



UNIVERSITAT DE BARCELONA



i) EU d'Infermeria

IMPACTE D'UN PROGRAMA DE GESTIÓ DE CASOS A PACIENTS CRÒNICS COMPLEXOS

Gemma Pérez Giménez

Tutor/a: Montserrat Roca

Curs acadèmic 2011-2012

Màster Oficial de Lideratge i Gestió d'Infermeria

ÍNDEX	pàg.
Resum	2
Abstract	3
Introducció	4
Justificació del projecte	7
Problema-pregunta	7
Objectius generals i específics	8
Hipòtesi	8
Metodologia	8
Àmbit d'estudi	8
Disseny	8
Subjectes d'estudi, criteris d'inclusió i exclusió	9
Intervenció	9
Variables d'estudi	10
Instruments per a la recollida de dades	10
Anàlisi de dades	11
Aspectes ètics	12
Dificultats i limitacions	12
Utilitat pràctica	12
Cronograma	13
Bibliografia	14
Annex I: Programa de la Malaltia Crònica (Insuficiència Cardíaca)	17
Annex II: Programa del Malalt Crònic Pluripatològic	54
Annex III: Índex de Barthel	65
Annex IV: Índex de Charlson	67

RESUM

Introducció: Les malalties cròniques constitueixen un problema de salut emergent. Per tant, els sistemes sanitaris precisen programes d'atenció als pacients crònics complexos per tal de millorar-ne la qualitat de vida i la sostenibilitat del sistema sanitari.

Objectius:

- 1- Comparar la freqüència hospitalària d'un grup de pacients pluripatològics abans i després d'incloure'ls al programa de gestió de casos d'infermeria.
- 2- Avaluar l'eficàcia de la persona que aplica les cures als pacients.

Població: Fundació Hospital Asil de Granollers.

Àmbit d'estudi : Els pacients inclosos al programa d'atenció al malalt crònic i els cuidadors principals de les persones dependents durant el període desembre 2012 - desembre 2013.

Metodologia: Per al primer objectiu, el disseny serà pre-experimental d'un sol grup. Per al segon, s'utilitzarà la metodologia qualitativa fenomenològica utilitzant el paradigma constructivista. Com a instrument s'utilitzarà l'índex de Barthel, l'índex de Charlson; i una graella d'elaboració pròpia per a les variables d'estudi. Per a les dades qualitatives es realitzaran entrevistes en profunditat. Per a l'anàlisi de dades quantitatives s'utilitzarà el paquet estadístic SPSS versió 18.0, es realitzaran les anàlisis descriptives i de contrast d'hipòtesis. Per les qualitatives s'utilitzarà el programa informàtic ATLAS. Ti 5.2, i s'analitzarà el contingut de les entrevistes.

PARAULES CLAU: malalt crònic, comorbiditat, freqüentació ,cronicitat, pluripatologia, infermera gestora de casos.

ABSTRACT

Introduction: Chronic diseases constitute an emerging health problem in our day and that's why health systems need to develop specific programs of care for chronic complex patients that contribute to improving their quality of life and sustainability of healthcare.

Objectives:

- 1- Compare the elapsed times in hospital of a group of patients with multiple disorders of the Hospital General de Granollers, before and after the program was included in the nurse case manager, during the period from December 2012 until December 2013.
- 2- Understand the perceived effectiveness of the person who looks after these patients. Population and area of study: The field of study is the Foundation Hospital / Asylum in Granollers, with all patients who will be included in the program of chronic care patients from December 2012 until December 2013, and the caregivers for the dependent people.

Methodology: to get the first objective, it will be pre-experimental design of a single group. For the second, it will be the phenomenological qualitative methodology using the constructivist paradigm. As instruments, we will use the Barthel Index, which describes the functional status of a person in relation to the basic activities of daily living, Charlson Index predicted mortality at one year, a homemade grill for variables present in the medical records and interviews. For the analysis of quantitative data used by the statistical package SPSS version 18.0, will be conducted descriptive analyzes and hypothesis contrast. For the analysis of qualitative data used the computer program ATLAS. Ti 5.2 and will be analyzing the content of the interviews.

KEYWORDS: Chronic illness, comorbidities, frequency, chronicity, multiple disorders, nursery case management.

INTRODUCCIÓ:

L'increment de l'esperança de vida i l'acusat descens de la natalitat en les últimes dècades està provocant a la nostra societat un augment important de les persones grans. Això comporta un increment de la incidència i prevalença de malalties de caràcter crònic i per tant, un major ús de l'assistència sanitària en general, i concretament un augment significatiu de la freqüentació hospitalària quasi sempre condicionat per la pluripatologia (1,2). Per això, un dels reptes més importants en el nostre país és abordar adequadament les conseqüències de l'augment progressiu de les malalties cròniques. Les malalties cròniques són malalties que es perllonguen en el temps, que rares vegades es resolen espontàniament ni es curen del tot (3).

La malaltia crònica es caracteritza perquè ocasiona un deteriorament progressiu de la persona que es tradueix en una pèrdua d'autonomia, en l'aparició d'exacerbacions freqüents que requereixen d'una atenció sanitària que s'allarga en el temps i precisa d'intervenció de professionals d'infermeria especialitzats (4,5).

La relació que s'estableix entre l'edat i malalties cròniques i la utilització dels serveis sanitaris està clarament definida. L'enquesta Nacional de Salut de l'any 2006 ja va evidenciar una mitja de 2,8 problemes o malalties cròniques en aquelles persones amb edats compreses entre els 65 i 74 anys d'edat, i un promig de 3,23 malalties cròniques en les persones de més de 75 anys (6).

L'OMS i els principals sistemes de Salut consideren la cronicitat com el principal repte de Salut del segle XXI (4) ja que, per exemple, les malalties cròniques seran la primera causa de discapacitat a Europa l'any 2020 i actualment ja són el primer problema de salut que demanda més serveis sanitaris i poden suposar fins el 75% de la despesa sanitària (7,8). A Catalunya s'estima que les malalties cròniques seran la principal causa de discapacitat cap a l'any 2020 i a l'any 2030 es doblarà la incidència actual de malalties cròniques en majors de 65 anys (2). El pla de Salut 2011-2015 de la Generalitat de Catalunya inclou una dada rellevant i es que l'any 2021 el 19,5% de la població tindrà una edat igual o superior als 65 anys, i per tant, l'orientació a nivell sanitari anirà dirigida als malalts crònics (2). Als EEUU, els costos pel sistema sanitari dels pacients amb cinc o més malalties cròniques es multipliquen per 17 respecte els que no en tenen cap o només en tenen una, això suposa un creixement exponencial d'aquests costos que fa que les dues tercers parts de la totalitat dels recursos sanitaris es dediquin a l'atenció d'aquests

pacients (9). El concepte de pacient fràgil és complex per la variabilitat de definicions descrites en la literatura però podríem dir que és una disminució progressiva de la capacitat de reserva i adaptació de l'organisme que es produeix amb l'envelliment, està influenciada per factors genètics (individuals), i accelerada per malalties cròniques o agudes, hàbits tòxics, desús personal. La fragilitat comporta més vulnerabilitat i dependència (10,11). Uns dels primers models d'atenció a les malalties cròniques fou el Chronic Care Model (CCM) que es va iniciar fa 20 anys per Edward Wagner i associats en el MacColl Institute for Healthcare Innovation de Seattle (EE.UU), i del que existeixen evidències de millora de resultats de salut (12). El Chronic Care Model tracte d'introduir en l'atenció ambulatoria un programa de qualitat que millori l'atenció al pacient crònic en sis àrees: 1) fomentar l'autoajuda del pacient crònic i la seva família amb nivell de seguiment global; 2) donar suport a la decisió professional (amb guies clíniques i altres mètodes); 3) millorar l'atenció clínica (repartir les tasques i responsabilitats segons les necessitats del pacient); 4) introduir sistemes d'informació electrònica (pel seguiment de l'atenció i l'avaluació); 5) possibilitar canvis en l'organització (intentant integrar la comunitat) (13). De totes maneres, aquest programa i d'altres que s'estan treballant arreu del món no defineixen de forma consistent quin és realment el model que s'està aplicant i amb quin criteri, i és per això que costa trobar estudis que demostrin l'efectivitat de l'atenció als pacients crònics. Un altre aspecte a tenir en compte quan parlem d'atenció als pacients crònics és el model Kaiser-permanent desenvolupat als EEUU, que estableix un enfocament proactiu en l'atenció dels malalts crònics, eliminant les barreres entre l'atenció primària i especialitzada. Els pacients s'estratifiquen segons les seves necessitats, dirigint les cures més intensives a aquells que presenten majors riscos (14). Aquesta experiència s'ha extrapolat a Catalunya, aplicant-la al nostre sistema sanitari per poder estratificar als pacients crònics de forma adequada. Un altre model que vol millorar l'atenció als malalts crònics és el de gestió de casos, que s'inicia entre els anys 50/60 als Estats Units d'Amèrica i es defineix com el procés de col·laboració mitjançant el qual es valoren, planifiquen, apliquen, coordinen, monitoritzen i avaluen les opcions i serveis necessaris per satisfer les necessitats de salut d'una persona, articulant la comunicació i els recursos disponibles per promoure resultats de qualitat i cost-efectius. Aquest tipus d'atenció primerament es va aplicar en casos de Salut Mental i posteriorment es va utilitzar per l'atenció de persones en

situacions de salut d'alt risc i alt cost, amb l'objectiu de millorar l'eficiència i disminuir la variabilitat clínica (15,5).

A Espanya la gestió de casos aplicada a pacients crònics es desplega a diferents àrees del territori.

A Andalusia amb el "Programa Comparte" que s'inicia l'any 2006, a partir de l'anàlisi retrospectiva de la població hospitalària dels anys 2004-2005 es van identificar i analitzar els principals diagnòstics dels pacients que havien ingressat dues o més vegades en el servei de Medicina Interna. A partir d'aquí estructuraren un programa conjunt entre l'atenció primària i l'hospitalària per donar resposta a aquells pacients amb pluripatologia als quals, mentre són a l'hospital, els en fa el seguiment la infermera gestora de casos i quan se'n van d'alta, al seu domicili, ho fa la infermera de família (16).

A l'Aragó s'inicia també l'any 2006 el "Programa de atención a enfermos crónicos dependientes", on l'atenció es fa des de l'Atenció Primària de Salut amb el suport de centres sociosanitaris i unitats de rehabilitació (17).

Algunes experiències relacionades amb l'atenció al malalt crònic estan vinculades amb el foment de l'autocura, que comprèn aquelles pràctiques que els individus realitzen pel manteniment de la pròpia vida, salut i benestar. L'educació en autocura té per objectiu donar suport a tots aquells pacients per viure de la millor manera possible la seva condició de cronicitat.

Per això s'anomena pacients crònics experts a aquells que són capaços de responsabilitzar-se de la seva pròpia salut i que estant capacitats per adoptar la millor opció terapèutica marcada per un clínic. Les primeres experiències descrites corresponen al Servei Nacional de Salut Britànic i de la Universitat de Stanford (EEUU) cap als anys 70 (2). A Espanya el Programa pacient expert apareix com a iniciativa de la Fundació Educació Salut i Societat (18).

A Catalunya, l'Institut Català de la Salut (ICS) va posar en marxa el mes de setembre de 2006 i per primera vegada a l'Estat espanyol el Programa Pacient Expert. El projecte té com a finalitat l'intercanvi de coneixement del pacient expert amb la resta de pacients per promoure canvis que millorin la seva qualitat de vida i convivència amb la malaltia (19).

Tanmateix moltes persones afectades de pluripatologia crònica no poden cuidar-se a si mateixes, per això necessiten que ho faci alguna persona del seu entorn més pròxim, habitualment una dona de la família: Aquestes persones necessiten

adquirir habilitats per poder cuidar de forma eficaç i sense comprometre la seva pròpia qualitat de vida (20).

JUSTIFICACIÓ:

En un escenari de fragmentació i poca coordinació dels serveis sanitaris, el març de 2008 al Vallès Oriental s'inicia el grup de treball de malaltia crònica (MC) i *continuum* assistencial per donar resposta a les necessitats dels pacients amb MC i apostar per un canvi de model assistencial.

Es pretenia el desenvolupament d'un model de gestió de casos hospitalària orientat a les necessitats de la persona, família, i entorn per donar resposta a situacions de complexitat amb un abordatge multidimensional i interdisciplinari de manera eficient i sostenible.

Fruit d'aquest grup s'elabora el document "Malaltia crònica – La Insuficiència Cardíaca com a model" (Octubre de 2008).

El document reflecteix les línies de treball del grup, on es va escollir la insuficiència cardíaca com model de malaltia de treball.

Dins del programa de malaltia crònica es creen dos subprogrames:

UMAD (Unitat Multidisciplinar d'Atenció al Dia): a la Secció de Cardiologia – (La insuficiència cardíaca com a model, Annex I).

Programa d'Atenció al Malalt Crònic a Medicina Interna Annex II.

Durant el mes de desembre de l'any 2010 el Servei Català de la Salut demana els gestors del nostre centre sanitari, que realitzem una proposta de treball en relació a l'atenció sanitària dels pacients crònics per tal de:

Mantenir i millorar la qualitat de vida dels pacients pluripatològics d'alta complexitat.

Mantenir i millorar la qualitat de vida dels cuidadors i dels familiars.

Garantir la coordinació amb altres nivells assistencials per assegurar el *continuum* assistencial i especialment, cercar l'eficiència en la utilització dels recursos sanitaris i socials.

A partir d'aquí i amb les bases del grup de treball anteriorment descrites, s'impulsa l'atenció als pacients crònics a l'Hospital General de Granollers.

PROBLEMA-PREGUNTA:

En la pràctica diària observem que els pacients crònics amb pluripatologia són un col·lectiu multifreqüentador, això podria ser degut a que ells o les persones que els cuiden no tenen cap professional a l'abast que pugui resoldre els dubtes que els van sorgint o que els instrueixi en les cures. Per això la intervenció de la infermera

gestora de casos sobre un grup de pacients amb malaltia crònica, pot disminuir la seva la freqüentació hospitalària?

OBJECTIUS GENERALS:

1- Comparar la freqüentació hospitalària (reingressos i consultes a urgències) d'un grup de pacients amb pluripatologia de l'Hospital General de Granollers, abans i després de ser inclosos al programa de la infermera gestora de casos, durant el període comprès entre desembre 2012 i fins desembre 2013.

2- Conèixer la percepció d'eficàcia de la persona que aplica les cures als pacients amb pluripatologia. Aquest objectiu ens el proposem per la dificultat de millora de la salut i qualitat de vida de les persones identificades com a pacients fràgils.

OBJECTIUS ESPECÍFICS:

Comparar un any abans i un any després de l'entrada al programa de la infermera gestora de casos les següents dades que fan referència als malalts crònics que hi són inclosos:

El nombre de reingressos degut a la descompensació d'alguna de les seves malalties cròniques.

El total de dies d'ingrés degut a les re-aguditzacions

El nombre de visites a urgències i el motiu de consulta.

Conèixer la percepció que tenen els malalts crònics i les seves famílies sobre el suport rebut per les infermeres del programa d'IGC.

Descriure la percepció que tenen els malalts inclosos en el programa de la IGC sobre la gestió de les cures o les persones que els cuiden, en cas que ells mateixos no ho puguin fer.

HIPÒTESI:

La incorporació d'una IGC redueix la freqüentació hospitalària d'aquells pacients inclosos al PMC i augmenta la percepció d'autoeficiència en les cures de les persones que les apliquen.

METODOLOGIA:

Àmbit del estudi: L'estudi es realitzarà a la Fundació Hospital/Asil de Granollers que és un centre d'atenció sanitària de nivell II, sociosanitària i social, integrat a la Xarxa hospitalària d'Utilització Pública (XHUP). És l'hospital de referència del Vallès Oriental.

Disseny o tipus d'estudi:

Els objectius d'aquest estudi precisen d'una metodologia complexa amb l'articulació de diversos mètodes i tècniques d'investigació.

Pel primer objectiu general el disseny serà pre-experimental en un sol grup amb una medicació pre-intervenció i una altra post-intervenció (21).

Per al segon objectiu general s'ha considerat que era adequat utilitzar la metodologia qualitativa fenomenològica utilitzant el paradigma constructivista ja que es vol conèixer quines són les percepcions d'una experiència vital, com és cuidar. Aquesta experiència es veurà mediatitzada pel context social, històric i familiar de les persones que hi estan implicades (22).

Subjectes d'estudi:

Per aconseguir el primer objectiu s'estudiaran tots els pacients que estiguin inclosos en el programa durant el període comprès entre desembre 2012 i desembre de 2013.

En el cas del segon objectiu, els participants seran pacients crònics que s'autocuidin i els cuidadors principals dels pacients depenents. El nombre de participants dependrà de la riquesa de les dades obtingudes fins arribar a la saturació de la informació (en principi es preveu entrevistar 10 persones, la meitat pacients crònics i l'altra meitat cuidadors principals).

Criteris d'inclusió al estudi:

- Aquells pacients inclosos al programa del malalt crònic de l' Hospital General de Granollers en el període comprès entre desembre 2012 i desembre de 2013 i que hagin estat identificats com a pacients fràgils l'any anterior.
- Pertànyer a la zona de salut d'abast territorial del Vallès Oriental.
- Pel que fa als cuidadors/es principals, haver estat cuidador d'una persona dependent amb criteri de pacient fràgil l'any anterior a la seva inclusió al programa i haver-lo cuidat durant el primer any d'aquesta inclusió.

Criteris d'exclusió al estudi:

- Pacients que no pertanyin a l'àrea geogràfica.
- Pacients o cuidadors amb diferències idiomàtiques que dificultin la comunicació

Intervenció:

Consisteix en una consulta interdisciplinària composta per una infermera gestora de casos a jornada complerta i un metge de medicina interna amb una dedicació de 4h/dia que atenen a pacients amb patologies cròniques evolucionades donant resposta a les descompensacions a través de la detecció precoç d'aquestes mateixes des de l'àmbit ambulatori de l'hospital.

Les tres línies més rellevants d'actuació de la IGC consisteixen en:

Atenció telefònica: el pacient inclòs en el programa i la família tenen el telèfon directe de la infermera per poder contactar durant l'horari d'atenció (8:00-15:00h de dilluns a divendres).

Atenció preferent a l'Hospital de Dia Mèdic de les descompensacions derivades de la seva patologia de base, per tant, resposta immediata a les exacerbacions.

Agenda pròpia amb visites concertades i telefòniques per aquells pacients que requereixen seguiment intensiu.

Variables d'estudi:

1) Variables socio-demogràfiques dels pacients (edat, sexe, estat civil, nivell d'estudis, professió, nivell econòmic, capacitat de desplaçament a l'hospital, residència habitual del pacient -domicili, residència, domicili familiars-, distància del domicili a l'hospital, relació de parentiu amb el cuidador); 2) Diagnòstic principal; 3) Nombre total de diagnòstics; 4) Nombre de fàrmacs que pren i tipus; 4) Nivell de dependència; 5) Comorbiditat; 6) Existència de cuidador/a principal; 7) Característiques sociodemogràfiques i de disponibilitat del Cuidador/a principal.

De l'any anterior a la inclusió en el programa i de l'any posterior d'aquesta inclusió:

1) Nombre de contactes telefònics; 2) Nombre de visites preferents a l'hospital de dia mèdic; 3) Nombre d'ingressos a planta; 4) Patologia principal que condiciona l'ingrés; 5) Total de dies d'ingrés; 6) Estada mitja dels ingressos fets; 7) Nombre i motiu de visites a urgències.

Instruments per a la recollida de dades:

Pel primer objectiu els instruments seran:

Índex de Barthel (Annex III), avalua la situació funcional d'una persona amb relació a les activitats bàsiques de la vida diària.

Índex de Charlson (Annex IV), prediu la mortalitat a un any. A cada condició de malaltia se li assigna una puntuació de 1, 2, 3 o 6 depenent del risc de morir associat a aquesta condició. Les puntuacions totals permeten establir un rang de mortalitat alt, mig o baix.

També s'inclourà un full d'Excel per a la resta de variables que estan arxivades al sistema informàtic SAVAC del centre sanitari.

Pel segon objectiu utilitzarem les entrevistes en profunditat per descobrir en detall els significats que els participants (pacients o cuidadors/es) donen a les seves experiències, sentiments i creences respecte la cronicitat, la dependència, la gestió

de les cures i especialment la utilitat del suport rebut de les infermeres del programa.

La captació dels participants la farà la investigadora aprofitant les visites concertades.

Les entrevistes es realitzaran en llocs i ambients que facilitin l'expressió lliure dels entrevistats, com ara la saleta de treball de l'hospital de dia mèdic que és un entorn aïllat del servei clínic per evitar interrupcions. La infermera entrevistadora farà les entrevistes fora del seu horari laboral.

El temps d'entrevista serà variable en funció de la riquesa de les dades aportades. Es realitzaran totes les entrevistes necessàries fins que les informacions es facin repetitives i no aportin cap tipus d'informació nova, cosa que voldrà dir que s'ha arribat a la saturació teòrica de la informació.

Les entrevistes seran gravades i posteriorment transcrites. Les transcripcions seran donades a les persones entrevistades perquè corroborin el que han explicat.

ANÀLISI DE DADES:

S'analitzaran les dades dels pacients inclosos en el programa i identificats mitjançant història clínica informatitzada (més de 2 ingressos en l'últim any).

Per tal de garantir l'anonimat, es codificarà cadascuna de les històries clíniques amb un altre número que només coneixerà l'investigador principal.

L'anàlisi estadístic es realitzarà mitjançant el programa SPSS versió 18.0.

Primer es realitzarà l'anàlisi descriptiu. Per les variables quantitatives s'utilitzaran resums numèrics (mitjana, mediana, desviació estàndard, mínim i màxim) i gràfics (diagrama de barres i histograma); i per les variables qualitatives s'utilitzaran taules de freqüència (número de casos i percentatges) i gràfics (diagrames de sectors). Com a criteri de significació estadística considerarem significatiu $p < 0,05$.

Per l'anàlisi inferencial i contrast d'hipòtesis, es compararà el número de visites a urgències pre i post implantació del programa, número d'ingressos hospitalaris un any abans i un any després de la intervenció (dates inclusió al programa). Es realitzarà el test de Wilcoxon (prova de contrast d'hipòtesi per a variables quantitatives ordinals de mesures repetides), per avaluar les diferències entre el número de visites i ingressos en ambdós anys amb un IC del 95% .

Pel que fa a les entrevistes es farà una lectura exhaustiva dels relats de les transcripcions de les persones entrevistades. S'identificaran i segmentaran les unitats de significat, que s'agruparan en temes principals. Per últim s'elaboraran les categories i subcategories relacionades amb els objectius de l'estudi que

permetran l'anàlisi i la interpretació del contingut dels relats. S'utilitzarà com a suport el programa informàtic ATLAS. Ti 5.2.

Per a assegurar el rigor metodològic es durà a terme un procés reflexiu continu sobre els factors que poden influir en la recollida i anàlisi de la informació i els resultats de l'estudi es contrastaran amb la bibliografia i amb professionals experts amb malalts crònics complexos. Se seguiran els criteris de qualitat de Calderón i els de rigor de Guba i Lincoln.

ASPECTES ÈTICS:

Es demanarà a les persones estudiades el seu consentiment per escrit explicant els objectius i la metodologia, així com de l'ús que es donarà a la informació resultant de la investigació.

Es garantirà la confidencialitat i anonimat de tots els participants.

Tot el material resultant de la investigació, gravacions, notes, etc. es guardarà en un lloc segur i només hi tindran accés els investigadors que realitzin l'anàlisi.

Per a l'aprovació del projecte es sol·licitaran els permisos a les següents institucions:

- Direcció de l'Hospital General de Granollers.
- Comitè d'ètica i d'investigació clínica de la Fundació Hospital Asil de Granollers

Dificultats i limitacions:

Un factor que pot representar una limitació seria la falta de rigor en la complementació dels registres dels pacients.

En els dissenys pre-experimentals hi ha una limitació que consisteix en que no es poden generalitzar els seus resultats, ja que no hi ha aleatorització.

Els pacients inclosos en el programa són fràgils i complexos i per tant, amb alta gravetat de la seva patologia i això podria esbiaixar els resultats en la taxa de re-hospitalitzacions si estan en fase final de vida.

Utilitat pràctica:

Si les hipòtesis de l'estudi es confirmen, aquest estudi podrà contribuir: a millorar l'accés dels serveis sanitaris, ja que ajudarà a la presa de decisions sobre quin és l'àmbit més adequat on atendre els malats crònics complexos. També contribuirà en l'eficiència del sistema, ja que si es socialitza el model d'infermera gestora de casos com el que s'ha estudiat, es disminuirà la freqüentació hospitalària no programada.

També evidenciarà la importància de les cures infermeres en els malalts crònics, ja que si els malats i les famílies hi tenen un millor i més fàcil accés, disminueix la seva angoixa, millora la seva percepció d'autoeficàcia i la seva qualitat de vida.

Cronograma:

ACTIVITATS / MESOS	des-12	gen-13	feb-13	mar-13	abr-13	maig-13	juny-13	jul-13	ago-13	set-13	oct-13	nov-13	des-13
Revisió de la literatura													
Permisos													
Creació graella amb var. d'estudi													
Recollida de dades													
Anàlisi													
Interpretació dels resultats													
Redacció de l'informe													

BIBLIOGRAFIA

- 1 San José Laporte A. La valoración de la multimorbilidad en personas de edad avanzada. Un área importante de la valoración geriátrica integral. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012;47:47-8 (Consultat el 10-3-2012 i el 23-5-2012).
2. Departament de Salut. Pla de Salut de Catalunya (2011-2015).
3. Llauger Roselló MA, Pou MA, Domínguez L, Freixas M, Valverde P, Valero C; Grup Emergent de Recerca en Malalties Respiratòries (Unitat de Suport a la Recerca de Barcelona-IDIAP Jordi Gol). *Treating COPD in Chronic Patients in a Primary Care Setting*. Arch Bronconeumol. 2011;47:561-570. http://www.archbronconeumol.org/bronco/ctl_servlet? f=60&ident=90037666
4. Biblioteca Cochrane Plus. 2011 número 1 ISSN 1745-9990. La gestión del paciente. Mayor com patología crónica
5. Charlson M, Charlson RE, Briggs W, Hollenberg J. Can disease management target patients most likely to generate high costs? The impact of comorbidity. J. Gen Intern Med. 2007;22:464-9.
6. Encuesta Nacional de Salud. Año 2006.
7. Catalogación por la Biblioteca de la OMS. Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI : el reto de las enfermedades crónicas. ISBN 92 4 356280 0 (Clasificación NLM: W 18)(2005).
8. Departament de la presidencia. Acord GOV/108/2011, Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. DOGC 5915 – 7.7.2011. ISSN 1988-298X DL B-38014-2007
- 9.. Bodenheimer T, Berry-Millett R. N Engl J Med. 2009 Oct 15;361(16):1521-3. Epub 2009 Sep 30
10. Baztán JJ, Sánchez del Corral F, Izquierdo G, Ruipérez I. Efectividad y eficiencia de la atención hospitalaria a ancianos con enfermedad aguda. Med Clin (Barc). 1996;107:437
11. Carlos Gil, AM; Martínez Pecino, F; Molina Linde, JM; Villegas Portero, R; Aguilar García, J; García Alegría, J; Formiga Pérez, F. Desarrollo de criterios, indicadores de complejidad y estrategias de manejo en fragilidad Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía 2009.
12. Katie Coleman, Brian T. Austin, Cindy Brach and Edward H. Wagner. Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium, Health Affairs, 28, no. 1(2009): 75-85.
13. Sarrias Ramis E. El managed care en el sistema sanitari català.
14. Kaiser-Permanente. (2007). URL: <https://www.kaiserpermanente.org>.
15. Sarabia Sánchez A. La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional. Zerbitzuan 2007; 42: 7-17. Disponible en: <http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/La%20gestion%20de%20casos.pdf>
16. Vallejo Maroto, I, Fernández Moyano, A, Páez Pinto, J, Tarilonte Delgado, M, Alemany Lasheras, F, González Limones, S, Ruiz Romero, M, Conde

Guzmán.C.Programa Comparte.Desarrollo de un programa de atención compartida para pacientes crónicos. XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna.2010 (consultada 1-6-2012)

17 <http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/InformacionSanitaria/PROGRAMA+ATENCION+ENFERMOS+CRONICOS+DEPENDIENTES.PDF>

18- Molina Escribano, Francisca; Castaño Moreno, Encarna; Massó Orozco, Javier. Experiencia Educativa con un Paciente Experto. *Rev Clin Med Fam* [online]. 2008, vol.2, n.4, pp. 178-180. ISSN 1699-695X. <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2008000200008>

19.González Mestre A, Fabrellas Padrés N, Agramunt Perelló M, Rodríguez Pérez E , Grifell Martín E y col. De paciente pasivo a paciente activo. Programa Paciente Experto del Institut Català de la Salut. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada. Otoño 2008. Vol.1, Iss. 1, Originales <http://www.risai.org>

20.García-Calvente María del Mar, Mateo-Rodríguez Inmaculada, Maroto-Navarro Gracia. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit* [revista en la Internet]. [citado 2012 Jun 04]. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112004000500011&lng=es.

21. Icart MT, Fuentelsaz C, Pulpón AM. Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina. (2000) Edicions de la universitat de Barcelona

22.Taylor, S.; Bogdan, R. (2002). Introducción a los métodos cualitativos de investigación México: Paidós.

Annex I

PROGRAMA DE LA MALALTIA CRÒNICA

La insuficiència cardíaca com a model

**SUBCOMISSIÓ DE CONTINUÏTAT ASSISTENCIAL-MALALTIA CRÒNICA
VALLÈS ORIENTAL**

Octubre de 2008

**GRUP DE TREBALL
DE LA SUBCOMISSIÓ DE CONTINUÏTAT ASSISTENCIAL
PROGRAMA DE LA MALALTIA CRÒNICA**

La insuficiència cardíaca com a model

Lluïsa Abadal	(1)	llabadal@fhag.es
Marisol Álvarez	(2)	malvarez30647@coib.net
Sergio Ariño	(1)	sarino@fhag.es
Montse Ayats	(1)	mayats@fhag.es
Miquel Barcons	(6)	pades@granollers.scs.es
Mònica Botta	(1)	mbotta@fhag.es
Sílvia Cordomí	(3)	scordomi@fhag.es
Enric Domènech	(2)	dirgracentre.mn.ics@gencat.cat
Ester Dorca	(4)	edorca@hsceloni.es
Marta Felip	(1)	mfelip@fhag.es
Ramon Fitó	(1)	fito@comb.es
Esteve Llargués	(1)	ellargues@fhag.es
Xavier Martínez	(2)	xavixavim@gmail.com
Miguel Angel Muñoz	(2)	mondir@granollers.scs.es
David Pérez	(2)	dperezm@papps.org
Isabel Recasens	(2)	irecasens@granollers.scs.es
Anna Rosa	(1)	arosa@fhag.es
Anna Rubio	(6)	anna_rubio@telefonica.net
Xènia Sist	(1)	xsist@fhag.es
Anna Soler	(1)	asoler@fhag.es
Mari Luz Talavera	(2)	calinf@granollers.scs.es
Ana Turnes	(2)	gardir@granollers.scs.es
Joan Vilaseca	(5)	j.vilaseca@fphm.cat
Vicky Yetano	(1)	vyetano@fhag.es ; 9697vyl@comb.es

- 1- Hospital General de Granollers**
- 2- Institut Català de la Salut**
- 3- Oficina Tècnica del Capítatiu del Vallès Oriental**
- 4- Hospital de St. Celoni**
- 5- Hospital de Mollet**
- 6- Representants de la Comissió Sociosanitaria del capítatiu.**

ÍNDEX

pàgina

Abreviatures

1- Suport Institucional

2- Model assistencial

- 2.1 Model
- 2.2 Identificació dels recursos sanitaris
- 2.3 Cartera de serveis
- 2.4 Accessibilitat del pacient
- 2.5 Sistemes de comunicació
- 2.6 Motivació – Incentivació dels professionals

3- Sistemes d'informació

- 3.1 Compartir informació
- 3.2 Sistema de registre
- 3.3 Estratificació dels pacients
- 3.4 Sistemes d'informació
- 3.5 Història clínica compartida
- 3.6 Sistema d'alertes i comunicació

4- Guies de Pràctica Clínica

- 4.1 Protocol assistencial
- 4.2 Definició de procés assistencial

5- Educació sanitària i formació terapèutica

- 5.1 La insuficiència cardíaca, què és?
- 5.2 Dieta
- 5.3 Activitat física
- 5.4 Autocura del pacient- implicació.
- 5.5 El pacient expert

6- Avaluació del projecte

ABREVIATURES

ACa	Antagonistes del calci
AP	Atenció primària
ARA II	Antagonistes dels inhibidors de l'angiotensina
BB	Blocadors beta adrenèrgics
CI	Cardiopatia isquèmica
DM	Diabetis Mellitus
FRCV	Factors de risc cardiovascular
HTA	Hipertensió arterial
IAM	Infart agut de miocardi
IC	Insuficiència cardíaca
ICS	Institut Català de la Salut
IECAs	Inhibidors de l'enzim conversor de l'angiotensina
MC-IC	Malaltia crònica – Insuficiència cardíaca
NYHA	New York Heart Association
PA	Pressió arterial
RCC	Resincronització cardíaca
TC	Transplantament cardíac
VE	Ventricle esquerra

1- Suport institucional

L'avanç dels models d'atenció integrada repercuteixen en la optimització, molt especialment de la població afectada per malalties cròniques i situació de fragilitat. És per això que el nostre model capitatiu es planteja un treball en xarxa, eficient i sostenible, incorporant una visió global.

Per articular aquest projecte s'ha creat la subcomissió de continuïtat assistencial - malaltia crònica que està integrada per professionals de tot el territori, amb diferents perfils, en representació dels diversos centres integrants del capitatiu. Per tant, la subcomissió té delegada el projecte de treball del programa de la malaltia crònica de coordinació entre els nivells assistencials d'atenció primària, hospital i centres sociosanitaris.

1.1 Compromís de les administracions

Visió compartida de futur

Recerca d'un compromís explícit generalitzat

El treball de la subcomissió de malaltia crònica està incardinat en l'estratègia d'implementar i millorar la continuïtat assistencial en el territori en el marc del Sistema Capitatiu de compra poblacional del Vallès Oriental implantat l'any 2006.

Aquest sistema és un model que ha de garantir l'abordatge integral de les necessitats assistencials de la població, basant-se en la complementarietat de recursos del territori, garantint l'equitat i l'eficiència, a través de la coordinació entre els nivells assistencials o afavorint sinèrgies entre els proveïdors.

En aquest marc, les accions de la subcomissió requereixen la coordinació amb altres grups de treball a nivell comarcal, l'enllaç amb les altres comissions, com la sociosanitària, i la validació i compromís de les institucions a través del Consell de Proveïdors dels Capitatius del Vallès Oriental. L'Oficina Tècnica del Capitatiu és l'ens en el que recauen aquestes atribucions i la seva coordinadora, la Sílvia Cordoní, farà les tasques d'enllaç i transferència.

Dins la subcomissió s'ha escollit la IC com a model de malaltia crònica, per la seva alta prevalença, l'alta penetració tant a nivell d'atenció primària, com a hospital, el paper destacat que hi té tant la prevenció primària com la prevenció secundària, així com la intervenció i la necessitat de coordinació de diversos professionals del món de la sanitat (metges – diverses especialitats-, infermeres, fisioterapeutes, treballadors socials, ...). Tot plegat dibuixa un marc d'alta complexitat, que en la mesura que s'enfoca i s'aborden propostes de solució, el model serà exportable a altres patologies.

2- Model assistencial

Grup de treball: Mònica Botta, Enric Domènech, Mari Luz Talavera, Isabel Recasens, Vicky Yetano.

2.1 Model

El model assistencial en l'abordatge de les malalties cròniques està **centrat en el pacient i en les seves necessitats**.

Aquest model comporta canvis organitzatius, amb una gestió estratègica d'un **sistema integrat de salut** entre atenció primària, hospital i centre sociosanitari. Per aquest motiu és necessària la **col·laboració i coordinació** entres els diferents nivells institucional i assistencial.

El programa contempla des del primer moment el treball basat en **equips multidisciplinaris** per donar una atenció transversal. La relació metge - pacient canvia a una relació equip multidisciplinari – pacient. També es contempla una **atenció a la família** on sovint hi té un paper destacat com a cuidadors en els pacients més fràgils.

El **reconeixement dels professionals** que formen part del programa es necessari per al seu èxit i bon funcionament.

2.2 Identificació dels recursos sanitaris

Atenció Primària

ABS – CAP	Metge/ssa de família Infermer/a d'atenció primària <i>Infermera d'enllaç (*)</i>
PADES	Metge/ssa Infermer/a T treballador/a social

(*) La figura professional de les infermeres d'enllaç/gestora de casos – experta es desenvolupa en el punt 2.3 Cartera de serveis.

Hospital

Infermer/a d'enllaç ()*

Urgències	Metge/ssa Infermer/a
Hospital de Dia	Metge/ssa Infermer/a
Hospital a Domicili	Metge/ssa Infermer/a
Hospitalització convencional - aguts	Metge i infermeres de Medicina Interna, Cardiologia, Geriatria
Cardiologia	Metge/ssa especialista Cardiòleg <i>Infermer/a gestor/a de casos – Infermera experta (*)</i> Consultes alta resolució (proposta) – visita. Exploracions, educació terapèutica -pla educatiu. Gabinetes d'exploracions. Tècnic especialista / Cardiòleg
Unitat de Cures Pal·liatives	Metge/ssa Infermer/a UFISS – metge/ssa, infermer/a, treballador/a social Altres professionals de suport i enllaç amb atenció primària – PADES

(*) La figura professional de les infermeres d'enllaç/gestora de casos – experta es desenvolupa en el punt 2.3 Cartera de serveis.

Centre sociosanitari Mitja estada
Llarga estada
Estades temporals
Convalescència
Pal·liatius
Hospital de Dia

Equip interdisciplinari: Metge/ssa
Infermer/a
Treballador/a social

2.3 Cartera de serveis

Dins l'organització del programa es defineixen les **competències dels professionals**.

➤ **Metge/ssa de família**

• **Prevenició primària**

Control dels **factors de risc cardiovascular**: Tabac, HTA, Obesitat, Diabetis, Dislipèmia, ...

Detecció i control de l'**alcoholisme**.

Detecció i control de la malaltia de Chagas en els immigrants procedents de Sudamèrica.

• **Cribatge i diagnòstic de la IC**

Veure el capítol 4.2.1.1 Diagnòstic.

• **Prevenició secundària**

Seguiment de la guia clínica

Veure el capítol 4.2.1.2 Seguiment.

➤ **Infermer/a d'atenció primària**

• **Prevenició primària**

Control dels **factors de risc cardiovascular**: tabac, hipertensió, obesitat, diabetis, dislipèmia, ...

Detecció de l'**alcoholisme**.

- Realització ECG i analítiques.

• **Prevenició secundària**

Control dels **factors de risc cardiovascular**: tabac, hipertensió, obesitat, diabetis, dislipèmia, ...

Detecció signes i símptomes, amb sospita de **descompensació de la IC**, derivació metge. Detecció de factors desencadenants.

Educació sanitària i compliment terapèutic.

Valoració de pacients possibles candidats a control per PADES.

➤ **Infermer/a d'enllaç - Atenció Primària -**

• **Identifica els pacients de gran complexitat i dependència**

de totes les ABS per facilitar els processos quan requereixi un contacte amb l'hospital per seguiment / control / ingrés.

- Indicar, d'acord amb el facultatiu, el nivell i ubicació de seguiment del pacient.

- Coordinació amb el programa PreAlt i PISA.
- **PADES: metge/ssa, infermer/a, treballador/a social**
 - Seguiment de pacients amb alta complexitat o en fase terminal. Entren dins l'estadi D de la malaltia, veure capítol 2.1.2.2 Seguiment.
 - Coordinació amb l'equip de metge de família i infermera d'atenció primària, hospital i centre sociosanitari.
 - Control de símptomes en pacients amb alta complexitat o en fase terminal.
- **Infermer/a d'enllaç (Hospital)**
 - **Afavoreix el continuum assistencial, coordinació amb atenció primària**, transfereix - gestiona informació, prealt i post alta. Coordinació del pla terapèutic i educació sanitària.
 - **Coordinació de recurs assistencial dins l'hospital**: urgències, hospital de dia, hospitalització – planta, domicili, pal·liatiu-, cardiologia, treballador social,...
 - Indicar, d'acord amb el facultatiu, el nivell i ubicació de seguiment del pacient.
 - Primera visita a planta coordinada amb la infermera de planta per educació del pacient, a valorar segons programa de formació / trajectòria clínica.
 - Detectar necessitats sociosanitàries i contactar amb treballadores socials, en els casos necessaris.
- **Urgències**
 - Acollida i avaluació de l'estat del pacient. Tractament i estabilització clínica.
 - Contactar amb el infermer/a d'enllaç. Si el temps ho permet, fer la primera visita d'infermeria amb el infermer/a d'enllaç, detecció causa de descompensació i valorar educació del pacient. **Derivació a la ubicació més adient**: atenció primària, alternatives a l'hospitalització, hospitalització convencional, el infermer/a gestor/a de casos, pal·liatiu,...
- **Hospital de Dia Mèdic: metge/ssa, infermer/a**
 - **Intervenció en la descompensació**
 - **Donar resposta ràpida a la demanda**
 - Acollida i avaluació de l'estat del pacient. Tractament i estabilització clínica de descompensacions lleus.
 - Identificació de la causa de la descompensació.
 - Derivació – coordinació a través de la infermera d'enllaç:
 - A l'equip d'atenció primària.

- A la infermer/a gestor/a de casos - Infermer/a expert/a – Gestió clínica i educació terapèutica.
 - Ingress a Hospital Domicili, Planta MI-Especialitats, Geriatria, pal·liatius.
 - Coordinació i valoració per cardiòleg, si està indicat.
 - Valoració de pacients possibles candidats a control per PADES
- Infermeria
 - Pla de cures/ tractament
 - Pla terapèutic
 - Valoració d'educació terapèutica.
 - Pla terapèutic (àrea de tractaments del Hospital de Dia) en pacients refractaris al tractament convencional, tractament endovenós: perfusió de furosemida, dopamina, levosimendan, ferro endovenós,.... Pla de visites establert per augmentar dosis fins a objectiu a pacients ja diagnosticats.
- **Hospital a Domicili: metge/ssa, infermer/a**
- Ingressa pacients des d'urgències, planta hospitalització o Hospital de Dia Mèdic si compleix els criteris d'estabilitat clínica i els propis de la unitat. Tractament de descompensacions lleus.
 - Pla de visites establert per augmentar dosis fins a objectiu a pacients ja diagnosticats.
 - Pla de visites establert per educació terapèutica: compliment, supervisió de causes de descompensació.
- **Hospitalització Convencional – Medicina Interna i especialitats – Geriatria**
- Si el pacient requereix ingress hospitalari, es valorarà com a prioritari fer l'ingrés programat sempre que sigui possible, evitant el seu pas per urgències.
 - Iniciar, des de la planta, educació del pacient mitjançant primera visita d'infermeria. 30-60 min, podria ser el infermer/a d'enllaç.
 - **Coordinació amb infermer/a d'enllaç.**
 - Derivació a alternatives a l'hospitalització el més aviat possible. Disminuir dies d'ingrés utilitzant l'Hospital de Dia o l'Hospital a Domicili, per fer increments de dosis de fàrmacs (IECA/ARA II setmanal i BB cada 3 set) fins nivells objectiu o màxim tolerat. Establir periodicitat de visites.
 - Coordinació amb infermer/a gestor/a de casos – Infermer/a expert/a
 - Geriatria: ingress de pacients amb dependència i/o deteriorament cognitiu. Ingress a geriatria si el pacient té 1 criteri major o 2 de menors.

Criteris majors	Criteris menors
------------------------	------------------------

Reingrés propi servei Controlat per geriatre Dependència: alta o mitja Deteriorament cognitiu: moderat o sever	Dependència: lleu Deteriorament cognitiu: lleu Edat superior a 80 anys
---	--

➤ **Cardiologia: Metge/ssa especialista. Consulta alta resolució d'IC. Gabinetes d'exploracions**

- Metge/ssa especialista referent. Intervé de forma sistemàtica en el **procés de diagnòstic i classe funcional – pronòstic de cada pacient.**
- **Seguiment de pacients**
Guia clínica: Veure els apartats:
4.2.1.1 Diagnòstic
4.2.1.2 Seguiment
 - Pacients d'alt risc (Estadis C i D de la malaltia, veure 4.2.1.2 Seguiment): Reingressadors, mal control. Tributaris de resincronització. Valoració de candidats a transplantament.
- Actuarà com a expert i se'l consultarà quan sigui necessari des dels diferents àmbits del programa del pacient crònic.
- Valoració de pacients possibles candidats a control per PADES.
- Coordinació de l'abordatge de la IC i de l'elaboració i actualització de protocols i guies de pràctica clínica.

ORGANITZACIÓ

- Proposta de creació de Consultes alta resolució, coordinada amb la infermer/a gestor/a de casos – Infermer/a expert/a.
- Gabinetes d'exploracions. Tècnic especialista / Cardiòleg. Exploracions, educació terapèutica -pla educatiu.

➤ **Infermer/a gestor/a de casos – Infermer/a expert/a**

- Registre de pacients. **Identifica pacients amb criteris de complexitat clínica i dependència.**
- **Seguiment longitudinal pacients alta complexitat**, (Estadis C i D de la malaltia, veure 4.2.1.2 Seguiment), treballa conjuntament amb la infermera d'enllaç (primària i hospital) *.
- Pla de cures, controls pacients estables.
- Educació terapèutica.
- Detecció factors precipitants – desencadenants, derivació metge/ssa de família, infermer/a d'enllaç, infermer/a gestor/a de casos, Hospital de Dia, cardiòleg, ..
- **Coordinació amb l'equip d'atenció primària**, el cardiòleg, planta i Hospital de Dia.
- Valoració de pacients possibles candidats a control per PADES.

* A aquest pacients que son atesos a atenció primària i/o hospital cal contemplar un programa de promoció de l'autonomia, amb suport de fisioteràpia, treballadors ocupacionals, psicòlegs, educadors socials...

➤ **Centre sociosanitari – Llarga estada: metge/ssa, infermer/a, Treballador/a social**

Adreçat als pacients en Estadi D de la malaltia, veure 4.2.1.2 Seguiment.

- Coordinació amb el metge de família i infermera d'atenció primària, l'equip de PADES, i l'infermer/a d'enllaç i hospital.
 - Control de símptomes en pacients en fase terminal.
 - Metge: avaluació inicial i seguiment del procés de malaltia crònica. Atenció a les reaguditzacions i descompensacions, informació i suport sobre el procés de la malaltia.
 - Infermeria: definició del Pla de Cures Integral i aplicació junt amb el personal auxiliar.
 - Treballadora social: acompanyament al pacient i la seva família en tasques d'informació i suport durant la seva estada.
 - Fisioterapeuta: Rehabilitació funcional i manteniment físic.
 - Terapeuta ocupacional: adaptació funcional, rehabilitació i manteniment de les activitats bàsiques de la vida diària.
 - Psicòloga: avaluació cognitiva, informació i suport sobre el procés de la malaltia, suport al pacient i la família.
 - Educador social: dinamització durant el procés de malaltia.
- A nivell sociosanitari les tasques son compartides:
- . Atenció al procés crònic.
 - . Atenció a les reaguditzacions i descompensacions de les malalties.
 - . Atenció a la fase final, tant al pacient com acompanyament a la família.
 - . Educació al pacient i família en el procés de la malaltia.
 - . Rehabilitació i manteniment de les capacitats funcionals i cognitives.
 - . Prevenció de complicacions.
 - . Promoció de l'autonomia.
 - . Implicació del resident en el seu propi pla de cures.
 - . Treballar el retorn a la comunitat: continuum assistencial.
 - . Atenció interdisciplinària per poder fer un abordatge bio-psico-social.

2.4 Accessibilitat del pacient

Cal assegurar i facilitar l'accessibilitat dels pacients a cada un dels diferents recursos del programa de la MC-IC. Per a una millor utilització dels recursos cal una formació dirigida a donar a conèixer el programa al pacient en tota la seva extensió.

- **Coneixement per part del pacient del programa** i dels diferents components de l'equip. **Aquest capítol ha de formar part del programa d'educació sanitària.**
- Especificar en quines situacions el pacient ha d'accedir al programa. Cal educar al pacient perquè triï l'opció més adequada a cada moment.
- **Identificar vies d'accés ràpid al programa**, i via de contacte (telèfon, altres?). Establir horaris d'atenció i alternatives.

Via d'accés (per revisar amb els diferents professionals)

ABS – CAP

Metge/ssa de família
Infermer/a d'atenció primària
Infermera d'enllaç

PADES

Metge/ssa
Infermer/a
Treballador/a social

Hospital - Hospital de Dia

Metge/ssa Infermer/a
Infermer/a d'enllaç

Hospital - Cardiologia

Metge/ssa especialista Cardiòleg
*Infermer/a gestor/a de casos –
Infermera experta*

Via contacte

Telèfon ?
Cita prèvia
Visita urgent

Telèfon

Telèfon
Cita prèvia
Visita urgent?

2.5 Sistemes de comunicació - coordinació

Es fa imprescindible treballar en els sistemes de la comunicació per a una òptima coordinació entre tots i cada un dels diferents components del programa, establir per a cada pacient objectius de control individualitzats i consensuats entre tots els components del programa. Els sistemes d'informació – història clínica compartida – han de ser el punt de trobada i comunicació.

- Realització de **sessions** clíniques, consultories, sessions compartides – revisió de protocols / temes diversos en relació a la IC, casos clínics, formació continuada, entre els diferents professionals i especialistes implicats, per afavorir el treball multidisciplinar.
- El sistema d'informació és bàsic com a punt de trobada quant a la història clínica i compartir informació.

- Millorar la informació que rep l'atenció primària dels pacients hospitalitzats, i a l'inrevés. *Fer propostes.*
- Coordinació entre els membres de l'equip de treball. Disposar de telèfons d'accés ràpid i adreces de correu electrònic per a comunicar-se entre cada un dels diversos components de l'equip de treball. Establir horaris.
- Sistema de missatges entre components del programa.

<i>per cada professional</i>	Telèfon de contacte	Adreça electrònica
ABS – CAP		
Metge/ssa de família		
Infermer/a d'atenció primària		
Infermera d'enllaç		
PADES		
Metge/ssa		
Infermer/a		
Treballador/a social		
Hospital		
Infermer/a d'enllaç		
Urgències: Metge/ssa, Infermer/a		
Hospital de Dia: Metge/ssa, Infermer/a		
Hospital a Domicili: Metge/ssa, Infermer/a		
Hospitalització convencional – aguts: Metge/ssa, Infermer/a		
Cardiologia: Metge/ssa, Infermer/a, Infermer/a gestor/a de casos – Infermera experta		
Unitat de Cures Pal·liatives: Metge/ssa, Infermer/a, treballador/a social		
Centre sociosanitari		
Metge/ssa, Infermer/a, treballador/a social		

- **Cercar un punt de trobada**

- **Establir i unificar objectius de control** individuals per a cada pacient, l'objectiu és evitar confondre al pacient–família amb opinions divergents dels professionals del programa. Els objectius han de marcar el nivell de control per a cada patologia i guiar l'educació terapèutica.

Exemples:

- Optimitzar control de la pressió arterial, indicar objectius a assolir.
- Reduir o estabilitzar el pes en els pacients obesos, a valorar en cada cas.
- Optimitzar o acceptar mals controls en la DM2 com a únics assolibles en aquell pacient.

- **Unificar criteris i material educatiu**, per evitar confondre al pacient –família.
- Quin ha ser el punt d'enllaç? Pre-Alt, infermer/a d'enllaç. Sistema d'informació. Informes mèdics i d'infermeria. Valorar la creació d'un **document únic** dissenyat per aquesta funció que ha d'estar a l'abast del pacient i dels professionals del programa. Veure proposta en el capítol 5.
 - Evitar canvis en el tractament, de forma arbitrària, respectar la prescripció farmacològica habitual.

2.6 Motivació – Incentivació dels professionals

La motivació i incentivació, així com el reconeixement professional han de constituir un capítol rellevant dins el programa de la malaltia crònica. És molt important que tots els professionals implicats estiguin informats del projecte i dels objectius així com de les activitats a realitzar.

2.6.1 Direcció per objectius

- Cal contemplar el programa de MC–IC i el seu desenvolupament com a capítol de treball dins la direcció per objectius.

2.6.2 Formació

- Cal donar a conèixer a fons el projecte i els seus objectius per a tots els implicats.

Es considera molt rellevant aquest punt especialment en l'atenció primària. En els casos en què s'ha fet, s'ha realitzat un curs dirigit a infermers/es i amb sessions especials sobre el tema amb els metges/ses. El resultat ha estat positiu, malgrat que falta continuïtat, cal treballar en aquest sentit.

2.6.3 Formació específica d'infermeria

- L'objectiu és aconseguir un perfil de competències molt desenvolupat, la formació ha de ser conjunta amb tot l'equip d'infermeria (atenció primària, hospital i sociosanitari).

3- Sistemes d'informació

L'empresa Sunset està desenvolupant un aplicatiu que serà el punt de trobada per compartir informació clínica dels diferents sistemes d'informació de les institucions sanitàries del Vallès Oriental.

Caldrà identificar i explotar les dades d'interès pel que fa a la gestió clínica i a l'avaluació del projecte. Aquest tema cal treballar-lo amb el quadre de comandament.

3.1 Compartir informació entre els nivells assistencials. És necessari a fi de facilitar la comunicació i coordinació entre els diferents professionals.

3.2 Sistema de registre central i únic – Identificació dels pacients del programa d'IC.

- És bàsic que des de l'atenció primària s'anotin tots els diagnòstics a l'e-CAP.

Sembla fàcil, però per fer-ho cal estar-hi molt a sobre, i controlar de tant en tant la situació per veure com es millora en el registre. Confrontació de dades amb l'hospital.

Es treballarà per la unificació de la informació clínica en el formulari de registre de MC-IC del portal col·laboratiu.

3.3 Estratificació dels pacients

- Identificació dels pacients en base al grau funcional - risc / reingressos / grau evolució de la malaltia – pronòstic / pluripatologia. Model integral del valoració del pacient.
- Classificació dels pacients segons la classe funcional de la NYHA, l'estadi de la malaltia i el pronòstic. Consens quant a les actuacions a fer (establir objectius individualitzats i consensuats per a cada pacient). Coordinació entre els diferents serveis de l'hospital (Medicina Interna, Cardiologia, Geriatria), l'atenció primària, PADES i centre sociosanitari (situació especial dels pacients en IC terminal).
- Identificació de mancances i problemes socials que a vegades condicionen els increments de necessitats.

3.4 Sistemes d'informació potents i centrats en el pacient i la patologia – gestió clínica.

3.5 Història clínica compartida – (informació clínica, proves complementàries, tractament farmacològic).

3.6 Sistema d'alertes i comunicació interprofessional centrat en el pacient i els seu problemes.

Llistat de variables a registrar a la història clínica

Nom de la variable	Comentaris	Tipus variable	
Nom		Text	*
Cognom primer		Text	*
Cognom segon		Text	*
Sexe		Text	*
Data naixement		Data	*
CIP		Text	*
Data de Ingrés per IC		Data	*
Data de visita		Data	*
Professional que visita	estendre-ho a qualsevol professional implicat en el programa	Text	*
Pes		Numèric (n)	
Talla		Numèric (n)	
Índex de massa corporal		Numèric (n)	
Perímetre de cintura		Numèric (n)	
Fàrmacs	nom comercial del fàrmac, nom genèric del fàrmac, dosi, freqüència	Text (2) + Numèric (2)	*
Dades de laboratori	Diferents paràmetres de laboratori	Numèric (n)	*
Valvulopatia		si/no	*
Tabac		si/no	
Consum alcohol		Numèric (n)	
HTA		si/no	*
DM		si/no	*
Dislipèmia		si/no	*
Cardiopatia isquèmica		si/no	*
Data diagnòstic		Data	
Diagnòstic etiològic IC		Text	
Diagnòstic fisiopatològic IC		Text	
Classe funcional IC NYHA		Text	
Rx de tòrax		Text	*
ECG		Text	*
Ecocardio		Text	*
Fracció ejecció ventricle esquerra		Numèric	
Data de la darrera informació quant a IC – concepte	Educació terapèutica	Data	
Data de la darrera informació quant a dieta	Educació terapèutica	Data	
Data de la darrera informació quant a activitat física	Educació terapèutica	Data	
Data de la darrera	Educació terapèutica	Data	

informació quant a autocura			
-----------------------------	--	--	--

* variables que probablement formen part del conjunt actual de la història clínica de Sunset (cal confirmar-ho). Algunes d'elles son diagnòstics de malalties cròniques del pacient. Els diagnòstics actius (ex.: malaltia crònica) estan agrupats en un apartat especial de l'estació clínica?

4- Guia de Pràctica Clínica

Grup de treball: Montse Ayats, Esther Dorca, Ramón Fitó, Xavier Martínez, Miguel Ángel Muñoz, David Pérez

La guia de pràctica clínica marca els passos a seguir en cada moment de la malaltia. El programa es centra en el pacient i la seva malaltia, es coordina amb la cartera de serveis i agafa com a model bàsic de treball la guia de pràctica clínica de la IC d'AP del ICS aprovada i recomanada per l'Agència d'Avaluació Tecnològica i Recerca Mèdica (AATRM).

4.1 Protocol assistencial únic basat en la gestió de procés assistencial integrat i centrat en el pacient.

Sistema de prestació de serveis – visió conjunta atenció primària i hospital - cartera de serveis (veure capítol 2).

4.2 **Definició de procés assistencial.** Paper de cada professional en cada moment del procés, així com el recurs al què està adscrit (veure capítol 2).

4.2.1 Fases de la malaltia

La Guia de pràctica clínica del programa de la MC-IC es basa en la guia de l'ICS en el seu format breu. La guia extensa de l'ICS es troba a:

http://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/docs/guia_insuficiencia_cardiaca.pdf

Qualsevol pacient que entri en el programa de la MC-IC ha d'haver passat la fase de diagnòstic fisiopatològic, etiològic i funcional, sigui en la categoria de certa o probabilitat, establir l'estadi evolutiu de la malaltia (veure més endavant) i ser registrat en el sistema d'informació per un metge/ssa.

4.2.1.0 PREVENCIÓ PRIMÀRIA

Els principals factors de risc per a IC són: edat majors de 70 anys, cardiopatia isquèmica, hipertensió arterial, hipertròfia ventricular esquerra, valvulopaties, diabetis *mellitus*, dislipèmia, obesitat, tabaquisme i consum excessiu d'alcohol.

Principals professionals implicats
Metge/ssa d'atenció primària, avaluació en els pacients de risc +++
Infermer/a d'atenció primària, avaluació en els pacients de +++
Cardiòleg (pacients amb cardiopatia isquèmica, valvulopaties) ++

Detecció dels símptomes / cribatge – fase prediagnòstic

Cal fer una anamnesi i una exploració detallades que permetin la detecció dels factors de risc i dels símptomes i signes que orientin cap a la sospita d'IC (taula 1).

Els criteris Framingham permeten plantejar un diagnòstic clínic de sospita, a partir del qual podem iniciar un tractament simptomàtic fins a la confirmació i classificació diagnòstica definitives.

S'ha de fer un ECG i una RX de tòrax a tots els pacients amb sospita d'IC

ECG: dona suport al diagnòstic d'IC, l'existència d'isquèmia o necrosi, HVE, AC x FA, BCBEFH.

RX de tòrax: Contribueix al diagnòstic l'existència de cardiomegàlia, la redistribució vascular i l'edema intersticial o alveolar. La normalitat d'ambdues proves fa menys probable el diagnòstic d'IC i obliga a insistir en el diagnòstic diferencial.

Taula 1. Criteris de Framingham

Sospita d'IC: 2 criteris majors o 1 criteri major i 2 de menors, (els criteris menors només són vàlids una vegada excloses altres causes)		
	MAJORS	MENORS
SÍMPTOMES	Dispnea paroxística nocturna (DPN)	Dispnea d'esforç Tos nocturna
SIGNES	Pressió venosa augmentada Ingurgitació jugular (IJ) Reflux hepatojugular	Edema maleolar Hepatomegàlia
AUSCULTACIÓ	Raneres crepitants	Taquicàrdia > 120

	Galop 3r soroll	batecs/min
RX TÒRAX	Edema agut de pulmó Cardiomegàlia	Vessament pleural
TRACTAMENT	Pèrdua de pes > 4,5 kg després del tractament	

A tots els pacients amb sospita d'IC se'ls ha de fer un diagnòstic diferencial en aquells processos que poden presentar símptomes o signes comuns d'IC.

En pacients fumadors, exfumadors o amb RX de tòrax compatible s'ha de fer un diagnòstic diferencial amb MPOC, que coexisteix en més del 20 % dels casos. Altres diagnòstics que s'han de descartar són asma, anèmia, patologia tiroïdal, insuficiència renal crònica i hepatopaties cròniques.

Cal fer un ecocardiograma Doppler a tots els pacients en qui continuï la sospita d'IC després de l'anamnesi, l'exploració, l'analítica, ECG i RX de tòrax per confirmar el diagnòstic i orientar l'etiologia.

4.2.1.1 Diagnòstic

Protocol d'estudi centrat en el diagnòstic etiològic.

Establir classe funcional gravetat – pronòstic. Veure Estadis de la IC en el capítol 4.2.1.2 Seguiment.

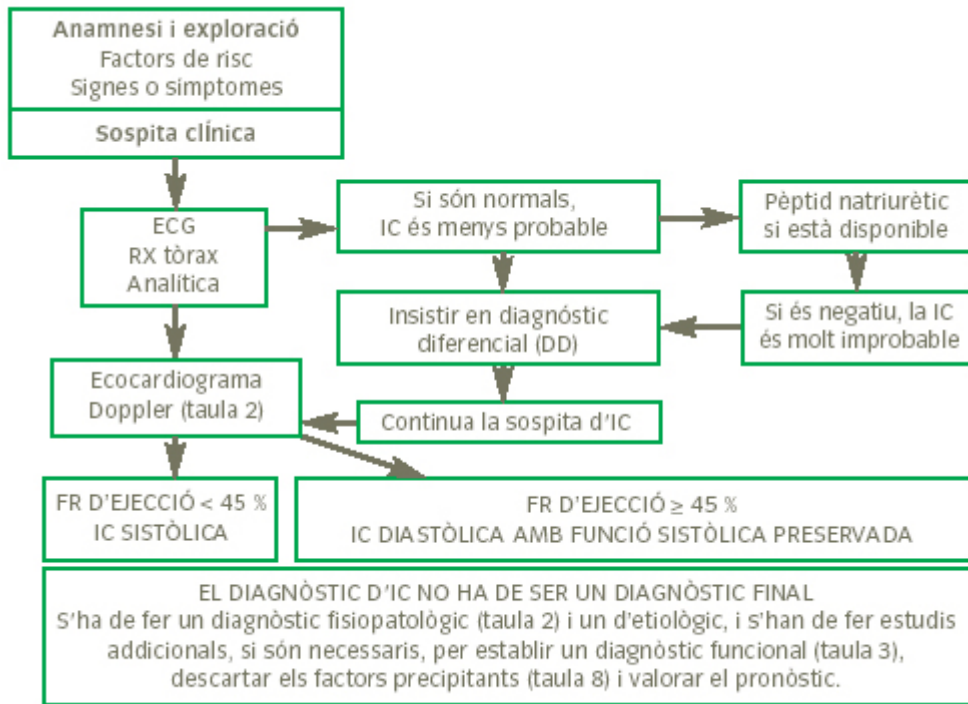
Protocol de tractament

Establir destinació del seguiment

Principals professionals implicats
Metge/ssa d'atenció primària, avaluació en els pacients de risc +++
Infermer/a d'atenció primària, avaluació en els pacients de ++
Metge/ssa hospitalari, durant l'ingrés +++
Cardiòleg (pacients amb cardiopatia isquèmica, valvulopaties) ++

Algoritme diagnòstic de la IC simplificat

L'objectiu és arribar a un diagnòstic de certesa en la IC. La realitat de la practica assistencial fa que en algunes ocasions la clínica i les exploracions complementàries no ens permetin arribar a la certesa i s'hagi de catalogar el diagnòstic de probable.



VALORACIÓ DE DERIVACIÓ A CARDIOLOGIA - NO URGENT -

Aparició de la malaltia abans dels 60 anys.
Sospita o confirmació d'etiologia isquèmica o valvular.
Dubtes diagnòstics o terapèutics.
Pacients amb NYHA > II (cal, almenys, una valoració del cardiòleg).

Diagnòstic Fisiopatològic

Taula 2. Interpretació de l'ecocardiograma a IC

Criteris de disfunció sistòlica

Fracció d'ejecció < 45 %

- 40 % - 45 %. Lleugerament deprimida
- 30 % - 40 %. Moderadament deprimida
- < 30 %. Severament deprimida

Criteris de disfunció diastòlica

Fracció d'ejecció $\geq 45\%$		
<p> criteris de disfunció diastòlica (annex 3. GPC extensa)</p> <p>IC DIASTÒLICA ESTABLERTA</p>	<p> Signes indirectes de disfunció diastòlica (HVE, MCHP, valvulopatia aòrtica o mitral moderada-severa, dilatació d'AE, etc.)</p> <p>IC DIASTÒLICA PROBABLE</p>	<p> Ecocardiograma normal. Persisteix la sospita després de descartar DD (Framingham positiu, múltiples ingressos, resposta al tractament, FR de disfunció diastòlica)</p> <p>IC DIASTÒLICA POSSIBLE</p>

Diagnòstic Etiològic

L'objectiu fonamental és determinar si existeix una causa corregible, principalment **patologia isquèmica** (32% - 47%) o **valvular** (17% - 21%).

L'**HTA** està present com a causa o factor etiològic principal, entre el 49% i el 80% dels casos, sobretot en IC diastòlica.

Diagnòstic Funcional

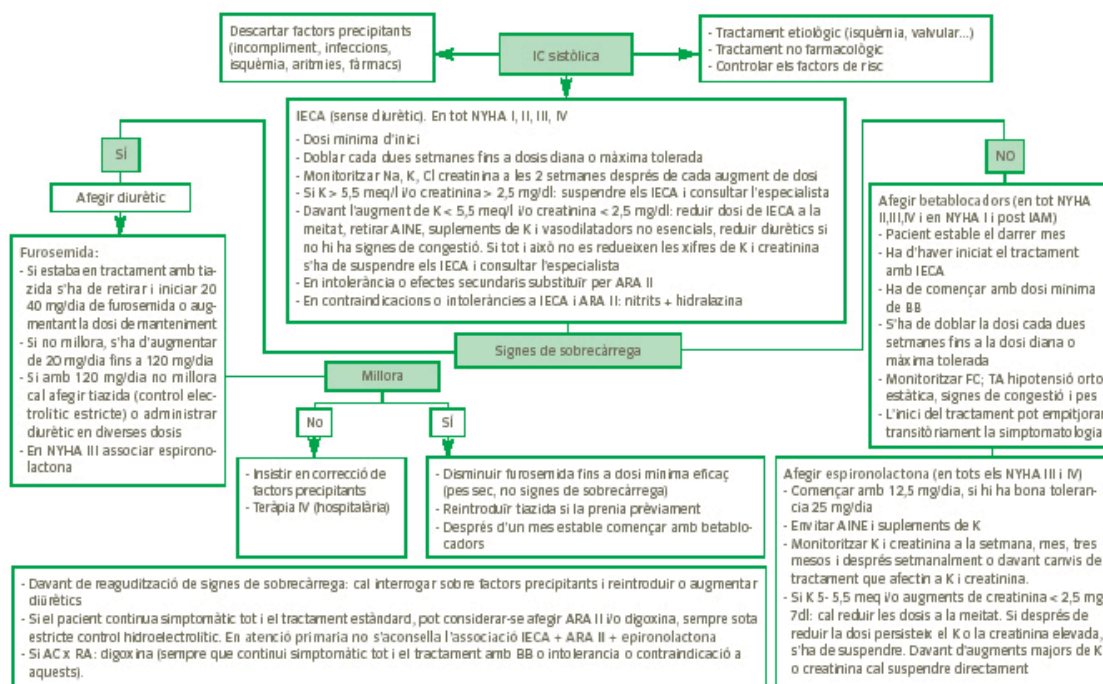
Taula 3. Diagnòstic funcional. Segons NYHA

NYHA I	NYHA II	NYHA III	NYHA IV
Sense limitació de l'activitat física.	Lleugera limitació de l'activitat física.	Marcada limitació de l'activitat física.	Incapacitat per a qualsevol activitat física.
Asimptomàtic amb activitats habituals.	Asimptomàtic en repòs.	Asimptomàtic en repòs.	
	Síntomes* amb activitats habituals.	Síntomes* amb menys activitats que les habituals.	Síntomes* en repòs.
CCS			
Asimptomàtic amb exercici intens, ràpid o prolongat.	Síntomes* si camina més de dues illes de cases o si puja més d'un pis.	Síntomes* si camina menys de dues illes de cases o si puja més d'un pis.	Síntomes* si fa la més mínima activitat o en repòs.

*dispnea, cansament, palpitations o angina.

CCS (Canadian Cardiovascular Society)

Tractament



Taula 4. Tractament farmacològic escalonat de la IC segons la Classe Funcional

	Tractament estàndard Millora de la supervivència	Afegir segons símptomes
NYHA I	IECA (ARA II si hi ha intolerància) BB (sols casos després d'IAM)	DIÜRÈTICS en la dosi mínima eficaç que mantingui el pacient asimptomàtic
NYHA II	IECA (ARA II si hi ha intolerància) BB	DIÜRÈTICS depenent de la retenció de fluids ARA II o digitàlics si continua simptomàtic
NYHA III	IECA (ARA II si hi ha intolerància) BB ESPIRONOLACTONA Afegir ARA II si intolerància a espironolactona	DIÜRÈTICS depenent de la retenció de fluids ARA II o digitàlics si continua simptomàtic
NYHA IV	IECA (ARA II si hi ha intolerància) BB ESPIRONOLACTONA Afegir ARA II si intolerància a espironolactona	DIÜRÈTICS depenent de la retenció de fluids ARA II o digitàlics si continua simptomàtic

Maneig de la IC sistòlica

- **Els diürètics** estan indicats per **alleujar els símptomes congestius i la retenció de líquids** en els pacients amb IC, i s'han de dosificar d'acord amb els signes de congestió.
- S'ha de pautar **tractament amb IECA** a tots els pacients amb IC sistòlica, en tots els seus estadis funcionals, llevat de les contraindicacions o de la intolerància.
- S'ha de pautar tractament amb IECA a tots els pacients amb disfunció sistòlica asimptomàtica, llevat de contraindicacions o intolerància
- S'han de pautar ARA II a tots els pacients amb IC sistòlica que presentin intoleràncies que obliguin a la retirada d'IECA (les contraindicacions d'ambdós fàrmacs són les mateixes).
- S'ha de pautar tractament amb **BB** amb efecte demostrat d'IC (carvedilol, bisoprolol, nebivolol en pacients més grans de 70 anys), a tots els pacients clínicament estables amb **IC sistòlica, classes II-IV**, que no presentin contraindicacions.
- S'ha de pautar tractament amb **BB**, amb efecte demostrat en IC (carvedilol, bisoprolol, nebivolol en pacients més grans de 70 anys) a tots els pacients amb disfunció sistòlica (asimptomàtica o simptomàtica) que hagin sofert un **IAM** i que no presentin contraindicacions.
- S'ha d'afegir **espironolactona** (12,5 - 25 mg/dia) al tractament estàndard (IECA, BB, diürètics amb o sense digoxina) en tots els pacients amb **IC sistòlica grau III/ IV** que no presentin contraindicacions

Taula 5. Dosis inicials i dosi diària per als fàrmacs utilitzats per tractar la IC sistòlica (s'han seleccionat aquells principis actius dels quals es disposa de més evidència i experiència d'ús en atenció primària per a aquesta patologia)

Principi actiu	Dosi inicial	Dosi diària * o de manteniment
DIÜRÈTICS		
Diürètics de nansa:		
Furosemida	20 mg - 40 mg/dia	120 mg/dia
Torasemida	5 mg - 10 mg/dia	30 mg/dia
Diürètics tiazídics		
Hidroclorotiazida	12,5 mg/dia	50 mg/dia
Clortalidona	12,5 mg/dia	50 mg/dia
IECA		
Captopril	6,25 mg/8 h	50 mg -100 mg/8 h
Enalapril	2,5 mg/12 h	10 mg -20 mg/12 h
Lisinopril	2,5 mg - 5 mg/24 h	20 mg -40 mg/24 h
Ramipril	2,5 mg/24 h	5 mg -10 mg/24 h
Trandolapril	1 mg/24 h	4 mg/24 h
BB		
Bisoprolol	1,25 mg/dia	10 mg/dia
Carvedilol	3,125 mg/12 h	25 mg/12 h
Nebivolol (alternativa en >70)	1,25 mg/dia	10 mg/24 h
ANTAGONISTES DE L'ALDOSTERONA		
Espironolactona	12,5 mg/dia	25 mg/dia
ARA II		
Candesartan	4-8 mg/dia	32 mg/dia
Losartan	12,5-25 mg/dia	50 mg/dia
Valsartan	20-40 mg/12 h	60 mg/12 h
GLUCÒSIDS CARDIOTÒNICS		
Digoxina	0,125 mg/dia en dones 0,250 mg/dia en homes	La dosi s'ajustarà segons edat i funció renal fins a assolir nivells plasmàtics entre 0,5 ng - 0,8 ng/mil·lilitre
HIDRALAZINA/DINITRAT D'ISOSORBIDA		
Hidralazina	25 mg/6 h - 8 h	50 mg - 75 mg/6 h
Dinitrat d'isosorbida	20 mg/12 h	40 mg - 60 mg/8 h - 12 h

* No s'haurien d'utilitzar dosis superiors a la dosi màxima, diària o de manteniment.

Taula 6. Elecció de fàrmacs en IC diastòlica segons patologia de base

<p>Si hi ha sobrecàrrega de volum</p> <ul style="list-style-type: none">- Diürètics (cal evitar excessiva reducció de precàrrega)- Si no millora, cal afegir ARA II o IECA- Si no hi ha millora s'han d'afegir nitrats
<p>Si hi ha HTA</p> <p>- S'ha de procurar fer un control òptim, < 130/85 mmHg i < 130/80 mmHg en DM</p> <ul style="list-style-type: none">- IECA, ARA II, BB i diürètics
<p>Si hi ha alteració de distensibilitat</p> <ul style="list-style-type: none">- IECA, ARA II, BB
<p>Si hi ha FC > 80</p> <p>- Cal evitar els fàrmacs taquicarditzants - BB o verapamil/diltiazem (cal evitar si hi ha FE < 50 %)</p>
<p>Si hi ha AC x FA</p> <ul style="list-style-type: none">- Anticoagulació- BB o verapamil/diltiazem (s'ha d'evitar si hi ha FE < 50 %)- Cal afegir digoxina, si FC en repòs és > 80 batecs/min

No s'ha d'associar mai BB amb verapamil / diltiazem

4.2.1.2 Seguiment

Una vegada establert el diagnòstic de certesa o probabilitat de la malaltia cal establir l'estadi evolutiu que orientarà al tipus de seguiment a fer.

El seguiment dels pacients amb IC s'ha de centrar bàsicament a atenció primària. La resta de recursos han de respondre a les demandes fetes des d'atenció primària.

Estadis evolutius de la IC

ESTADI A

Risc de desenvolupar la IC a causa d'afeccions que s'associen de forma estreta amb la IC. No presenten anomalies estructurals o funcionals del pericardi, miocardi ni vàlvules cardíaques. Mai han mostrat dades clíniques d'IC.

HTA, CI, DM, història de tractament cardiotòxic o abús d'alcohol, història personal de febre reumàtica o de miocardiopatia i bloqueig de branca esquerra, malaltia de Chagas

- Objectiu terapèutic: optimitzar el control de FR
- Objectiu assistencial: prevenir l'aparició de la disfunció ventricular
- Paràmetre de qualitat / indicador: població de risc lliure de malaltia
- Àrea: Atenció primària / ecocardiografia directa

Els pacients que es troben en aquest estadi son pacients de risc, en fase de prevenció primària. El seguiment es fa a l'AP.

ESTADI B

Malalts que han desenvolupat una cardiopatia estructural que s'associa clarament a IC. Mai han mostrat signes o símptomes d'IC.

Hipertròfia ventricular, fibrosis, dilatació VE, hipocontractilitat del VE, vàlvulopatia asimptomàtica, IAM previ

- Objectiu terapèutic: iniciar tractament farmacològic de forma precoç
- Objectiu assistencial: educació i prevenir l'aparició de la clínica d'IC
- Paràmetre de qualitat / indicador: diagnòstics realitzats de disfunció ventricular asimptomàtica
- Àrea: AP / cardiologia clínica

ESTADI C

Pacients amb símptomes actuals o previs d'IC. Associats amb cardiopatia estructural de base.

Pacients amb dispnea o fatigabilitat degudes a disfunció del ventricle esquerra o pacients asimptomàtics sotmesos a tractament per símptomes previs d'IC.

- Objectiu terapèutic: bloqueig neurohormonal òptim en el menys temps possible. Tractament de les causes reversibles. Prevenció de les complicacions
- Objectiu assistencial: Educació. Millorar la qualitat de vida i augmentar la supervivència al retardar la progressió de la malaltia subjacent.
- Paràmetre de qualitat/ indicador: Control compartit: visites mèdiques. Visites d'infermeria. Periodicitat de les revaloracions per especialista. Detecció d'evolució progressiva. Detecció del pacient de risc (Indicacions de DAI). Tractament de descompensacions sense ingrés

ESTADI D

Pacients amb avançada desestructuració i remodelat, als qui els mecanismes de compensació inicien un estadi de fragilitat amb descompensacions fàcils i de majors necessitats assistencials. Síntomes acusats d'IC malgrat el tractament mèdic "òptim" i que requereixen intervencions especialitzades.

Pacients freqüentment hospitalitzats per IC i que no poden ser donats d'alta amb seguretat; pacients amb símptomes refractaris al tractament; pacients en espera de trasplantament cardíac (TC); pacients en perfusió d'inotrops o assistència mecànica; pacients en cures pal·liatives.

La IC terminal seria la fase final d'aquest estadi.

- Objectiu terapèutic: Disminuir les hospitalitzacions amb seguiment estret als pacients. Prolongar la supervivència amb tractaments específics (TC i RCC) i, quan aquests no són possibles o estan contraindicats, només serà possible augmentar la qualitat de vida del pacient amb tractaments simptomàtics (perfusions inotrópiques, tractaments diürètics enèrgics, trasfusions, etc.) i finalment tractament pal·liatiu a la IC terminal.
- Objectiu assistencial: seguiment multidisciplinari coordinat per infermeria (gestora de casos / gestora clínica) per evitar la dispersió de les necessitats del pacient amb IC.
- Paràmetres de qualitat: visites al dia evitant la urgència. Hospitalitzacions. Derivacions de nivell 3 (RCC i TC). Tractaments ev. Informes d'IC terminal.
- Àrees:

Hospital de dia

Hospitalització convencional

Hospitalització domiciliària

Atenció domiciliària

Pal·liatius

Consultes de seguiment per especialitats

Consultes d'infermeria

Rehabilitació

Principals professionals implicats	
Estadi A i B	Estadi C i D

Metge/ssa d'atenció primària +++ Infermer/a d'atenció primària +++ Cardiòleg +	Metge/ssa d'atenció primària + Infermer/a d'atenció primària + Infermer/a expert/a +++ Hospital de Dia ++ Cardiòleg ++
--	--

Qui fa els controls i amb quina periodicitat
Establir objectius

VALORACIÓ DE DERIVACIÓ A CARDIOLOGIA - NO URGENT -

Pacients amb NYHA II que no millorin després d'ajustar el tractament oral.
Revisions periòdiques del pacient estable, segons consens local (NYHA I/II: anual; NYHA III/IV: semestral).
Progressió en pacients amb tractament adequat, sense factors precipitants.
Més de tres visites trimestrals a urgències per IC.
Més de tres ingressos anuals per IC.
Candidats a trasplantament cardíac o a resincronització.
Contraindicacions o intolerància a IECA, ARA II i BB, per valorar la introducció de tractament amb hidralazina-nitrats.
Pacient que vulgui quedar-se embarassada, per a consell o control del tractament.

VALORACIÓ DE DERIVACIÓ HOSPITALÀRIA - URGENT – a:

Infermera gestora de casos, Hospital de Dia, Urgències

Manifestacions severes - aparició de dispnea de mínim esforç o de repòs, edema generalitzat, etc.
Pacients amb NYHA III/IV inicial, o descompensacions en aquests pacients.
Pacients amb NYHA II descompensats, que empitjorin o que no millorin després d'ajustar el tractament oral (sense resposta, en dosis màximes de diürètics).
Malaltia greu concomitant: - Infecció respiratòria o d'una altra localització, que requereixin tractament hospitalari. - IAM o angina inestable. - Fibrilació auricular ràpida o arítmia descompensada. - Sospita de tromboembolisme pulmonar. - Síncope. - Insuficiència renal aguda (IRA).
Sospita d'intoxicació digitàlica.

4.2.1.3 Fase terminal

Principals professionals implicats
Metge/ssa d'atenció primària ++
Infermer/a d'atenció primària ++
PADES +++
Centre Sociosanitari +++

4.3 Guia clínica de la IC – diferents elements de la cadena assistencial –

No canvis en el tractament – prescripció farmacològica

Lliurament de receptes a l'alta hospitalària

5- Educació sanitària i formació terapèutica

Grup de treball: Marisol Álvarez, Marta Felip, Anna Rosa, Xènia Sist, Mari Luz Talavera, Anna Turnes

L'educació sanitària i formació terapèutica son elements bàsics en la gestió de tota la malaltia crònica, especialment en aquelles patologies on els hàbits de salut del pacient tenen un paper determinant.

Material docent ICS:

http://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/docs/insuficiencia_cardiaca_matdocent.pdf

TERMINOLOGIA:

Educació sanitària: responsabilitat de l'equip d'atenció primària, recau principalment en la infermera, i actua sobre la població general i de risc.

Formació terapèutica: es un tractament, propi del nivell especialitzat, requereix expertesa. Va dirigit a pacients (o cuidadors) amb la malaltia.

Confeccionar una **guia d'educació sanitària i formació terapèutica única** per atenció primària i hospital, cal que sigui **senzilla i pràctica**.

- **Cal disposar d'un programa de formació i objectius a assolir** (“pla d'estudis”). En tot pacient cal tenir present el nivell cultural del pacient –

objectius a assolir -, la situació de la seva patologia, així com el seu entorn social i familiar.

- Plantejar un programa de formació basat en sessions individuals i/o de grup, coordinat entre els diferents professionals del programa. Cal contemplar la participació – implicació de pacients experts i de les famílies.
- **Avaluació de coneixements del pacient** (propostes: periòdica?, ocasional a la consulta?, durant d'ingrés hospitalari?, al final de les sessions, ...), valoració dels continguts: assolits – no assolits. Establir i replantejar objectius després de cada intervenció. Considerar la piràmide de Miller (Coneixement: ho sap, Competència: sap com fer-ho, Actuació: ho demostra, Pràctica: ho fa)

(*) Proposta:

Guia / informe / fitxa d'educació del pacient on quedi registrat la formació rebuda pel pacient. L'objectiu és que els professionals **coneguin quina ha estat la informació que ha rebut el/la pacient i els coneixements assolits**. Ha de servir com a eina d'enllaç comunicació entre els diferents professionals.

Programa de formació:

Objectius a assolir, establir dos nivells en base a nivell cultural / capacitat de comprensió del/la pacient.

Programa de Malaltia Crònica del Vallès Oriental Carnet d'educació sanitària i seguiment de la insuficiència cardíaca

Nom pacient:	Nivell Educatiu: Bàsic / Avançat			
	Especificar el grau de coneixement assolit. Escala M/A/C (*)			
	Data:	Data:	Data:	Data:
Signes i símptomes				
Dieta				
Activitat física				
Autocura. Adherència al Tt.				
(*) malament, acceptable, correcte				

Objectius a assolir →	Pes:		PA:			Fr. Cardíaca:		
Controls:	Data	Data	Data	Data	Data	Data	Data	Data

Tabac								
Pes								
PA								
Fr. Cardíaca								

CONTINGUTS

5.1 La insuficiència cardíaca, què és?

5.1.1 Donar coneixements respecte a la IC, al pacient i a la família.

5.1.1.1 Explicar que és la IC

5.1.1.2 Causes i factors de risc associats

5.1.1.3 Estat emocional

<p>Objectiu: Reduir l'estrès psíquic.</p>

5.1.1.4 Signes i símptomes de descompensació

<p>Objectiu: Fer un autocontrol de pes mínim 3 vegades per setmana.</p>

<p>Reconèixer els símptomes de descompensació: augment de pes corporal - més d'un kg en un dia o més de 2 kg en més de dos dies - , edemes, augment de la dispnea, sensació de plenitud abdominal, ortopnea, augment de la nictúria, alteracions de la son.</p>
--

Factors precipitants

Ingesta excessiva de sal
Tractament insuficient o manca d'adherència al tractament
Fàrmacs (AINES, comprimits efervescents, corticoides, verapamil i dilitiazem –en IC sistòlica–, antiarítmics –excepte amiodarona, glitazones, antidepressius tricíclics, etc.) i substàncies tòxiques (alcohol, cocaïna, etc.)
Infeccions respiratòries i d'altres
Isquèmia miocardiàca
Fibril·lació auricular ràpida i altres arítmies
Embolisme pulmonar (si fa repòs al llit > 3 dies: cal administrar heparina baix pes molecular)
HTA mal controlada (objectiu < 130/85 mmHg i < 130/80 mm Hg en pacient diabètic)
Insuficiència renal (cal evitar l'excessiva reducció de la precàrrega i monitorar si s'administren dosis altes de diürètics i IECA)
Anèmia
Disfunció tiroïdal

5.1.2 Control FRCV

Objectiu:
Abandonar l'hàbit tabàquic
Reduir o suprimir el consum d'alcohol
Evitar sobrepès – obesitat
Optimització control FRCV

- 5.1.2.1 Disminució de pes si IMC > 27
- 5.1.2.2 Abandó de l'hàbit tabàquic i/ o alcohol
- 5.1.2.3 Control altres FRCV associats: HTA (PA < 130/85 mmHg), DM2 (HbA1c < 7%), dislipèmia (cLDL < 100 mg/dl), ..

5.1.3 Vacunacions

Objectiu:
Recomanar vacunació antigripal i pneumocòccica, segons procedeixi.

- 5.1.4 Informació sobre del programa de la MC-IC del Vallès Oriental, recursos, com utilitzar-los, vies de contacte, accessibilitat,...
- 5.1.5 Informació adreçada al control de la malaltia (visites de seguiment, ajuts per l'autocontrol, presa de la PA,....). Fomentar la **visita proactiva** del pacient, on es prepari el què se ell/a espera de l'entrevista- visita amb el metge.

5.2 Dieta

Paper de la dieta en la IC i FRCV associats.

Disposar de models de dietes, actualitzats i comuns per primària – hospital

Objectiu:
Seguir una dieta hiposòdica.

Restringir el consum de líquids a 2 litres/dia, excepte en IC severa, en què s'ha de restringir a un litre/dia.

Evitar el sobrepès/obesitat.

- 5.2.1 Limitar el consum de sal i evitar els menjars amb alt contingut en sodi, com els embotits, conserves i el menjar ràpid (hamburgueses, precuinats,...) i formatges. Dieta de 4g de sal i sense sal afegida.
- 5.2.2 Restricció de l'aportació de líquids
- 5.2.3 Evitar greixos saturats i afavorir el consum de peix blau.
- 5.2.4 Aprendre a llegir les etiquetes dels aliments.
- 5.2.5 Reduir la ingesta d'alcohol.
- 5.2.6 Reduir pes si cal.

5.3 Activitat física

Objectiu:

Realitzar exercici físic regular individualitzat, segons la tolerància, i repòs durant les reaguditzacions.

- 5.3.1 Programa d'exercici diari de deambulació gradual.
- 5.3.2 Personalitzar i adequar l'activitat per tal d'evitar l'esforç excessiu i aprendre tècniques d'estalvi d'energia.
- 5.3.3 Coneixement i maneig dels ajuts d'autocontrol en la pràctica de l'exercici.
- 5.3.4 Adequació del treball a la nova situació.

5.4 Autocura del pacient- implicació.

Cultura de la responsabilització. Reforçar els comportaments saludables que l'ajudaran a controlar la seva malaltia. Implicar el propi pacient i els cuidadors principals.

Objectiu:

Control de la PA (< 130/85 mm Hg i <130/80 mmHg en diabètics i freqüència cardíaca (< 90 bpm).

Cal evitar ús de fàrmacs inapropiats - AINE, corticoides, ACa - verapamil, diltiazem (en la IC sistòlica), antidepressius tricíclics, glitazones.

Conèixer la utilitat dels fàrmacs, els efectes adversos del tractament i la importància del compliment terapèutic (farmacològic i no farmacològic), fins i tot després de l'alleujament simptomàtic.

- 5.4.1 Educar per saber reconèixer signes i símptomes de descompensació. Signes d'alarma: augment de pes, edemes a extremitats inferiors (peus, turmells, ..), control de la diüresi, ofec, orotpnea, tos persistent, cansament, mala tolerància a l'esforç dolor al pit,...
- 5.4.2 Automesura TA.
- 5.4.3 Coneixement de la medicació. Autogestió – autocontrol.
- 5.4.4 **Compliment terapèutic.**
- 5.4.5 Reaccions adverses i efectes secundaris del tractament i les interaccions amb altres fàrmacs o aliments.
- 5.4.6 Paper del cuidador professional.

Sessions informatives - educatives per a pacients ingressats i els seus familiars/cuidadors.

- Punt de trobada infermeria – pacient - cuidador.
- Educar i aclarir dubtes.

5.5 El pacient expert

Proposta de desenvolupar grups de pacients liderats per un pacients expert que orienti la cura de la IC.

Proposta de crear un grup multidisciplinar per poder confeccionar la guia, participant infermers/es, metges/eses, fisioterapeutes, dietistes, etc.

Elaboració de **material didàctic** de reforç / informatiu -. Suport paper/ audiovisual / xarxa - suport electrònic /...

Material docent ICS:

http://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/docs/insuficiencia_cardiaca_matd ocent.pdf

Models de referència: salut 2.0 patientslikeme
<http://www.forumclinic.es> es una guia de l'Hospital Clínic de Barcelona sobre la IC.

Infermeria Hospital:

Infermer/a de planta, Gestora de Casos, Hospital de Dia, Hospital a Domicili

**Eduació terapèutica guiats per trajectòries clíniques
Pacients ingressats / Pacients ambulatoris**

6- Avaluació del projecte

Grup de treball: Sílvia Cordoní, Esteve Llargués, Isabel Recasens, Vicky Yetano

6.1 Satisfacció del pacient.

6.2 Satisfacció dels professionals.

6.3 Indicators de procés (coordinació – continuum).

6.4 Indicators de resultat (reingresos,...).

Indicadors Malaltia crònica – Insuficiència cardíaca

Indicador

Numerador
Nombre de pacients registrats amb el diagnòstic d'IC durant el primer any del programa
Denominador
Nombre de població assignada durant el primer any del programa

Indicador

Numerador

Nombre de pacients registrats amb el diagnòstic etiològic de la IC durant el primer any del programa
Denominador
Nombre de pacients registrats amb el diagnòstic d'IC durant el primer any del programa

Indicador

Numerador
Nombre de pacients registrats amb classe funcional de la IC durant el primer any del programa
Denominador
Nombre de pacients registrats amb el diagnòstic d'IC durant el primer any del programa

Indicador

Numerador
Nombre de pacients controlats per la infermera gestora de casos durant el primer any del programa
Denominador
Nombre de pacients registrats amb el diagnòstic d'IC durant el primer any del programa

Indicador

Numerador
Nombre de pacients controlats per la infermera d'enllaç durant el primer any del programa
Denominador
Nombre de pacients registrats amb el diagnòstic d'IC durant el primer any del programa

Indicador

Numerador
Nombre de pacients registrats en el programa visitats a urgències per IC a l'HGG durant el primer any del programa
Denominador
Nombre de pacients registrats en el programa a l'HGG durant el primer any del programa

Indicador

Numerador
Nombre de pacients ingressats per IC a l'HGG durant el primer any del programa
Denominador
Nombre de pacients amb ingrés mèdic a l'HGG durant el primer any del

programa

Indicador

Numerador

Nombre de pacients reingressats per IC a l'HGG durant el primer any del programa
--

Denominador

Nombre de pacients reingressats a l'HGG durant el primer any del programa

Indicador

Numerador

Nombre de pacients amb IC i en tractament amb IECAs/ARA II durant el primer any del programa
--

Denominador

Nombre de pacients registrats amb el diagnòstic d'IC durant el primer any del programa
--

Indicador

Numerador

Nombre de pacients amb IC i en tractament amb BB durant el primer any del programa
--

Denominador

Nombre de pacients registrats amb el diagnòstic d'IC durant el primer any del programa
--

Valoració del projecte amb el mètode delphi

- 1- Suport Institucional
- 2- Model assistencial - Valoració 37
- 3- Sistemes d'informació – Valoració 0
- 4- Guies de Pràctica Clínica – Valoració 19
- 5- Educació terapèutica – Valoració 12
- 6- Avaluació del projecte - Valoració 4

PROGRAMA DEL MALALT CRÒNIC PLURIPATOLÒGIC

FHAG

Hospital de Dia Mèdic

Octubre 2011

PROGRAMA DEL MALALT CRÒNIC – Hospital de Dia Mèdic:

Infermera del Programa:

Sra.Marta Segura Parra

Infermera d'enllaç Hospital:

Immaculada Vidal Castell

Infermera d'enllaç primària:

Mari Luz Talavera

Metges:

Dra,Mònica Vila Vall-Ilovera
Dra.Anna Soler Sendra

Cap de Servei:

Dr.Esteve Llargués Rocabruna

Cap d'infermeria de l'Àrea Mèdica:

Sra.Gemma Pérez

ÍNDIX

1-Model d'atenció al pacient crònic pluripatològic:	iError!Marcador no definido.
2-Atenció Primària:	iError!Marcador no definido.
3-Criteris de derivació al programa i de retorn: CIRCUÏTS des dels diferents nivells assistencials. Professionals implicats.	iError!Marcador no definido.
4-Registre base de dades:	iError!Marcador no definido.
5- Pla estratègic funcional d'infermeria en el programa de malalts crònics pluripatològics reconsultadors / reingressadors (PMC-R).	11

1.1

1-Model d'atenció al pacient crònic pluripatològic:

L'objectiu és ordenar l'atenció al malalt amb pluripatologia i que és reconsultador o freqüentador hospitalari amb criteris d'eficiència per racionalitzar l'ús dels recursos sanitaris.

Identificació del pacient:

Es definirà pacient pluripatològic aquell que presenti dues o més patologies de les definides a les següents categories:

CATEGORIA A:

- Insuficiència Cardíaca
- Cardiopatia isquémica

CATEGORIA B:

- Enfermedad crónica osteoarticular con limitación funcional.
- Vasculitis y conectivopatías
- Insuficiencia renal crónica

CATEGORIA C:

- Enfermedad crónica al flujo aéreo, asma bronquial o hipoventilación alveolar con limitación funcional.
- Cor pulmonale crónico.

CATEGORIA D:

- Enfermedad inflamatoria crónica intestinal
- Hepatopatía crónica sintomática o en actividad.

CATEGORIA E:

- Enfermedad neurológica con déficit motor o cognitivo que genere discapacidad.

CATEGORIA F:

- Arteriopatía periférica sintomática.
- Diabetes Mellitus con repercusión visceral diferente de la cardiopatía isquémica.

CATEGORIA G:

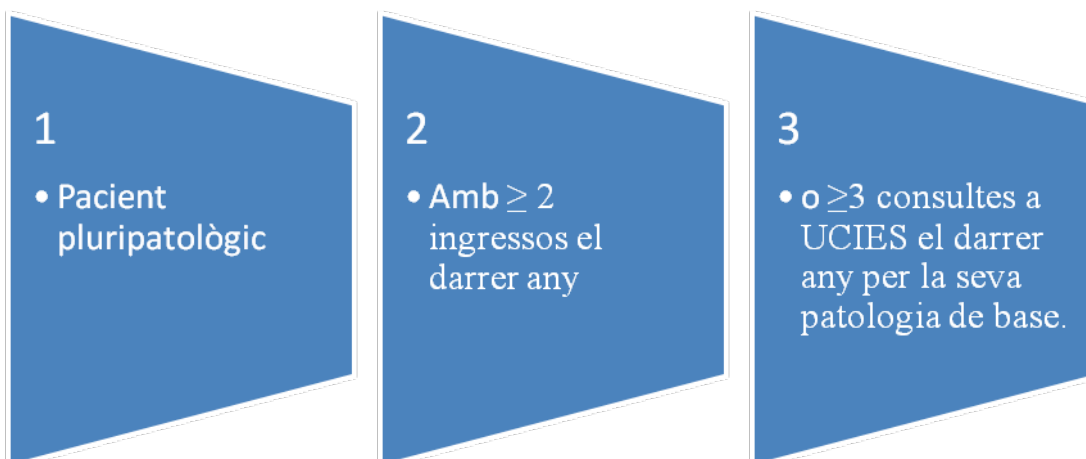
- Enfermedad hematológica sintomática y no subsidiaria de tratamiento especializado.
- Enfermedad oncológica activa no subsidiaria de tratamiento oncológico activo.

Actualment el pacient pluripatològic s'inclourà als programes de seguiment si al menys un dels dos diagnòstics principals és: Insuficiència cardíaca o MPOC.

Tenim dos programes d'atenció al pacient amb patologia crònica:

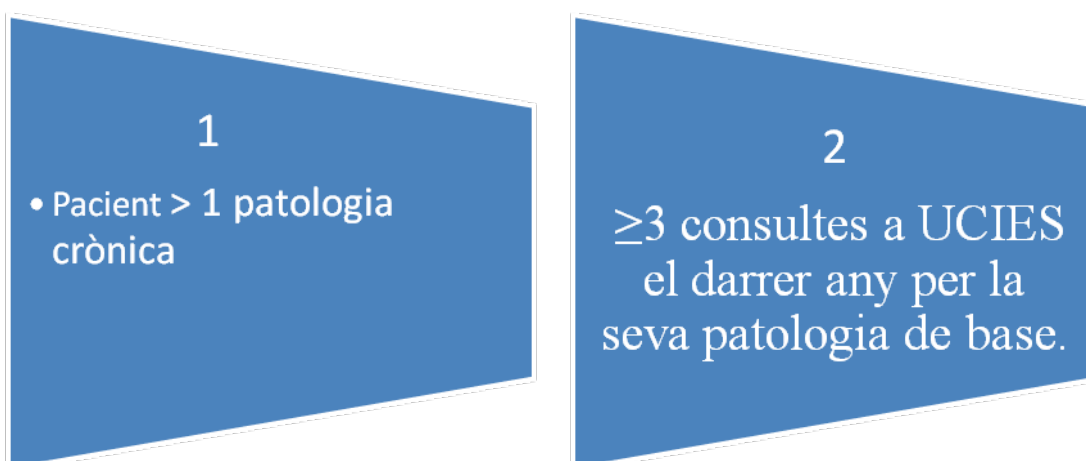
1. Programa del malalt crònic pluripatològic reingressador (PMC-R)
2. Programa del malalt crònic reconsultadors (PMC-2)

PMC-R: Programa malalt crònic reingressador-CRITERIS:



PMC-2: Programa malalt crònic reconsultador:

Pacients amb més d'una patologia crònica que no siguin controlades per especialista * i que motivin múltiples consultes (\geq al Servei d'UCIES):



*Els pacients amb IC pura: UMAD o MPOC amb criteris seguiment a pneumologia.

L'objectiu d'aquest segon programa seria establir la malaltia crònica i derivar-lo abans possible al pacient a seguiment per l'Atenció Primària. Aquest malalt quedaria inclòs al programa-2 i l'Hospital de Dia oferiria suport en les exacerbacions.

Pendent definir per les especialitats els circuits. La coordinació principal d'atenció a aquest tipus de malalt seria l'infermera d'enllaç.

Criteris de control per GERIATRIA (i pertant, exclosos del PMC pluripatològic-mèdic):

Criteris d'exclusió al programa:

MAJORS	MENORS
-Dependència: alta o mitjana -Deteriorament cognitiu: moderat o sever -Pacients controlats a Geriatria -Malaltia psiquiàtrica greu -Negativa del pacient o la família a fer desplaçaments hospitalaris	Edat \geq 85 anys Institucionalització

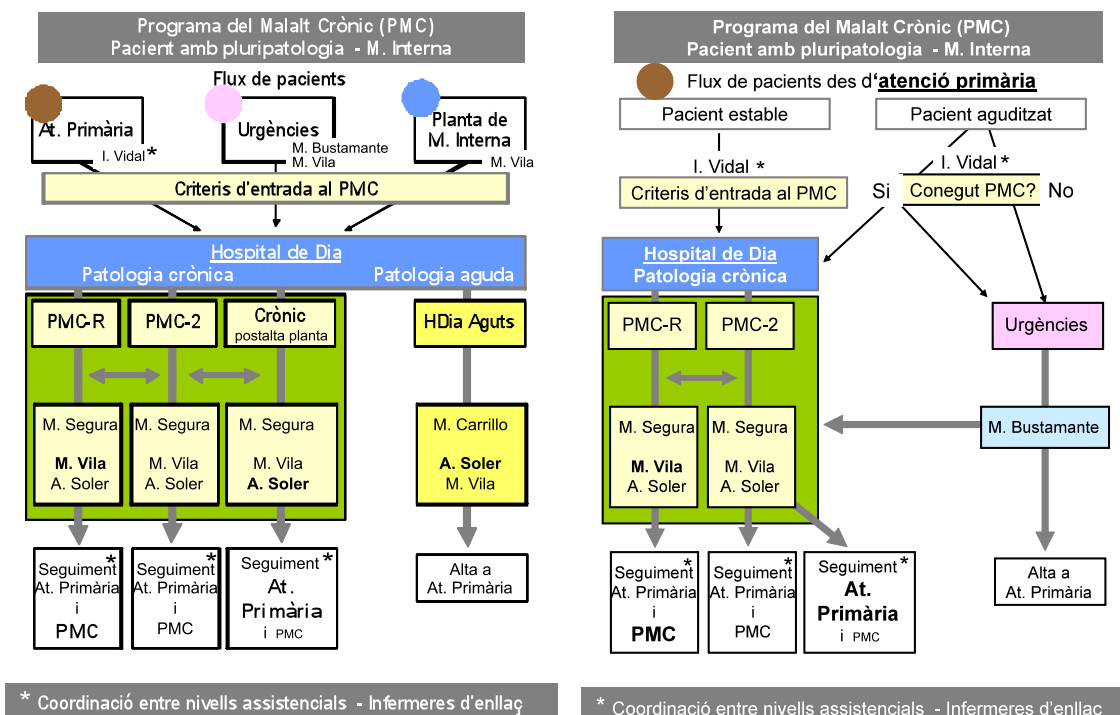
2-Atenció Primària:

Els protocols de diagnòstic i d'estudi seran els de les dues patologies cròniques principals de base que tingui el pacient (les que són causa de les seves descompensacions).

Pertant, els pacients que es deriven a Hospital de Dia estaran diagnosticats i estadiats a l'atenció Primària i s'enten que es disposarà de les proves complementàries bàsiques:

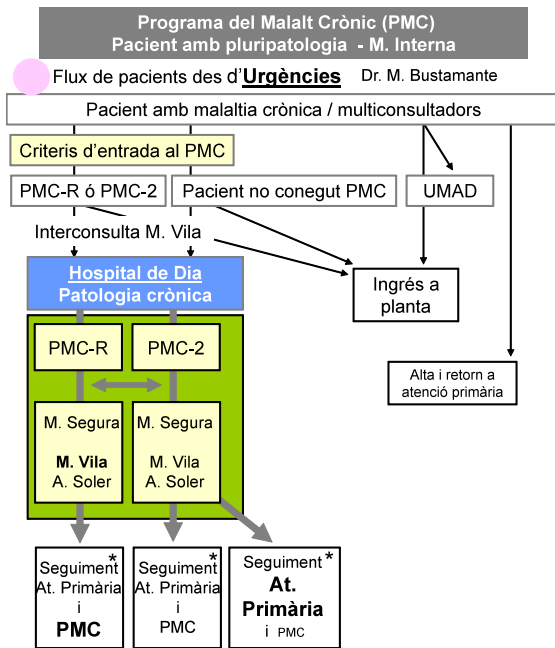
- Rx tòrax
- PFRespiratòries
- Ecocardio
- Analítica bàsica

3-Criteris de derivació al programa i de retorn: CIRCUÏTS des dels diferents nivells assistencials. Professionals implicats.

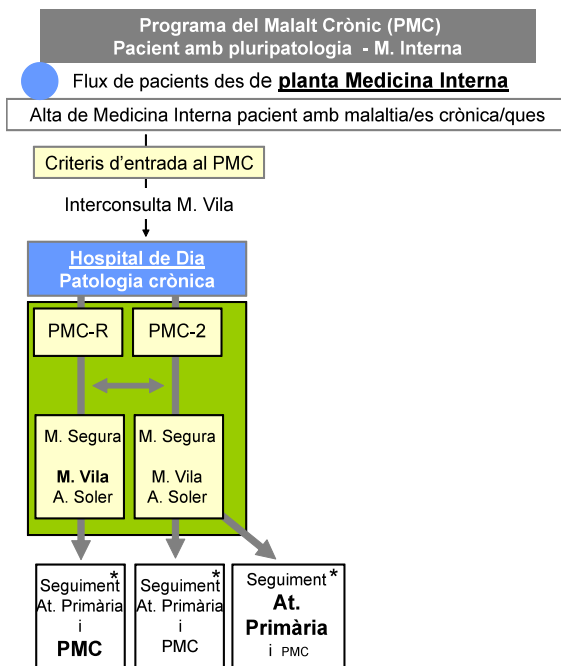


* Coordinació entre nivells assistencials - Infermeres d'enllaç

* Coordinació entre nivells assistencials - Infermeres d'enllaç



* Coordinació entre nivells assistencials - Infermeres d'enllaç



* Coordinació entre nivells assistencials - Infermeres d'enllaç

Els pacients que estiguin inclosos al PMC-R i hagin d'ingressar, seran atesos preferiblement pel mateix equip (Dra.Vila/M.Segura) del programa.

Quan els pacients del PMC-2 hagin d'ingressar, seran atesos per l'equip més adient en funció del motiu principal d'ingrés.

4-Registre base de dades:

- Propi de cada programa
- Relació de diagnòstics (comorbiditat-Index Charlson)
- Relació de fàrmacs
- Index PROFUND
- Nivell educatiu
- Necessitats assistencials/socials.

Cal treballar en la indentificació dels pacients en els sistemes d'informació compartits, així com en detallar la indicació de limitació d'esforç terapèutic i document de voluntats anticipades.

També en la identificació mitjançant "carnet del pacient".

Caldrà posar èmfasi en indentificar els pacients que siguin portadors de gèrmens multirresistents.

5. PLA ESTRATÈGIC FUNCIONAL D'INFERMERIA EN EL PROGRAMA DE MALALTS CRÒNICS PLURIPATOLÒGICS RECONSULTADORS / REINGRESSADORS (PMC-R)

Missió: la missió del PMC-R és la de millorar la qualitat de vida dels pacients amb patologies cròniques evolucionades donant resposta a les descompensacions a través de la detecció precoç d'aquestes mateixes des de l'àmbit ambulatori.

Objectius

-Detectar i/o reclutar i registrar (des de planta, CCEE , Ucies..) pacients que compleixen criteris d'inclusió al PMC-R.

-Optimitzar els recursos sanitaris proporcionant una resposta assistencial adequada a la seva situació

-Estabilitzar pacients amb malaltia crònica –pluripatològics en fase evolucionada

-Evitar i/o disminuir ingressos /reingressos a l' Hospital i disminuir les estades hospitalàries

-Evitar i/o disminuir consultes a UCIES.

-Desenvolupar un sistema d'indicadors qualitatiu i quantitatiu de la millora de qualitat de vida dels pacients.

Cartera de Serveis

-Atenció ambulatoria preferent/urgent amb la possibilitat de realitzar proves complementàries i tractaments sense haver de passar per Urgències.

-Informació/educació al pacient i als cuidadors principals sobre el control de les patologies cròniques que es tenen i sobre els signes d'alarma que ens indiquen descompensació

-Proporcionar aquesta informació i els telèfons de contacte directe amb l'equip en format paper.

-Afavorir l'adherència al tractament crònic mitjançant un full horari i explicació de cada medicació

-Desenvolupar un pla d'educació individualitzat mitjançant el màxim d'informació referent al malalt, la família i la situació de les diverses patologies

-Establir contacte amb l'equip assistencial de les unitats d'aguts quan els pacients estiguin ingressats per poder programar les visites de control i seguiment post alta.

-Actualitzar la base de dades de la unitat per poder contabilitzar la nostra activitat.

Procedència dels pacients

- Atenció Primària
- Urgències
- CCEE
- Unitats d'Hospitalització

Sistematització del les visites

Sol.licitar 1ª Visita PMC-R (Dra Vila /Dra Soler) a HDMQ

1ª visita (facultativa + infermera) PMC-R màxim 1 setmana post alta de UH/UCIES

1^a visita PMC-R màxim 2 setmanes de la sol.licitut de AP o CCEE

Visites successives amb Infermeria PMC-R i Facultativa PMC-R flexibles entre 1setmana i 2-3mesos depenent de l'estabilitat del pacient i les seves necessitats.

En fase d'estabilització contactar amb la infermera d'Enllaç d'Atenció Primària per potenciar les visites dels pacients amb el Metge de Capçalera respectiu i Infermera de Referència per seguir controls clínics posteriors.

Caldria mantenir una bona comunicació amb Infermera i Metge de l' ABS per tal de poder fer un seguiment conjunt del pacient i oferir uns recursos sanitaris òptims en cada moment i situació.

1^a Visita Infermeria PMC-R:

- Registrar a la base de dades el nom de l' ABS , Metge i infermera de capçalera cuidador principal , dades administratives , dades mèdiques ...

- Informar amb un llenguatge adequat al pacient i cuidadors sobre les patologies cròniques del pacient que són el motiu de freqüents descompensacions i les responsables de les visites a Ucies i els Ingressos a unitats d'Hospitalització

- Informar sobre els signes d'alarma que indiquen possibles descompensacions i els controls que ha de realitzar realitzar diàriament per detectar precoçment aquests signes.

- Registrar les constants (TA , FC , FR , Sat O2 , Pes , T^a) i valoració del IMC , diüresis o edemes a EEII i auscultació pulmonar.

- Educar sobre mesures no farmacològiques i hàbits de vida saludables (dieta , exercici físic , deshabitació tabàquica , mesures de confort...)

- Registrar el tractament crònic (medicació , BD , oxígen crònic , CPAP...) del pacient i facilitar un full amb el quadre horari del tractament per millorar el compliment d' aquest.

- Definir objectius individuals per afavorir l'autocura i l'autonomia del pacient.

Visites successives d'Infermeria PMC-R

- Registre de constants i seguiment clínic
- Registre i actualització de tractament crònic per saber si hi ha hagut alguna modificació pel Capçalera o algun altre especialista
- Repàs dels controls diaris que el pacient realitza al domicili.
- Repàs dels signes d'alarma i els telèfons i l'horari de contacte
- Repàs dels coneixements adquirits i els hàbits de vida modificats

Índice de Barthel

Comida

- 10. Independiente. Capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
- 5. Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo
- 0. Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona

Aseo

- 5. Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin necesidad de que otra persona supervise.
- 0. Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.

Vestido

- 10. Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda
- 5. Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.
- 0. Dependiente. Necesita ayuda para las mismas

Arreglo

- 5. Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna. Los complementos pueden ser provistos por otra persona.
- 0. Dependiente. Necesita alguna ayuda

Deposición

- 10. Continente. No presenta episodios de incontinencia.
- 5. Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.
- 0. Incontinente. Más de un episodio semanal. Incluye administración de enemas o supositorios por otra persona.

Micción

- 10. Continente. No presenta episodios de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo (sonda, orinal, pañal, etc)
- 5. Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas u otros dispositivos
- 0. Incontinente. Más de un episodio en 24 horas. Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

Ir al retrete

- 10. Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.
- 5. Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda: es capaz de usar el baño. Puede limpiarse solo.
- 0. Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor

Traslado cama /sillón

- 15. Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.
- 10. Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.
- 5. Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. Capaz de estar sentado sin ayuda.
- 0. Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado.

Deambulaci3n

- 15. Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en una casa sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto su andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.
- 10. Necesita ayuda. Necesita supervisi3n o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador
- 5. Independiente. En silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisi3n
- 0. Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

Subir y bajar escaleras

- 10. Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n de otra persona
- 5. Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisi3n.
- 0. Dependiente. Es incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor

Total:

Máxima puntuaci3n: 100 puntos (90 si usa silla de ruedas)

<u>Resultado</u>	<u>Grado de dependencia</u>
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
> o igual de 60	Leve
100	Independiente

Annex IV

Escala de Comorbilidad de Charlson		
Infarto de Miocardio (se excluye cambios EKG sin antecedentes médicos)		1
Enfermedad coronaria		1
Insuficiencia Cardíaca Congestiva		1
Enfermedad Vascul ar Periférica (incluye Aneurisma de Aorta 6 cm)		1
Enfermedad Cerebrovascular		1
Hipertensión arterial		1
Alcoholismo		1
Enfermedad tromboembólica		1
Arritmia		1
Demencia		1
EPOC		1
Enfermedad del tejido conectivo		1
Úlcus péptico		1

Hepatopatía Leve (sin hipertensión portal incluye hepatitis crónica)		1
Diabetes mellitus sin evidencia de afectación de órganos diana		1
Hemiplejia		2
Enfermedad Renal moderada-severa		2
Diabetes con afectación de órganos dianas (retinopatía, nefropatía etc)		2
Tumor sin metástasis (excluir si > 5 años desde el diagnostico)		2
Leucemia (Aguda o Crónica)		2
Linfoma		2
Enfermedad Hepática moderada o severa		3
Tumor Sólido con metástasis		6
SIDA (no únicamente HIV positivo)		6