



Avanzando en la atención al paciente crónico complejo. Resultados en la frecuentación y eficiencia en el Hospital Universitario 12 de Octubre

Azcutia Gómez R, del Olmo Rubio MJ, Lumbreras Bermejo C, Bernal Sobrino JL, López Palacios S, Hidalgo Doniga C
*Servicio Madrileño de Salud. Hospital Universitario
12 de Octubre. Madrid*
e-mail: mariarosario.azcutia@salud.madrid.org



Rosario Azcutia Gómez.

Resumen

El abordaje correcto de la cronicidad es, sin duda, uno de los mayores retos a los que puede enfrentarse un sistema sanitario. Las transiciones demográficas y epidemiológicas son la base indiscutible de este fenómeno.

Con este reto como objetivo, la Comunidad de Madrid implementa, liderado por la Subdirección General de Continuidad Asistencial, en 2017 el Proceso Asistencial Integrado (PAI) del Paciente Crónico Complejo (PCC). Así, y teniendo en común unos nuevos roles, servicios y herramientas (entre ellas el PAI) definidos en los dos niveles asistenciales, Atención Primaria (AP) y Atención Hospitalaria (AH), se constituyen en cada hospital un grupo director local (GDL), integrado por profesionales asistenciales multiprofesionales y directivos de ambos niveles. Se concretan y definen unos circuitos de comunicación que faciliten, con las adaptaciones locales necesarias en cada hospital y centro de salud (CS), que el paciente crónico sea atendido en cada momento en el sitio más pertinente, con el domicilio como lugar prioritario de atención y con la mayor seguridad y calidad posible.

La inclusión de un paciente en el PAI-PCC comienza con la revisión en AP del nivel de riesgo que aporta el estratificador GMA y su conversión en un nivel de intervención alto (NIA), medio o bajo, en función también de otros factores socioeconómicos. Los pacientes con un NIA son los que consideramos PCC. A partir de aquí se comunica e integra, en el caso que presentamos del Hospital Universitario 12 de Octubre (HU12O), en la historia clínica permitiendo localizar a cada paciente y referenciarlo a sus profesionales de atención y seguimiento en cada momento.

Nuestro estudio tuvo por objeto evaluar el impacto de la clasificación NIA sobre la frecuentación en las consultas de Medicina Interna, Urgencias, hospitalización y hospitalización de día y analizar su impacto sobre la eficiencia de su atención. Para ello, se comparó la frecuentación en las atenciones indicadas de todos los pacientes que llevaban 9 meses identificados en ambos niveles como PCC, frente a los 9 meses previos inmediatos a la inclusión en el mismo.

Para una $n = 1449$, se obtuvo una reducción de los episodios de urgencias y hospitalización en un 19,63 y 25,34% respectivamente y un aumento de los de hospital de día y consultas de Medicina Interna de un 41,21 y 30,08%. Después del análisis de los pesos de cada uno de los ingresos y realizando un cálculo de los costes de cada episodio, se produce un ahorro de 1 146 843 euros.

Objetivos del proyecto o experiencia

España disfruta de la tercera esperanza de vida media más alta de todo el mundo según datos de 2016, de 83,1 años, solo superada por Japón (84,2), y Suiza (83,3), en los puestos 1 y 2 respectivamente, según el Global Health Observatory de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estas cifras se mantienen en España, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), para el 2017.

La Comunidad de Madrid, con una población total a finales de 2017 de 6 749 560 ciudadanos, tiene la esperanza de vida media más alta de todo el país, 84,54 años de media.

En un análisis de las historias clínicas electrónicas (HCE) de Atención Primaria (AP), el 55,54% (3 748 695) tiene al menos una enfermedad crónica registrada. De ellos, el 44,58% tienen un nivel de riesgo bajo (3 009 219), el 8,28% un nivel de riesgo medio (559 129) y un 2,67% un nivel de riesgo alto (180 347), lo que se denomina paciente crónico complejo (PCC). El 44,46% de la población de la Comunidad de Madrid no tiene ninguna patología crónica registrada (3 000 865).

Una situación sobreañadida a la cronicidad es la multimorbilidad que se asocia a disminución de la calidad de vida y polifarmacia, factores que implican incremento de la utilización de recursos asistenciales.

En este contexto, se hace necesario redefinir el modelo de atención a los pacientes crónicos complejos.

El objetivo del presente trabajo es describir los circuitos asistenciales interniveles e intrahospitalarios y presentar los resultados de frecuentación y eficiencia en indicadores hospitalarios, de la puesta en marcha de un proceso asistencial integrado (PAI) de los PCC del Hospital Universitario 12 de Octubre, con una población asignada de referencia a fecha de febrero de 2019 de 447 244, con sus 19 centros de salud (CS) de AP, los 16 centros sociosanitarios (CSS) y los hospitales de media estancia (HME) correspondientes.

Método

Aunque ya existían experiencias previas en nuestro hospital de diseños de circuitos de atención a pacientes crónicos, en 2017 y en el contexto del despliegue del PAI-PCC, se convoca al denominado GDL, constituido por profesionales asistenciales y

directivos, sanitarios y no sanitarios de AP y AH o de CSS con el objeto adaptar el PAI del PCC a los nuestros ámbitos asistenciales de referencia.

Se establecen así unos circuitos consensuados de atención en los distintos ámbitos y derivación a los pacientes entre los mismos, con el objetivo de mantener al paciente en su domicilio siempre que se pueda, disminuyendo las hospitalizaciones y atenciones en urgencias, mejorando las peraltas hacia AP y aumentando las atenciones en hospital de día y consultas externas fundamentalmente en Medicina Interna (MI), servicio en el que pivota mayoritariamente la atención del PCC.

Objetivo principal es la adecuación del ingreso en el hospital siempre en la misma planta de MI y que sean atendidos por los mismos profesionales de enfermería y medicina.

Para el seguimiento y mejora de los circuitos se establecen reuniones sistematizadas con AP y CSS, y reuniones intrahospitalarias.

Como herramienta fundamental y actuando a todos los niveles, se dispone de una historia clínica en AP y otra en hospital que, aunque no común, sí es compartida al ser visible a través de la intranet de los documentos/informes y el visor HORUS.

Se realiza una comparación de frecuentación en los cuatro ámbitos de AH en todos aquellos pacientes que lleven 9 meses en el PAI PCC con los 9 meses previos inmediatos a su inclusión. Como la inclusión es progresiva según AP revisa los niveles de riesgo, se incluyen todos los pacientes que hasta el 1 de junio de 2018 fueron incluidos, resultando una N de 1449, y se excluyen los *exitus*.

A fecha de 1 de marzo de 2019, el número de pacientes incluidos asciende a 2407.

Resultados obtenidos

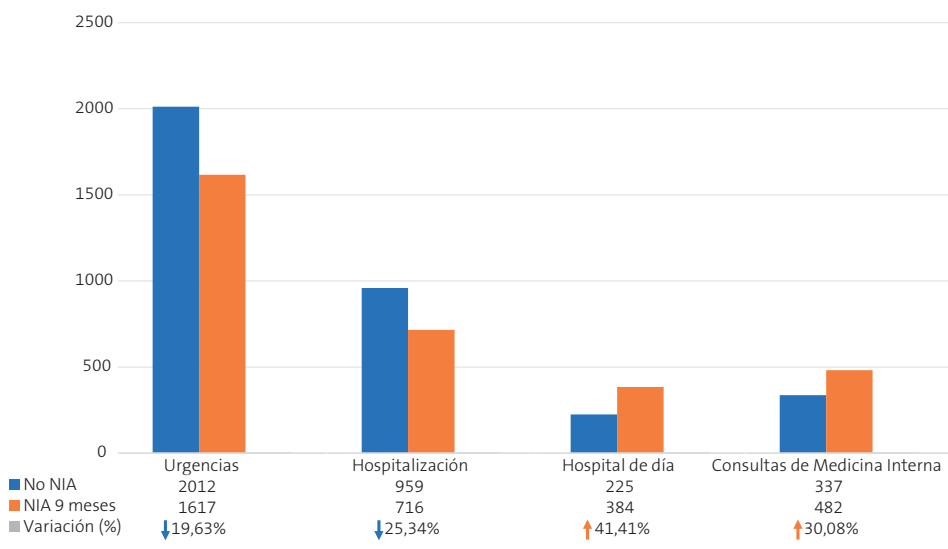
Se realiza un estudio antes después con todos los pacientes que llevan 9 meses en el PAI-PCC, analizándose la frecuentación en Urgencias, hospitalización, hospital de día y consultas de MI y comparándose con los mismos ítems en los 9 meses previos inmediatos a su inclusión en el PAI obteniéndose los siguientes resultados. La N analizada es de 1449 pacientes.

En la última línea de la figura 1 aparecen los porcentajes de variación que para las dos primeras son disminuciones y las segundas son aumentos.

Simultáneamente se realiza un análisis de costes.

Para las urgencias, se aplica un precio unitario de urgencia no ingresada; para la hospitalización se aplica individualmente en cada caso en función del peso de los APR de cada ingreso, para la hospitalización se aplica el coste considerando que todas las atenciones lleven tratamiento farmacológico, aumentando considerablemente el coste pero no se podía hacer en este momento la diferenciación y finalmente para las consultas de medicina interna, se diferencian entre nuevas y sucesivas y se aplica el coste.

Figura 1. Episodios en pacientes con nivel de intervención alto (NIA)



De esta manera obtenemos los resultados recogidos en la tabla 1.

Tabla 1. Resultados del análisis de costes

	Urgencias	Hospitalización	Hospital de día	Consultas de Medicina Interna
No NIA 9 meses	263 384,884	5 217 829,00	65 157,75	49 058 708
NIA 9 meses	211 676,619	4 055 541,00	111 202,56	70 167 094
Euros totales	51 708,27	1 162 288,00	46 044,81	21 108 386

Una vez realizado el cómputo final, aparece un ahorro **de 1 146 843,074 euros en 9 meses.**

Se evidencia, además, en un pilotaje previo, una mayor complejidad de los ingresos, que se confirma en este estudio en que el peso medio de la gravedad de los APR es mayor en los pacientes NIA.

Innovación. ¿Cuáles son las características más novedosas del proyecto o experiencia que se presenta?

Los aspectos más innovadores son los relacionados con la existencia de figuras de enlace como son la Dirección y la Supervisión de Continuidad Asistencial en la Comunidad de Madrid: estas figuras, favorecen la comunicación más formal entre

estructuras directivas de ambos niveles, a la vez que fomentan la comunicación informal y la creación de espacios de consenso. Se ha aportado por un modelo más integrador en procesos que en estructuras lo que favorece frecuentemente la comunicación.

Otro aspecto innovador es, la matización por los profesionales de AP del nivel de riesgo que el agrupador más utilizado en la mayoría de las Comunidades define y del que recientemente se ha presentado un informe resumen en el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Esto exige una revisión previa a la inclusión en el programa lo que facilita el conocimiento de los pacientes.

Finalmente, creo que un aspecto innovador, es poner el foco en la continuidad intra-niveles, insistiendo especialmente en la hospitalaria, puesto que como hemos visto el tamaño del hospital provoca gaps comunicativos incluso dentro de un mismo servicio.

Calidad. ¿Qué mejoras en calidad se han obtenido al desarrollar el proyecto o experiencia?

Respecto a la calidad, podemos considerar varias de sus dimensiones:

- Respecto a la calidad científico técnica, el PAI es un documento de comunidad, elaborado con una metodología descrita tanto en el mismo documento, como en la Estrategia de atención a pacientes crónicos de la Comunidad de Madrid. Es un documento que, liderada su implementación desde la Subdirección General de Continuidad Asistencial, sirve de referencia para el resto de PAI.
- En la implementación local, se ha contado con todos los profesionales implicados de ambos niveles, si bien un aspecto a mejorar es la participación de la parte sociosanitaria, con oportunidades de mejora en general en nuestra comunidad.
- La satisfacción de los profesionales en general es buena, sobre todo los relacionados con la sensación de seguridad y respaldo de que el paciente es atendido. No se ha evaluado la satisfacción del paciente, aunque ha salido como un área de mejora, comunicar en qué consiste este proyecto.
- Finalmente, respecto a la dimensión de seguridad del paciente, no se ha evaluado de manera objetiva, pero presuponemos una franca mejora en varios de sus aspectos.

Mejora de la gestión /o evaluación en salud. ¿Qué aportación realiza el proyecto o experiencia para la mejora de la gestión o la evaluación de resultados en salud?

- La atención coordinada en tiempo y espacio permite sin duda una mejor atención de los pacientes.
- Para ello es imprescindible la monitorización de unos indicadores, pero también la persistencia en la facilitación de una comunicación fluida y mantenida en el tiempo

- Es imprescindible reorientar el sistema sanitario hacia una mejor atención en el domicilio, los cuidados, y las atenciones preventivas y de promoción de la salud.

**Aplicabilidad y facilidad de extensión a otras organizaciones del sector salud.
¿En qué medida es aplicable o extensible el proyecto o experiencia a otros centros u organizaciones del sector salud?**

La aplicabilidad es alta puesto que el trabajo que se presenta se ha realizado posiblemente en condiciones extremas relacionadas con ser un gran hospital (1100 camas) y de alta complejidad, con una población de casi 450 000 como es el hospital Universitario 12 de Octubre, inmerso en las condiciones socioeconómicas más adversas de todo Madrid.

En hospitales menores la comunicación formal e informal es mucho más fluida y viable, por lo que conseguir la continuidad asistencial debería ser más asequible.

Sí es necesario contar con unas figuras de enlace, entre ellos algún directivo, que facilite la coordinación.