma



PLA DE SALUT 2011-2015

PROGRAMA D'ATENCIÓ I PREVENCIÓ A LA CRONICITAT

- Prevenció i atenció a la malaltia crònica com un pilar del nou model sanitari català i fa de de la cronicitat complexa un element fonamental de la seva estratègia.
- Dos grups de pacients amb complexitat :
 - Pacient crònic complex (PCC) i un subgrup
 - Pacient amb malaltia crònica avançada(MACA)



PER QUIN MOTIU?

Pla de Salut
2011-2015

Figura 8: Línies d'Actuació del Pla de Salut 2011-2015

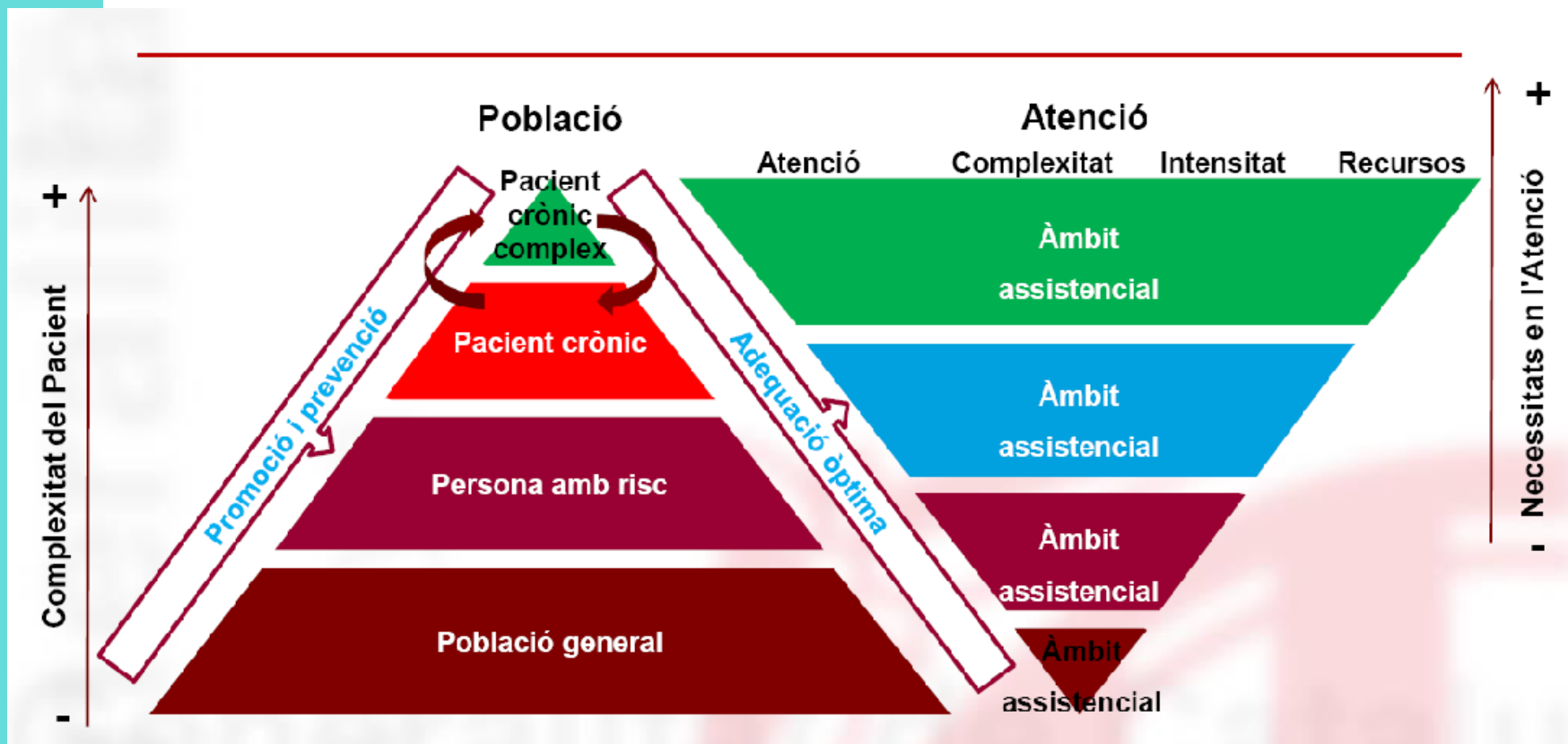




FINALITAT DEL PROGRAMA

- Que el PCC rebi una atenció proactiva, resolutive, adequada , eficient i satisfactòria en qualsevol moment i amb la intensitat que calgui.
- Aquesta atenció ha de facilitar la cura d'aquests pacients amb el dispositiu més adequat , i és el domicili l'eix sobre el qual han de pivotar tots els recursos per tal de millorar la qualitat de vida, els resultats en salut i garantir una utilització eficient dels recursos.

TIPUS DE MALALTS / DEMANDA SANITARIA



5% de la població consumeix 75% dels recursos del sistema sanitari



QUÈ ÉS UN PACIENT CRÒNIC COMPLEX ?

- El Departament de salut defineix en el PPAC al PCC com un pacient crònic amb situació clínica de difícil gestió.
- Presència de diverses malalties cròniques de manera concurrent(perfil o situació de multimorbiditat greu)
- Presència de malaltia d'òrgan específic en situació clínica greu , que cursa amb insuficiència o claudicació d'òrgan o sistema (insuficiència cardíaca, MPOC , insuficiència renal crònica, demència, esquizofrènia , depressió,...)



CARACTERÍSTIQUES DELS PCC

- Alta **probabilitat de patir crisis** , amb molta simptomatologia i mal control.
- Evolució dinàmica, **variable** i que precisa monitoratge continu.
- **Alta utilització de serveis** d'hospitalització urgent.
- Sovint la situació de la malaltia és **progressiva**, avançada i amb pronòstic de vida limitat (MACA)
- **Elevat consum de recursos** i fàrmacs , i risc iatrogènic.
- Requeriment d'un maneig multidisciplinari.
- Associació a fragilitat, pèrdua funcional, davallada aguda (funcional o cognitiva) o aparició de síndromes geriàtriques.



OBJECTIUS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓ I ATENCIÓ A LA CRONICITAT (PPAC)

- Millorar la qualitat d'atenció d'aquest grup de pacients, de les persones que els cuiden i de la seva família, mantenint-los el màxim temps possible en la comunitat amb la millor qualitat possible de vida.
- Prevenir o retardar la discapacitat i mantenir o millorar la capacitat funcional.
- Millorar la qualitat de vida del pacient
- Disminuir el nombre d'ingressos urgents o no programats i les visites a urgències, així com assegurar estades adequades quan es produïxi un internament.



OBJECTIUS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓ I ATENCIÓ A LA CRONICITAT (PPAC)

- Garantir una atenció adequada mitjançant un seguiment proactiu i/o vigilància per prevenir les descompensacions i amb capacitat de resposta a les situacions de crisi que puguin presentar.
- Potenciar l'autocura i l'autonomia del pacient i la seva família.



de qui és el malalt, des d'on ho afrontem?



Atenció
primària



At.
Especialitzada
/ Hospital
Aguts



Hospital
Llarga estada



Centre
residencial



Salut mental



Unitat de Continuitat Assistencial (UCA): Gestió de Casos i Integració entre nivells assistencials.



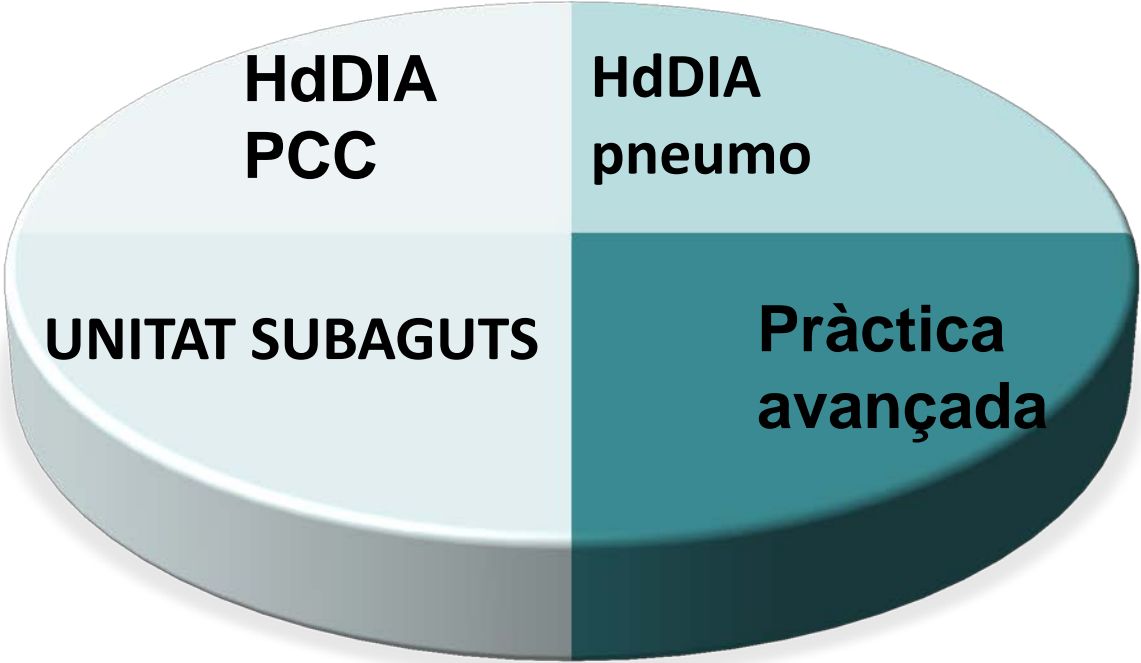
QUÈ ÉS LA UCA ?



La **UCA** és una Unitat Funcional, integrada per un Equip multidisciplinar (*IGC hospitalàries i comunitàries, Metge Geriatria, Treball Social i personal administratiu*), que asseguren un abordatge integral del **Pacient Crònic Complex**, garantint una fàcil accessibilitat als diferents dispositius creats per a l'atenció al PCC (unitat de subaguts, hospital de dia, unitat MPOC, pluripatològic...) entre els diferents nivells assistencials.

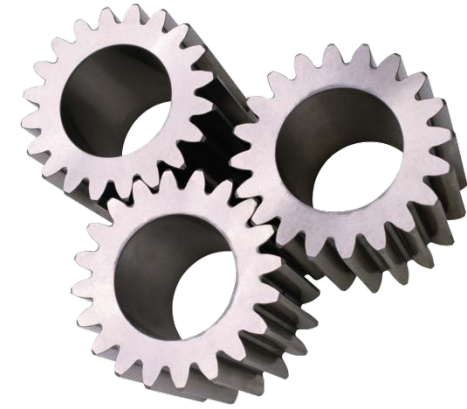


UCA





EQUIP UCA



- **Inici Octubre 2012 .**
- **Equip multidisciplinar actual :**
 - ✓ IGC comunitàries: actualment 5 amb cobertura a 6 CAPs
 - ✓ IGC hospitalàries: antiga UFISS geriatria
 - ✓ 2 Metges Geriatres
 - ✓ Treball Social
 - ✓ Personal administratiu

Coordinació amb especialistes i serveis que tracten a PCC: Pneumologia , M.interna , Ucies, Cardiologia ..
Coordinació amb : IGCC de Can Rull i Sant Quirze



POBLACIÓ DIANA



- PACIENT CRÒNIC COMPLEX



OBJECTIUS UCA

- Coordinar la Gestió del Cas dels PCC col.laborant
- ***en el seu abordatge integral .***

- Facilitar ***l'accessibilitat i l'enllaç*** entre els diferents
- dispositius per aquests pacients :
 - ❖ Unitat de subaguts/ UGA / SS
 - ❖ Hospital de dia
 - ❖ Unitat Demències
 - ❖ Cures Pal.liatives
 - ❖ altres ..

- Garantir la ***continuitat assistencial***
-







A L'ATENCIÓ PRIMARIA

Identificació i etiquetatge del PCC

PIIC: valoració integral + pla de cures

Proactivitat en situació d'estabilitat
UBA i IGC

Si DESCOMPENSACIÓ:

IGC + UBA

Atenció i pràctica avançada a domicili.

+/- suport de la UCA hospitalaria

**Suport
especialitzada**

HdDia

**Subaguts /
UGA/Aguts**

...

ucies



A L'HOSPITAL

Proactiva:

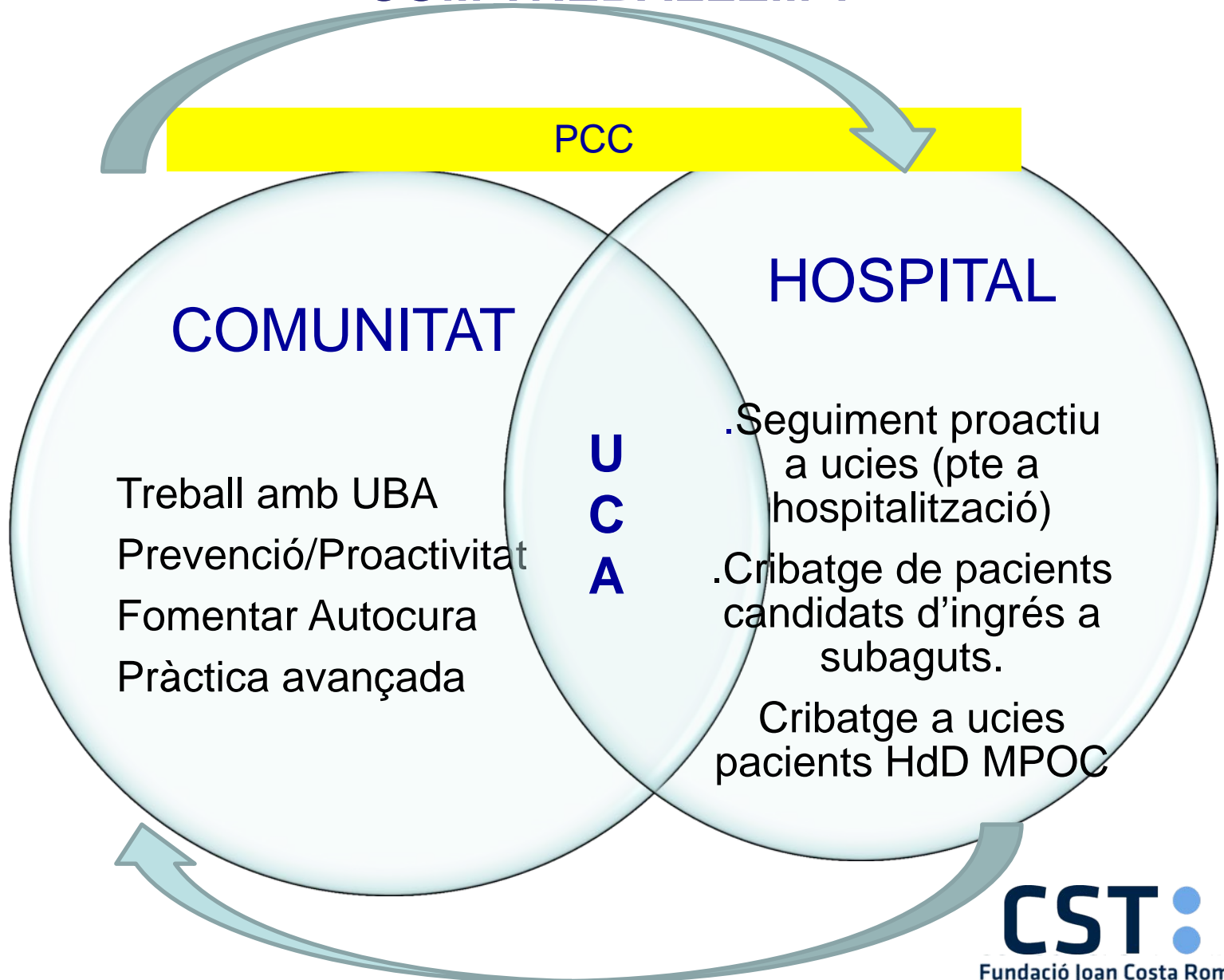
- Seguiment dels Pacients PCC etiquetats a :
Ucies i a planta
- Detecció de pacients candidats a subaguts
- Planificació de l'Alta, PREALT!!!

A demanda:

- Gestió d'ingressos des de primària
- Suport telefònic com a equip consultor
- Equip de suport durant l'hospitalització per iniciar i facilitar la Gestió del cas.



COM TREBALLEM ?





REUNIONS COORDINACIÓ UCA

- Operatives dia a dia: UCA: MG-IGCH-TS

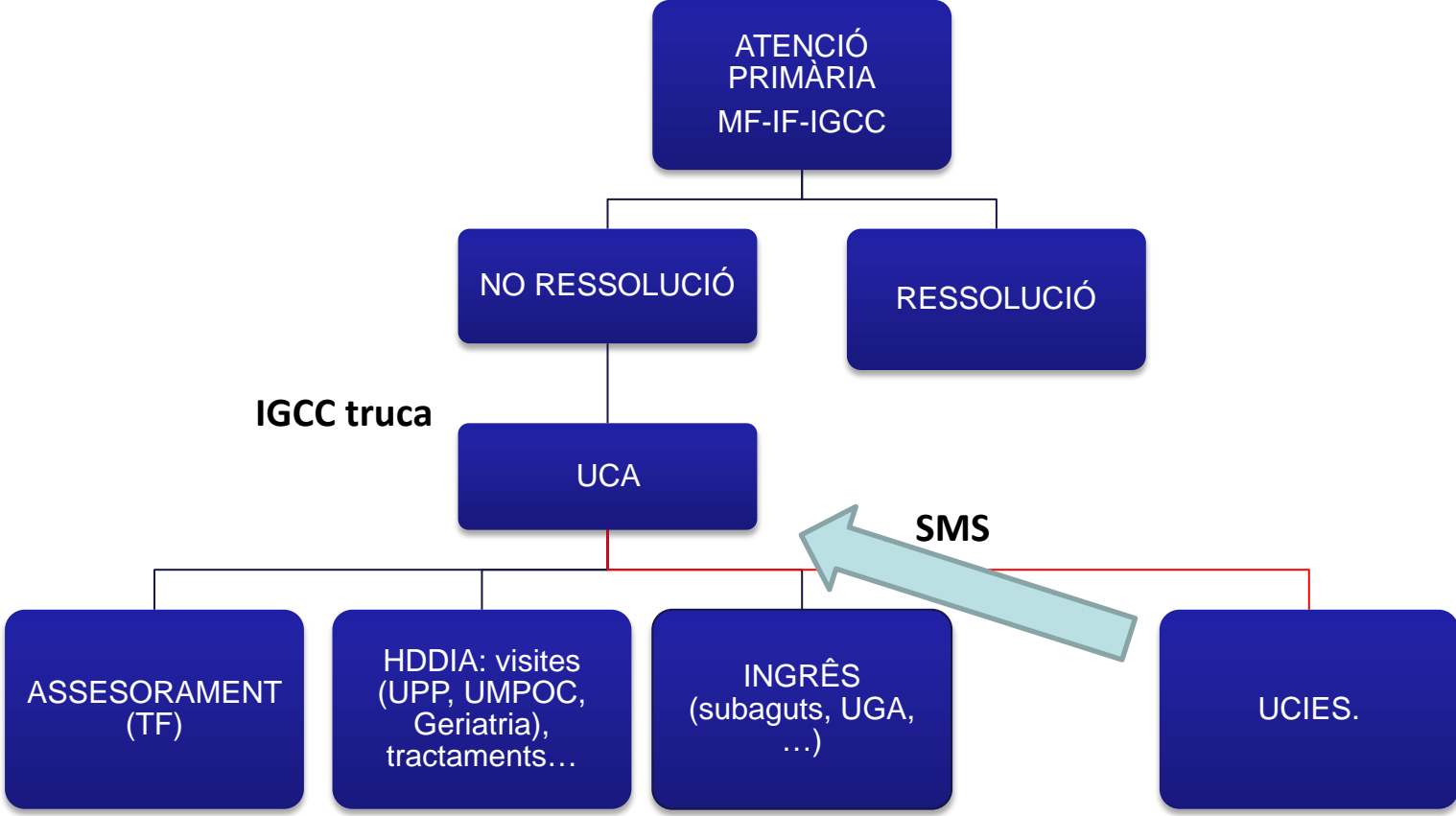
-Reunions mensuals UCA AP i H (+ Can Rull i + St Quirze).

-Reunions de coordinació amb diferents Serveis i dispositius:
Pneumologia:
Cardiologia
Urgències,...



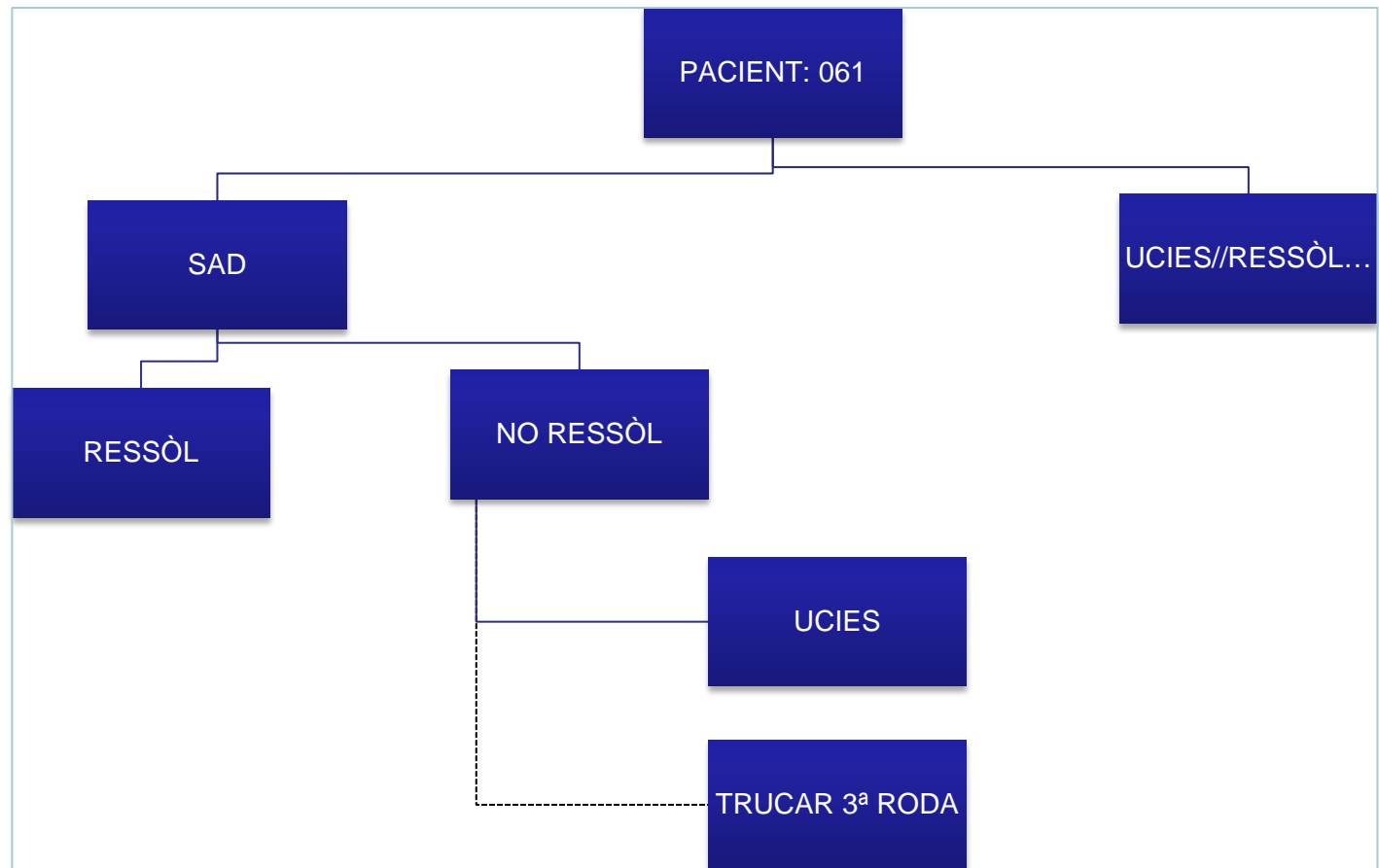
HORARI ASSISTENCIAL CAP: 8-20H

HORARI UCA: 8-17H





FORA DE L'HORARI ASSISTENCIAL...





RESULTATS PRELIMINARS UCA-H (Octubre 2012 - Setembre 2013)

La UCA ha fet **gestió del cas en 520 possibles PCC** diferents dispositius i gestió del cas a un 75% .

- 54% Homes
- 68% ≥ 2 ingressos darrers 12m
- Gestió Cas iniciada a Ucies 78%
 - 89% Ingrés Hospitalari (Subaguts)
 - Motiu ingrés: descompensació MPOC, IC



RESULTATS PRELIMINARS UCA-AP (Octubre 2012 - Setembre 2013)

- AP ha identificat a 936 PCC
- Les IGCC (5) han fet seguiment a 360 PCC:
 - S'han realitzat 1645 contactes amb diferents tipus d'intervencions:
 - ✓ 59% Activació IGCC Proactivitat,
 - ✓ 15% a demanda família.
 - ✓ 33% intervencions han requerit **Pràctica avançada** evitant així derivacions a urgències i possibles ingressos.
- - ✓ 17% Intensitat farmacològica (MF, Pneumòleg)
 - ✓ La UCA ha gestionat 23 ingressos programats a subaguts



DISPOSITIUS QUE ES COORDINEN AMB LA UCA



HOSPITAL DE DIA PNEUMOLOGIA

- El servei de Pneumologia i les IGCC es coordinen per tal de resoldre descompensacions de malalts que es visiten habitualment a l'hospital de dia de pneumo, podent realitzar l'atenció a la descompensació al propi domicili del malalt o bé al CAP .
- Les IGCC realitzen proactivitat en aquest grup de pacients per tal d'evitar les descompensacions .



HOSPITAL DE DIA DEL PACIENT CRÒNIC

- Es redimensiona Hospital de dia per tal de poder donar una assistència als PCC tant en fase de descompensació de forma urgent (intensificació de tt ,...) com de forma programada(valoracions generals en síndroms confusionals.)
- Amb la intenció de retornar el pacient a la comunitat i continuar la gestió del cas desde l' AP.



UNITAT DE SUBAGUTS

- **OBJECTIUS:**

Dispositiu d'hospitalització proposat com a recurs a l'atenció de persones amb malalties cròniques o relacionades amb l'envelliment quan la situació ho requereix, segons uns criteris d'ingrés precisos.

Iniciativa del CST , en el marc de les propostes del Pla de Salut d'atenció a la cronicitat. Els resultats d'aquest pla han de permetre un guany en la percepció de benestar i salut en aquests pacients, amb la millora de la seva atenció i la optimització dels recursos que s'hi destinen.



CRITERIS D'INGRÉS A LA UNITAT DE SUBAGUTS

- Pacients amb patologia crònica evolucionada ja estudiada.
- Pacients amb una descompensació aguda per un procés intercurrent de diagnòstic i tractament no complexes.
- Pacients amb demència moderada – avançada, inclosos els procedents de residència, amb processos intercurrents de maneig mèdic .
- Síndrome confusionària aguda, en relació a un procés desencadenant identificat, sense previsió de requerir procediments diagnòstics o terapèutics complexes.



CONDICIONS A L'INGRÉS EN LA UNITAT DE SUBAGUTS

- Estabilitat hemodinàmica sense requeriments de tractaments complexes (drogues vasoactives, ventilació no invasiva,...)
- No necessitar procediments complexes: via central , endoscòpia,...
- No presentar una davallada funcional important que requereixi rehabilitació intensiva o necessitat de trasllat a unitat de convalescència o llarga estada.



CONDICIONS A L'INGRÉS A LA UNITAT DE SUBAGUTS

- Bon suport social que permeti a l'alta el retorn al domicili habitual.
 - No estar en situació de final de vida.
 - Previsió d'alta en menys de 12 dies
- Es considerarà la possibilitat de traslladar al malalt a planta d'aguts si els seus requeriments diagnòstics o terapèutics ho precisen.



RESULTATS SUBAGUTS

- Període de seguiment 1 de gener – 30 setembre 2013
- Nombre llits: 12 (ocupació 89%)
- Nombre ingressos: 234
- Estada mitjana: 11,7 dies
- Reingressos als 30 dies: 12,2%

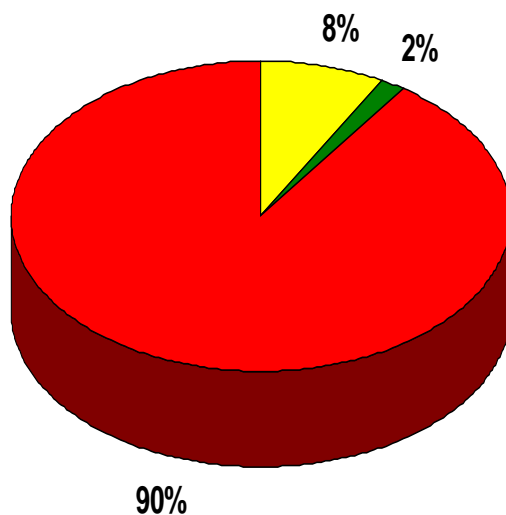
Perfil d'ingrés

	Nombre	%
MPOC	85	36,3%
Insuficiència cardíaca	62	26,5%
Pneumònia	44	18,8%
Infecció urinària	12	5,1 %
Altres	31	13.2%



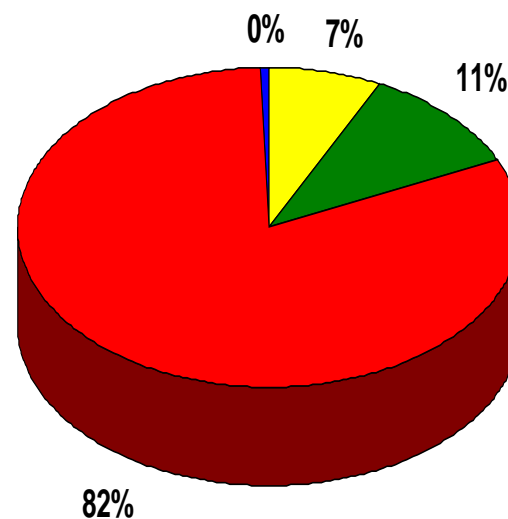
RESULTATS SUBAGUTS

Procedència



■ AP ■ H. de Dia ■ Urgències

Circumstància d'alta



■ Llargada Estada ■ Exitus ■ Domicili ■ H.d'Aguts



PUNTS DE MILLORA I REPTES

- Evitar **situacions de crisis.**
- Augmentar el número **d'ingressos programats**
- Potenciar **l'Hospital de dia** del crònic
- **Augmentar el suport** especialitzat a l'AP per quan es requereixi
- Poder desenvolupar el **pla a les residències**
- Poder **augmentar l'horari de cobertura.** Garantir el 7x24 (pla territorial i equip de guàrdia especialitzat SS + 3 roda)



CAS CLÍNIC I

GESTIÓ DEL CAS EN MPOC





ANTECEDENTS

- Pacient home de 78 anys
- Fumador des dels 14 anys d'unes 30 cig/dia, desde fa uns 5 anys fuma 5-10 al dia
- Enolisme crònic, actualment nega consum d'OH
- **MPOC molt greu BODE 8** , control.lat a H. Dia de pneumologia.

Última espirometria juny 2013 : Index 35, FVC 1.74L 53%, FEV1 0.62L 27%. Portador d'O2 domiciliari





ANTECEDENTS

- Dislipèmia en tractament farmacològic
- Osteopenia. Lumbalgies sense irradiació
- Coledocolitiasi. CREP al juny 2010
- Acúfens drets amb hipoacusia i vertígen rotatori desde 2005. Fa controls a CCEE de ORL i tractament simptomàtic a temporades amb Idaptan i Serc.
- Sd prostàtic de llarga evolució
- IQ d'ulcus gàstric fa 40 anys amb gastrectomia parcial.
- Polipectomia endoscòpica a sigma al 1994



SITUACIÓ BASAL



- Dispnea grau 3
- SatO₂ GN 2lx': 94-95%
- Tos abundant i espectoració mucosa habitual
- Portador d'O₂ a 2lx'
- AR: hipofonesi





VALORACIÓ INTEGRAL

- **FUNCIONAL** : Barthel 90, autosuficient per les AVD, surt cada dia a passejar, comprar .
- **COGNITIU**: Lleu deterioramet cognitiu no filiat. Pfeiffer 2
- **EMOCIONAL**: Yesavage 2 Goldberg 0
- **SOCIAL** : Viu sol amb cuidadora 24h. Té dues filles que el visiten a diari. Té teleassistència.



MEDICACIÓ HABITUAL

- Combiprasal 0,5mg/2,5mg 1-0-1
- Seretide 50/500mcg 1-0-1
- Spiriva 18mcg 0-0-1
- Salbutamol s/p
- Simvastatina 10mg 0-0-1
- Besitran 100mg 1-0-0
- Dogmatil 50mg 1-0-1
- Paracetamol 650mg s/p



MOTIU DE CONSULTA

- Es posa en contacte amb IGCC perquè desde fa 2-3 dies presenta empitjorament progressiu de la seva dispnea habitual fins a fer-se de repós.
- Augment de la tos productiva i espectoració purulenta.
- T^a: 37,5°C aquest matí



QUÈ FARIEU???





ACTUACIÓ A DOMICILI

- **EXPLORACIÓ FÍSICA :**
 1. TA: 135/60
 2. FC: 109x' rítmic
 3. T^a : 38°C
 4. SatO2 amb O2 a 2lx': 89-90% .
 5. Secrecions mucopurulentes i més abundants.



ACTUACIÓ A DOMICILI

6. Dispnea grau 4
7. FR: 24x' musculatura resp accessoria
8. AR: hipofonesi, sibilants i roncus disseminats.
9. AC: tons cardíacs rítmics
10. Altres: No edemes a EEII, no flapping....



QUÈ FEM ?

» HOSPITAL DE DIA
PNEUMOLOGIA





PRÀCTICA AVANÇADA A DOMICILI

- Càmera de Hudson de combiprasal extra i deixar c/6-8h
- Urbason 60mg EV (valoració post CH i urbason)
- Prednisona 30mg en pauta descendent.
- ATB vo
- Paracetamol 1c c/8h si febre
- Coursar cultiu d'esput
- Nou control en 24h







VALORACIÓ A DOMICILI A LES 24H

- Milloria de la dispnea
- SatO₂: 94%
- AR: persisteixen roncus dispersos. No sibilants.
- FR: 22x'
- TA: 135/82 , Fc: 85x' rítmic
- T^a: 36.5°C
- Pendent resultat cultiu d'esput
- Revisió compliment del tt
- Expliquem signes d' alarma



RESOLUCIÓ

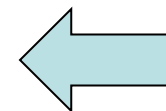
- Trucada de seguiment a l'endemà.
- Visita a domicili de seguiment i control.
- Gestionar visita a Hospital de dia de pneumologia si procedeix.



TABLA IV
Variables y valores asignados para el cálculo del índice BODE

Variable	Puntos			
	0	1	2	3
FEV ₁ (% del predicho)	≥ 65	50-64	36-49	≤ 35
Distancia andada en 6 min (m)	≥ 350	250-349	150-249	≤ 149
Disnea (escala del MRC)	0-1	2	3	4
Índice de masa corporal (kg/m ²)	> 21	≤ 21		

FEV₁: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; MRC: escala del Medical Research Council.



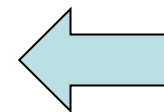




Figure 2. Evaluation of severity In the GesEPOC guidelines.

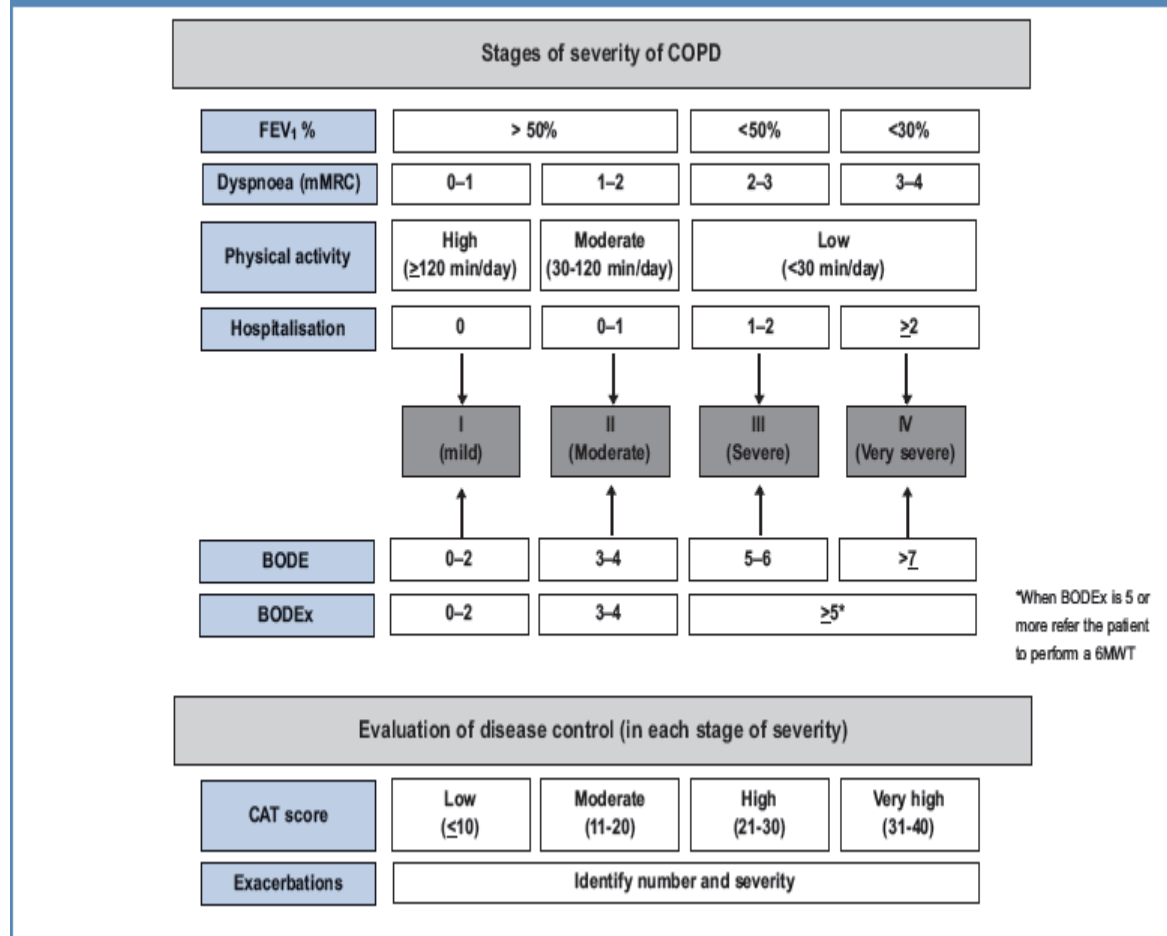
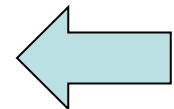




TABLA II

Escala modificada del Medical Research Council (MMRC)

- 0: disnea sólo ante actividad física muy intensa
- 1: disnea al andar muy rápido o al subir un cuesta poco pronunciada
- 2: incapacidad de andar al mismo paso que otras personas de la misma edad
- 3: disnea que obliga a parar antes de los 100 m, a pesar de caminar a su paso y en terreno llano
- 4: disnea al realizar mínimos esfuerzos de la actividad diaria como vestirse o que impiden al paciente salir de su domicilio





CAS CLÍNIC II

GESTIÓ DEL CAS EN INSUFICIÈNCIA CARDÍACA





SITUACIÓ BASAL

Sr. Eugeni 82 anys d'edat.

FUNCIONAL: Parcialment dependent per a les activitats de la vida diària : Barthel 80 , vida pràcticament intradomiciliària, camina amb ajuda de bastó. No història de caigudes.

COGNITIU: Lleu deteriorament cognitiu
Pheiffer 2 errades.

AFECTIU: afectivitat conservada , eutímica.

SENSORIAL: dèficit visual , porta ulleres, no dèficit auditiu.



SITUACIÓ BASAL

NUTRICIÓ: portador de protesis dental superior i inferior no disfàgia.

SON: insomni de llarga evolució, en tractament .

ELIMINACIÓ: continent biesfinterià, tendència al restrenyiment.

SOCIAL: viu sol , té una filla que viu al mateix edifici que dóna suport i el visita a diari.

CLÍNIC: dispnea a petits-mitjans esforços, no ortopnea,ni dispnea paroxística nocturna.



ANTECEDENTS PATOLÒGICS

- **Hipertensió arterial** diagnosticada al 1987 en tt farmacològic
- **Diabetes mellitus tipus2** coneguda al 2005 en tt insulina
- **Retinopatia diabètica.**
- **Nefropatia diabètica amb IRC grau III** amb proteinúria.



ANTECEDENTS PATOLÒGICS

- **Fibril·lació auricular crònica** detectada al 2007, tt profilàctic anticoagulant amb warfarina.
- **Dislipèmia** en tractament amb estatines.
- **Insuficiència cardíaca crònica** 2002, dispnea d'esforç , NYHA II. Ecocardio amb FE 54% .



ANTECEDENTS PATOLÒGICS

- **Anèmia crònica multifactorial**
- **Deteriorament cognitiu GDS 3-4** demència combinada (degenerativa, nefropatia, vascular,...)
- Intervingut de cataractes ull esquerre
- Artropatia degenerativa



TRACTAMENT

- ✓ -Diltiazem 120 mg 1-0-0
- ✓ -Enalapril 10 mg 1-0-0
- ✓ -Atorvastatina 10 mg 0-0-1
- ✓ -omeprazol 10 mg 0-0-1
- ✓ -insulina levemir 0-0-22
- ✓ -insulina novomix 30 24-22-0
- ✓ -Aldocumar 10 mg s/pauta
- ✓ -Ferrogradumet 100 mg 1-0-0
- ✓ -Furosemida 40 nmg 1-0-0
- ✓ -Lormetazepam 1mg 0-0-1



MOTIU DE CONSULTA

- Es posa en contacte telefònic amb IGCC perquè des d'ahir a la tarda es cansa més de lo habitual, s'ha pesat avui i ha guanyat 1kg en dos dies.



QUÈ FARIEU???





VALORACIÓ A DOMICILI

- Conscient , orientat , lleugera pal.lidesa mucocutànea.
No dolor toràcic.
- No refereix tos ni expectoració
- Dispneic, FR: 24x´
- AR: crepitants bibasals de predomini esquerre, no semiologia de broncoespasme.
- AC: soroll cardíacs arítmics .





VALORACIÓ A DOMICILI

▪ Exploració física:

- ✓ TABD 150/84
- ✓ SatO₂ 97%
- ✓ T^a 36,3
- ✓ Glicèmia 128 mg/dl
- ✓ Pes 71,3 Kg (70,2)
- ✓ Edemes a EEII amb fovea a nivell maleolar
- ✓ ECG : ACxFA ja coneguda FC: 84x'
- ✓ No ingurgitació jugular





VALORACIÓ A DOMICILI

- Explica que aquesta nit ha incorporat una mica més el capçal del llit.
- Ha dormit a estones.
- No refereix transgressions dietètiques ni d'ingesta de líquids.
- Explica que ahir va orinar menys.



QUÈ FEM ?





QUÈ FEM?

- Contactem amb el seu metge de família i indica administrar furosemida 1 amp EV i augmentar furosemida vi oral 1-1-0.
- Indiquem control de diuresis i anotar ingesta de líquids.
- Control en 24 hores.
- Expliquem signes d'alarma.





VALORACIÓ A DOMICILI A LES 24h

- Refereix trobar-se més o menys igual
- No dispnea en repòs sí a mínims esforços. SatO2 97%.
- AR: crepitans bibasals de predomini E
- Persisteixen edemes a EEII, diuresis 1500 cc, balanç 0.
- Pes 71,3
- TABD 150/86 mmHg.
- FC: 80x'arítmica . No febre , no tos , ni expectoració.



VALORACIÓ A DOMICILI A les 24h

- Contactem amb el seu metge de família , intensifiquem tt diurètic 1-1-1 i administrem 1amp furosemida EV
- Realitzem analítica per valorar funció renal , ions i hemograma
- Revisem dieta i ingesta de líquids.
- Valorarem resultat analítica





VALORACIÓ A DOMICILI A LES 48h

- Empitjorament de la funció renal , persistència de la clínica amb dispnea a mínims esforços , auscultació sense canvis, edemes a EEII , escasa pèrdua de pes , contactem amb metge de família i decidim gestionar ingrès.
- Comentem cas amb metge de la UCA i pactem ingrès programat a unitat de subaguts per intensificar tt deplectiu.



TRASLLAT A HOSPITAL

- La família amb vehicle propi si el malalt està estable. directament a l'habitació assignada.
- La IGCC pot activar transport sanitari en el cas de que el malalt estigui en situació d'instabilitat o bé no tingui suport familiar i/o social.



**MOLTES GRÀCIES
PER LA VOSTRA ATENCIÓ**

