

Proyecto GeriàtrICS. Proyecto de soporte a la cronicidad y adecuación de la prescripción en los centros residenciales geriátricos(CG)

Morral Parente R, Soley Bach P, Gracia Escoriza R, Juan Andrés C, Expósito Izquierdo M, Massot Mesquida M, Pablo Reyes S, Tristany Casas M, Sacristán Vela JL, Expósito Martínez C, Rocabruna Triadó D, Torres Segura MJ, Ríos Jiménez A, Fàbregas Carceller C, Bové Marcos F, Parreño Lao I, López Quesada J, Aguilera de la Hoz P, Vallès Fernández R, Pastor Ramon E, Morales Navajas C, Soler Sacristán M, Quiles M, Solà J, Loncan P, Mas M, Pardo C, Gibert I, Turnes A, Masat T, Expósito M, Henríquez N, Prat N, Ordorica Y, Blanco C, Vilaginés L, Brunell C, Iruela M, Blanco R, Verdaguer M, Vidal M
Institut Català de la Salut. Àrea Asistencial DAP MNord. Sabadell, Barcelona.
e-mail: rmmorral.mn.ics@gencat.cat



Rosa María Morral Parente.

Resumen

Justificación: 9223 residentes, distribuidos en 198 CG, 45% Clinical Risk Group (CRG) 6-9. 25,5 ingresos evitables/100 residentes/año, visitas a urgencias reiteradas, polimedicación, gran número pacientes con demencia. 5,3% del gasto de farmacia (15 000 000 euros) 2011.

Objetivos: Garantizar desde sistema público salud atención sanitaria integral de calidad a pacientes de CG. Trabajar en ámbito de seguridad, calidad de tratamientos en base a eficacia, seguridad y eficiencia.

Metodología: Estudio multicéntrico de intervención en 198 CG adscritos a nuestra dirección de atención primaria. Población en estudio: 9223 pacientes con código identificador institucionalizado (Z 59.3) CIE10.

- Creación y despliegue de guía farmacoterapéutica basada en criterios de seguridad, eficacia y eficiencia, formato blog (<https://farmageriatrics.wordpress.com/>). Revisión de la adecuación de los tratamientos para demencia y psicofármacos.
- Creación unidades asistenciales (médico-enfermera), con perfil competencial específico, dedicación exclusiva, integradas equipos atención primaria. Atención proactiva. prevención descompensaciones, abordaje final vida. Racionalización del uso de los recursos sanitarios.
- Conexión de la historia clínica informatizada. Acceso a prescripción electrónica.

- Divulgación del proyecto, coordinación de los niveles asistenciales, garantizar un *continuum* asistencial (7 días x 24 horas).

Resultados: Periodo 1 de julio de 2012-31 de diciembre de 2012. Intervención 66% (119) CG; total población institucionalizada: 9917 (66% CRG 6-7); 52 CG conectados a historia clínica electrónica; grado de adherencia a la guía: 78,46%; (-39,18%) medicaciones Alzheimer; (-41,17%) apósitos; (-20%) coste pañales; (-25,3%) variación importe/plan terapéutico pre- / postintervención; (-26%) disminución fármacos/paciente.

Conclusiones: Intervenciones orientadas, con objetivos específicos que disminuyan variabilidad ayudan a la eficiencia: disminución de medicaciones no indicadas en demencias (-39%), disminución coste/plan terapéutico -25,3%, disminución polifarmacia (-26% fármacos/paciente), adecuación pañales a recomendaciones guías (-20% coste), adecuación apósitos (-41,17%), Mejora registro en historia clínica: aumento 800 residentes. Actualización problemas salud (66% CRG 6 y 7).

Palabras clave: Centros residenciales geriátricos, Atención primaria, Adecuación prescripción, Población anciana.

GeriàtrICS Project. Chronicity support and appropriateness of prescribing in nursing homes (NH)

Abstract

Justification: 9223 elderly residents spread in 198 NH, 45% in Clinical Risk Group (CRG) 6-9. 25.5 incomes from preventable causes/100 elderly residents/year, repeated emergency room (ER) visits, polypharmacy, many patients with dementia. Spending 5.3% of pharmacy (15 million euros) in 2011.

Objectives: Provided from national health system a quality health care to elderly of NH. Develop a program based on patient safety, quality of treatments, with efficacy, and efficiency.

Methods: Multicenter intervention in 198NH assigned to our primary care centers. Target population: 9223 patients from NH identified code (Z 59.3) ICD10.

- Creation and implementation of therapeutic drug guide, criteria based on safety, effectiveness and efficiency, blog format (<https://farmageriatrics.Wordpress.com>). Review adequacy treatments for dementia. Review psychotropic drugs.
- Creation care units (GP and nursing), with specific competence profile, full-time, integrated in primary care centers. Proactivity care actions. Decompensation prevention, palliative care support. Streamlining healthcare resources.
- Connection computerized medical record from NH. Access to electronic prescribing.



- Publicize project, coordination between other levels care (hospital, ER, etc.), ensure continuum of care (7 days x 24 hours).

Results: Period 1st July 2012-31 december 2012. Intervention in 66% (119) NH; total target population: 9917 (66% CRG 6-7); 52 NH connected to electronic medical records; Guide level adjustment: 78.46% of prescriptions; (-39.18%) Alzheimer medications; (-41.17%) Dressings for ulcers; (-20%) Diapers cost; (-25.3%) Variation amount treatment plan pre&post intervention; (-26%) Decrease numbers drugs/patient.

Conclusions: Targeted interventions aimed at a target population reduces the variability and helps to increase efficiency. Decrease of not indicated prescriptions in dementia medications (-39%), cost reduction treatment plan -25.3%, decrease polypharmacy (-26% drugs patient), Adequacy diapers to Guides recommendations (-20% cost). Adequacy dressings (-41.17%). History record improvement: 800 patients increased. Update health problems. (66% CRG 6 and 7).

Key words: Nursing homes, Primary care, Adequacy of prescription, Elderly population.

Introducción y antecedentes

El Plan de Salud de Catalunya¹ como instrumento clave de la planificación sanitaria, y como marco de referencia directivo para las actuaciones en este ámbito, establece las líneas generales, objetivos y actividades hacia las que orientar los servicios sanitarios y socio-sanitarios, con el objetivo de conseguir actuar en los siguientes ámbitos:

- Accesibilidad, resolución/calidad asistencial, coordinación, eficiencia y satisfacción de los ciudadanos.
- La Atención Primaria (AP) como núcleo asistencial principal en la atención a la cronicidad, posibilita una mejor agilidad en la atención a la demanda para las reagudizaciones, capacidad de tratamiento para descompensaciones, desarrollo de las competencias de las enfermeras en la atención a los enfermos

crónicos, comunicación no presencial, potenciación de modalidades adaptadas a los pacientes crónicos y liderazgo en la integración del plan de medicación, entre otros.

Para garantizar desde el sistema público de salud una atención sanitaria integral y de calidad a las personas institucionalizadas en residencias geriátricas y una adecuación de los tratamientos en base a eficacia, seguridad y eficiencia que requiere este grupo especial de pacientes, hace falta una reordenación del modelo asistencial y de prestación farmacéutica a las residencias geriátricas vinculando los servicios y la atención farmacéutica a los dispositivos sanitarios orientados a un abordaje integral y centrado en el paciente.

Asimismo, desde hace un tiempo se está trabajando en la estratificación de la población en base a criterios de co-



morbilidad (CRG, Clinical Risk Group)². Hasta el momento se ha podido observar que un 44% de la población general atendida de todas las edades tiene una o más patologías crónicas (PC). En pacientes de más de 65 años se observa que más de un 75% presenta alguna PC importante. De todos ellos, la proporción con más de una PC es superior al 40%.

La media de visitas anuales oscila entre 10 y 15, en pacientes mayores de 65 años y con una PC. Cuando coexiste más de una PC la frecuentación varía de 15 a 30 visitas/año.

El gasto en farmacia sin ninguna PC, en población general, es aproximadamente de 60 euros/año, en caso de tener más de 65 años y una única PC aumenta a 500-750 euros/año. Si coexisten dos o más PC, el gasto puede ser de 800 a 1600 euros/año.

En relación a los ingresos hospitalarios, el 7,5% de los pacientes con una PC ha ingresado al menos una vez al año. En caso de presentar dos PC, dicho porcentaje asciende al 15% y supera el 25% en caso de sufrir tres o más PC.

Según datos de 2006, el gasto farmacéutico generado por estos pacientes era muy elevado (>15 000 000 euros en nuestro territorio) con una alta tasa de polimedicación (12 fármacos de media) y de consumo inapropiado de fármacos en pacientes geriátricos^{2,3} como consecuencia de las comorbilidades concomitantes. Estos pacientes generan (datos de 2011) alrededor de 25,5 ingresos evitables/100 residentes/año, en una de nuestras zonas de referencia. Actualmente, la demanda asistencial de los pacientes institucionalizados en Atención Primaria (AP) se centra principalmente en la solicitud de prescripción farmacéutica, con

poca participación en el seguimiento del residente por parte de nuestros profesionales y la evaluación continuada de los tratamientos⁴.

Por todo lo expuesto, se hace necesaria una intervención para adecuar todos estos recursos, ofreciendo la máxima calidad de atención en términos de prevención y promoción de la salud a este colectivo, trabajando conjuntamente con los responsables sanitarios y no sanitarios de los respectivos centros (equipos de AP y equipos de CG).

Experiencias similares en otros países demuestran que una intervención específica en este colectivo puede reducir el consumo sanitario y mejorar la calidad de vida en estos pacientes⁵⁻⁷.

Con este ideario surge nuestro proyecto, con una visión 360° y con el objetivo de ofrecer un abordaje multidisciplinar a los pacientes ingresados en centros residenciales geriátricos (CG).

Objetivos

Objetivos generales

- Garantizar desde el sistema público de salud una atención sanitaria integral y de calidad a las personas institucionalizadas en residencias geriátricas (CG), de acuerdo con los valores de equidad, accesibilidad y continuidad asistencial.
- Trabajar en el ámbito de la seguridad y calidad del paciente adecuando los tratamientos en base a la eficacia, seguridad y eficiencia que requieren estos pacientes.

Objetivos específicos

- Aumentar el registro de variables relacionadas con el diagnóstico, fa-



- cilitando puntos de historia clínica electrónica (eCap) en los CG.
- Desarrollar fórmulas asistenciales orientadas a la atención proactiva de los residentes y especialmente de los pacientes crónicos complejos⁸, intervenciones a través de la gestión de casos y los profesionales que trabajarán en este proyecto.
 - Coordinación entre los diferentes niveles asistenciales (Atención Primaria, gestoras de casos, Residencia, Urgencias, Hospital, Centros de Urgencias de Atención Primaria [CUAP], Puntos de Atención Continuada [PAC], etc.) garantizando la asistencia 7 días x 24 horas⁹.
 - Abordaje a la atención al final de vida con calidad, criterios proyectoNECPAL CCOMS-ICO¹⁰.
 - Adecuación de la utilización de recursos sanitarios:
 - Frecuentación hospitalaria, visitas a urgencias.
 - Gasto farmacéutico (importe líquido (€) / plan terapéutico) y (importe líquido (€) / centro residencial).
 - Disminución ingresos no programados.
 - Pruebas complementarias innecesarias.
 - Mejorar la eficiencia y seguridad en la prescripción farmacéutica:
 - Polimedicación (número de fármacos antes y después de la intervención).
 - Adecuación a la guía farmacoterapéutica Farmageriatrics[®].
 - Adecuación de la prescripción de los pacientes institucionalizados a los criterios STOPP-START, Criterios de Barlett, etc.
 - Colaboración, alianzas estratégicas, convenios con los CG, para la instalación de la historia clínica informatizada (ECAP) en los CG.

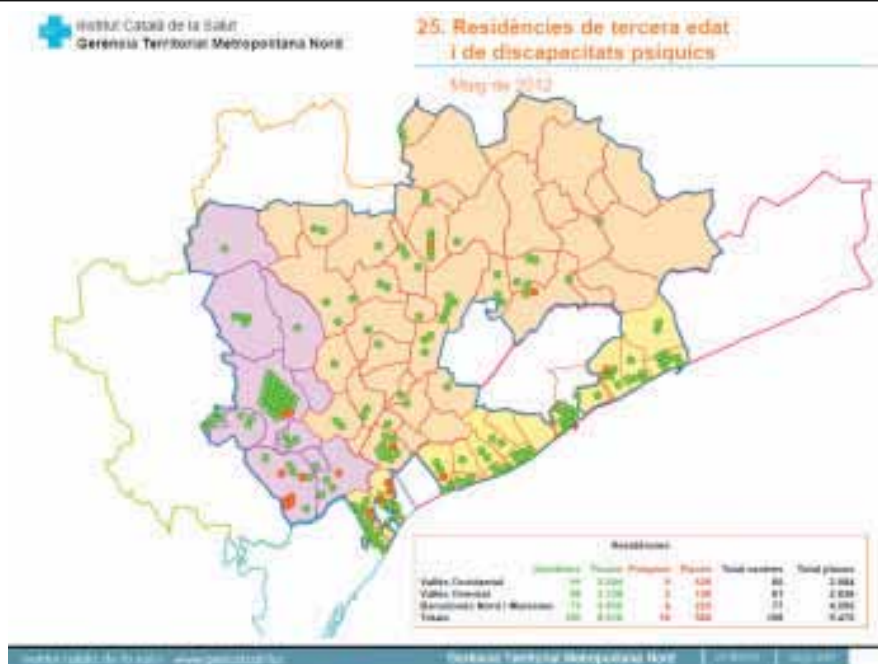
Metodología

- *Diseño*: estudio multicéntrico de intervención en centros residenciales geriátricos (CG) adscritos a los centros de atención primaria de la dirección atención primaria Metropolitana Nord del Institut Català de la Salut (ICS).
- *Àmbito*: atención primaria.
- *Población de estudio*: 9223 residentes distribuidos en 198 CG (Unidad de análisis) en todo nuestro territorio de referencia (Figura 1).
- Fuentes de información:
 - Registro Central de Asegurados (RCA) de CatSalut para identificar los datos administrativos y la entidad proveedora del residente.
 - Datos de prescripción proporcionados por el departamento de farmacia de CatSalut.
 - Historia clínica compartida informatizada (ecap)

Fases de desarrollo

En la fase previa del proyecto se creó la guía farmacoterapéutica Farmageriatrics[®] (<https://farmageriatrics.wordpress.com/>), con el objetivo de compartir cri-

Figura 1. Extensión de nuestra gerencia con los tres Servicios de Atención Primaria (SAP)



Morado: valles occidental este; naranja: valles oriental; **amarillo:** barcelonés norte y Maresme. Cada punto verde representa un centro geriátrico y cada punto rojo un centro de disminuidos psíquicos.

terios de prescripción entre los profesionales sanitarios de los equipos de Atención Primaria y de CG y mejorar la calidad farmacológica¹¹⁻¹⁴.

Esta guía incluye una selección de medicamentos para ofrecer la mejor opción terapéutica para esta población, en términos de efectividad, seguridad y conveniencia, garantizando la sostenibilidad del sistema sanitario público.

También incluye consejos, indicaciones en el uso de pañales¹⁵ recomendaciones para los parches de los cuidados de úlceras y mucha otra información sanitaria de utilidad.

Esta guía ha sido elaborada por farmacéuticos de AP con la colaboración de médicos de familia, geriatras, enfermeras, farmacólogos clínicos, etc.

Con la filosofía de compartirla y abrirla a todos los profesionales de la salud, se decide editarla en formato blog de acceso libre (<https://farmageriatrics.wordpress.com/>).

Fase 1. Inicio del proyecto

- Creación de un grupo motor de atención primaria compuesto por: cinco enfermeras, cuatro médicos de familia, un farmacéutico, un médico del servicio de urgencias de AP (CUAP), un técnico en gestión



sanitaria con vinculación a la asesoría jurídica para la redacción y realización de los convenios entre instituciones y dos auxiliares administrativos.

- Reuniones con los CG implicados para informarles del proyecto y de la necesidad/deseo de colaboración, se les informó de las ventajas de poder tener conexión a historia clínica informatizada en el centro.
- Creación de unas unidades asistenciales formadas por profesionales de AP (médico de familia y enfermería), integradas en nuestros equipos de AP para realizar un trabajo colaborativo con los profesionales de los CG ofreciendo la siguiente cartera de Servicios:
 - Identificación y registro de la población residente con criterios de complejidad y fragilidad.
 - Coordinación de la atención del paciente crónico complejo.
 - Atención sanitaria proactiva, crónica y aguda/urgente.
 - Valoración geriátrica integral: física, médica, social, mental, síndromes geriátricos, actividades preventivas.
 - Plan de atención individualizado y seguimiento con la aplicación de técnicas y pruebas complementarias (analíticas, control de tratamiento anticoagulante oral [TAO], ECG, vacunaciones, determinación de glicemia, control de tensión arterial, curas).
 - Revisión y adecuación del tratamiento farmacológico atendiendo a criterios de eficacia y seguridad según el Programa de

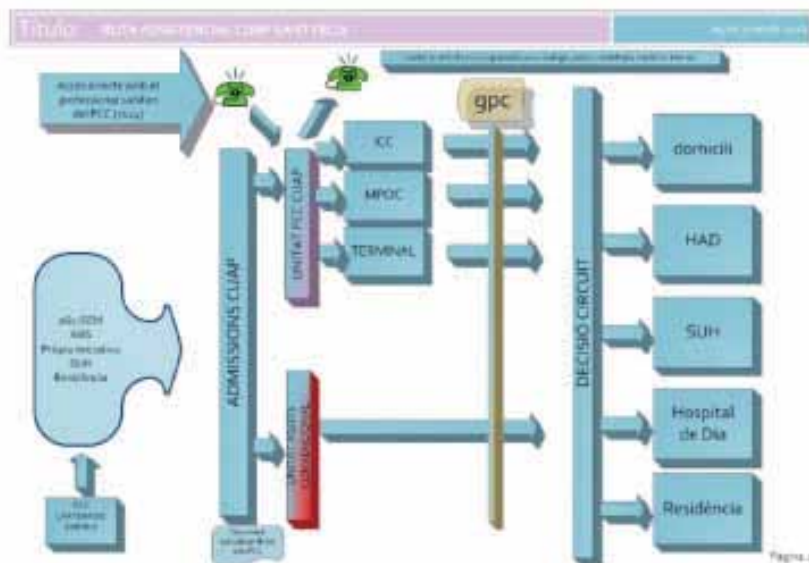
mejora de la prescripción de medicamentos y utilización de efectos y accesorios (pañales, apósitos, sondas).

- Realizar la prescripción de la medicación aguda y crónica mediante receta electrónica.
- Gestión de casos, coordinación con otros niveles asistenciales y coordinación en la provisión de recursos en el territorio.
- Consultoría y formación a los profesionales que trabajan en las residencias: médicos/as, enfermería, auxiliares.

Estos profesionales han sido elegidos en base a su perfil competencial, a su experiencia y formación previa en este tipo de pacientes. La ratio propuesta y, de hecho, comenzada a trabajar es de 800-1000 pacientes por cada unidad (médico/enfermería). De 09:00 a 17:00 horas, de lunes a viernes. Fuera de este horario y en festivos se han establecido circuitos asistenciales con los CUAP (Centros de Urgencias de AP)/PACS (Punto Atención Continuada) correspondientes para cubrir las urgencias, reagudizaciones y otros problemas que pueden surgir (Figura 2).

- Descripción del perfil de los CG (Código de Unidad Productiva, número de camas y plazas de centro de día).
- Actualización de los datos administrativos de cada centro residencial (dirección, teléfono, fax, e-mail, responsable higiénico-sanitario, dirección y personal sanitario propio del centro residencial geriátrico).
- Recogida y gestión de consentimiento informado para el envío de resultados (pautas TAO, análisis,

Figura 2. Ruta asistencial que en la zona del SAP del Vallés Occidental



En este gráfico observamos la ruta asistencial que en la zona del SAP del Vallés Occidental, este se ha establecido para coordinar los CG con nuestro servicio de urgencias de alta resolución n de atención primaria (CUAP). Se muestran circuitos telefónicos de contacto establecidos des de los diferentes dispositivos.

planes de medicación, etc.) vía correo electrónico (TICS) en formato encriptado para cumplir requisitos LOPD.

- Diseño de un dossier con información para tramitar altas y bajas de residentes, impresos de recogida de información sanitaria (diagnósticos, tratamientos, estado vacunal y test de valoración funcional y cognitiva), para las solicitudes desde el centro de AP de interconsultas con especialistas, informes, actualización de tratamientos y transporte sanitario.

Fase 2. Ejecución

- Dotar de sistema de información que permita acceder por parte de

estos profesionales a la historia clínica del paciente desde el CG. Se propone instalar un punto de conexión a historia clínica informatizada (e-cap) con acceso remoto vía VPN, en cada centro y lector de firma digital incorporado, para poder facilitar allí mismo los planes de medicación vía receta electrónica.

- En este momento están elaborados los convenios de colaboración y se están instalando los puntos de conexión en los centros residenciales con la consiguiente firma de convenios entre entidades participantes.
- Actualización de diagnósticos de salud e inclusión del tipo de incon-



tinencia, presencia y grado de deterioro cognitivo mediante el cuestionario del estado mental de Lobo, grado de movilidad mediante la escala de movilidad de Tinetti y grado funcional mediante el índice de Barthel.

- Adecuación del uso de pañales. Cada CG hará un registro con las siguientes variables: nombre del residente, Código de Identificación Personal (CIP), código nacional del pañal, frecuencia de cambio diario, grado de deterioro, grado de movilidad y perímetro abdominal. En base a estos datos se adecuará el uso de pañales según las indicaciones de la "Guía de Recomendaciones para el uso de pañales en la incontinencia urinaria"¹⁵ editada por el ICS.
- Adecuación de material de curas y seguimiento de los tratamientos de heridas y úlceras de los residentes.
- Seguimiento de los pacientes diabéticos, con fármacos hipoglucemiantes e insulinas, valorar el uso de tiras de control.
- Visita de cada paciente con revisión exhaustiva del plan de medicación, con criterios de la guía Farmageriatrics® (STOPP-START, Barlett, etc.) para conciliar y desprescribir en el caso que sea necesario^{12,14}.

Adecuación del tratamiento farmacológico de la Enfermedad de Alzheimer en base a la Instrucción 1/2011 del CAT Salut¹³.

- Apoyo a la atención del Paciente Crónico Complejo institucionalizado en colaboración con la enfermera experta en Paciente Crónico Complejo (Gestora de Casos).

- Coordinación con otros niveles asistenciales (Atención Continuada, Unidad de Enfermo Frágil, PADES, Hospital).

Fase 3. Formación

Durante la implantación (fase1) se detectan necesidades de formación implícitas, que solicitan los propios profesionales de los CG y otras percibidas al hacer las intervenciones, por lo que se considera en esta segunda fase, acciones imprescindibles para continuar el proyecto.

Los objetivos planteados son:

- Homogenizar protocolos de actuaciones siguiendo las GPC (Incontinencia, úlceras por presión (UPP), uso de tiras, etc.).
- Unificar criterios para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.
- Mejorar la comunicación entre los profesionales de los geriátricos y profesionales del equipos.

Por estos motivos se está elaborando un Plan de Formación colaborativo entre profesionales Expertos de la AP y de los Centros Residenciales, cuyo cronograma se muestra en la Tabla 1.

Resultados

Indicadores de seguimiento

Para todos los indicadores el punto de partida será con datos al inicio del proyecto: 1 de julio 2012 y el punto de evaluación será a 31 de diciembre de 2012 y así semestralmente a lo largo del proyecto.

- Número de convenios firmados con residencias para instalación punto eCap.



Tabla 1. Planificación de trabajo

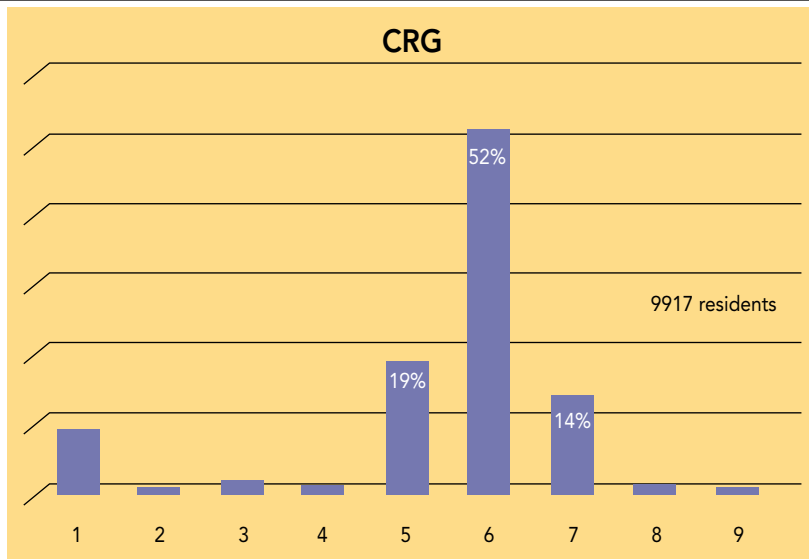
	Año 2011	Junio 2012	Julio 2012	Agosto 2012	Septiembre 2012	Octubre 2012	Noviembre 2012	Diciembre 2012	Enero 2013	Febrero 2013	Marzo 2013	Abril 2013	Mayo 2013	Junio 2013
Prueba piloto Vallès Oriental	■													
Diseño Procedimiento de trabajo		■	■											
Recogida de información de los centros geriàtricos			■	■										
Implantación Guía Farmacoterapèutica®			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Elaboración convenios		■	■											
Conexión puntos eCap						■	■	■	■	■	■	■	■	■
Prueba piloto Vallès Occidental (St Quirze)						■	■	■	■	■	■	■	■	■
Instalación puntos ecap en los centros residenciales						■	■	■	■	■	■	■	■	■
Evaluación del Proyecto								■	■	■	■	■	■	■
Seguimiento indicadores semestralmente	■													■
Elaboración informe final														■

- Nivel de implantación de la receta electrónica.
 - Grado de adherencia a la guía farmacoterapèutica <https://farmageriatrics.wordpress.com/> (por principio activo).
 - Porcentaje de retirada de tratamientos para enfermedad de Alzheimer sin indicación según instrucción 1/2011 CatSalut¹³.
 - Porcentaje de disminución del gasto de pañales y de apósitos.
 - Variación del importe en euros por plan terapèutico.
 - Disminución de la polifarmacia (número de fármacos/paciente).
 - Porcentaje de disminución de los ingresos evitables ajustados por CRG de cada residente por EAP.
 - Porcentaje de disminución de las visitas a Urgencias Hospitalarias/residentes/Equipo AP (ajustado por nivel MAT Modelo Triage Andorrano).
- A fecha 31 diciembre 2012, después de seis meses de puesta en marcha del proyecto GeriàtrICS, tenemos los siguientes resultados:
- Intervención en 119 CG (66%).



- 52 CG con conexión a eCAP (historia clínica informatizada) con los convenios firmados.
- Con la depuración de las bases de datos y de los diagnósticos Z. 59.3 CIE 10, hemos detectado 800 residentes que no constaban en nuestros registros, con un total de población en CG de 9917, de los cuales el 66% corresponden a CRG 6-7 (Figura 3).
- El 100% de los CG con la prescripción en forma electrónica.
- El 78,46% de grado adherencia a la guía farmacoterapéutica (porcentaje de prescripciones por principio activo incluidos en la guía). Diferentes niveles de adherencia según Equipos de Atención Primaria de Referencia (Figuras 4 y 5).
- Se han retirado un 39,18% de tratamientos para enfermedad de Alzheimer sin indicación según instrucción 1/2011 CatSalut¹³ (Tabla 2)
- Disminución del 20% en pañales al adecuar el uso a las guías de práctica clínica. Y disminución del 41,17% del coste de los apósitos al adecuar el uso a las guías de prevención y utilización de apósitos en las úlceras (Tabla 3).
- Disminución del 25,3% del coste por plan terapéutico antes y después de la intervención (Tablas 4 y 5).

Figura 3. Total de los pacientes residentes en CG de nuestra zona

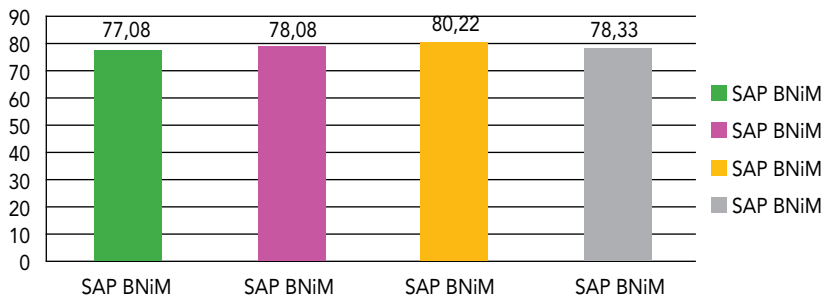


En este gráfico las barras muestran el total de los pacientes residentes en CG de nuestra zona, estratificados según los *status de Clinical Risk groups (CRG)*. Observamos que la mayoría, el 52% se sitúan en un *status CRG 6*, correspondiente a 2 patologías crónicas concomitantes. El 19% en *CRG5* (una patología crónica) y el 14% en *CRG7* (3 patologías crónicas dominantes). Estos datos se correlacionan con la bibliografía².



Figura 4. Grado de adherencia de la prescripción a la guía Farmageriatrics® por Servicios de Atención Primaria (SAP)

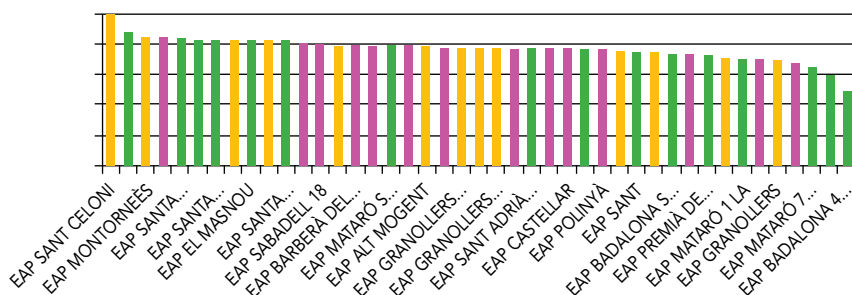
VALOR % INDEX PROMIG SAP SEGUIMENT GUIA



- Se han disminuido una media de 26% los fármacos por paciente (de cada cuatro fármacos prescritos se ha retirado uno) (Tabla 6).
 - Porcentaje de disminución de ingresos evitables ajustados por CRG
- de cada residente por EAP (Figura 6). En el momento actual, debido a que nuestro sistema sanitario es multiproveedor, estamos en fase de recibir datos desde sistemas de información de los otros proveedores. En el momento actual dispone-

Figura 5. Grado de adherencia de la prescripción a la guía Farmageriatrics® por los equipos de atención primaria (EAP) de referencia de los CG

VALOR % INDEX PROMIG EAP SEGUIMENT GUIA



El intervalo de adherencia va desde el 100% en los CG que dependen del EAP Sant Celoni, hasta el 50% en los CG que dependen del EAP Badalona 4. En el resto de centros el grado de consecución es más homogéneo situándose alrededor entre un 70 y un 80%.



Tabla 2. Precio de venta al público por residente en dos zonas donde ya se ha hecho la intervención y porcentaje de disminución de prescripciones inadecuadas para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer

	PRESCRIPCIÓ TOTAL RESIDÈNCIES (descomptant els GF desfinançats)							
	Places ocup.	Env març	Env nov	% inc	PVP març	PVP nov	% inc	PVP/resident
V. Occidental	2029	26 981	24 272	-10,04%	484 335,47 €	427 294,82 €	-11,78%	210,59 €
V. Oriental	2734	29 328	25 484	-13,11%	533 189,79 €	459 951,72 €	-13,74%	168,23 €

	MEDICACIÓ ALZHEIMER							
	Places ocup.	Env març	Env nov	% inc	PVP març	PVP nov	% inc	PVP/resident
V. Occidental	2029	251	174	-30,68%	33 494,66 €	20 369,89 €	-39,18%	10,04 €
V. Oriental	2734	406	362	-10,84%	57 570,61 €	44 716,08 €	-22,33%	16,36 €

mos de datos de una zona con hospital de referencia para 4000 pacientes. En el diagrama de barras podemos observar la tasa de ingresos bruta de los residentes adscritos a cada Equipo de Atención Primaria y en la línea roja la tasa ajustada de ingresos por cada 100 residentes.

- Porcentaje de disminución de visitas a Urgencias Hospitalarias/residentes/Equipo AP (ajustado por nivel MAT Modelo Triaje Andorrano) (Figuras 5 a 8).
- De este indicador disponemos de datos de dos hospitales de referencia uno correspondiente a una zona con 4000 residentes (HGTP) y otro con una zona de 2500 residentes (CSPT).

Discusión

Este proyecto ha sido pensado con ánimo de colaboración multiproveedor, con una visión integral e integrada del paciente crónico que reside en CG. En este sentido las alianzas estratégicas establecidas, mediante convenios de colaboración con los CG han

sido claves para el éxito del proyecto. Intervenciones orientadas a un grupo de población con necesidades determinadas y diferenciadas y con objetivos específicos que disminuyan la variabilidad de la práctica clínica ayudan a la eficiencia, tanto organizativa como asistencial. Este resultado lo observamos con el número de prescripciones no indicadas para el tratamiento de enfermedad de Alzheimer que se han retirado (39%). Así mismo, el coste por plan terapéutico y el coste por paciente.

Otro aspecto fundamental del proyecto ha sido y es la coordinación con el resto de niveles asistenciales, para poder establecer circuitos comunes de comunicación y de actuación. Estos circuitos garantizan una continuidad asistencial en el territorio y a la vez se han abierto vías de comunicación entre los profesionales que intervienen en el abordaje de estos pacientes, aumentando la resolución y la satisfacción de los mismos.

Fórmulas asistenciales que promuevan la proactividad y el hecho de compartir información clave (conexión a histo-



Tabla 3. Disminución del importe y la prescripción en apósitos para las úlceras al adecuar las indicaciones a la guía, y disminución del coste de pañales al adecuar las indicaciones a la guía del Institut Català de la Salut

	APÓSTIS							
	Places ocup.	Env març	Env nov	% inc	PVP març	PVP nov	% inc	PVP/resident
V. Occidental	2029	868	986	13,59%	15 603,69€	19 044,93 €	22,05%	9,39 €
V. Oriental	2734	711	456	-35,86%	13 085,08 €	7698,16 €	-41,17%	2,82 €

	BOLQUERS							
	Places ocup.	Env març	Env nov	% inc	PVP març	PVP nov	% inc	PVP/resident
V. Occidental	DIA RECT	48	11	-77,08%	1212,32 €	285,44 €	-76,46%	
	DIA ANAT	715	770	7,69%	21 780,51 €	23 576,33 €	8,25%	
	NOC ANAT	1856	1772	-4,53%	79 862,86 €	77 621,89 €	-2,81%	
	SUP-NOC RECT	23	7	-69,57%	977,43 €	304,57 €	-68,84%	
	SUP-NOC ANAT	310	178	-42,58%	15 955,32 €	9289,39 €	-41,78%	
	TOTAL	2952	2738	-7,25%	119 788,44 €	111 077,62 €	-7,27%	54,75 €
V. Oriental	DIA RECT	137	82	-40,15%	3274,41 €	2001,98 €	-38,86%	
	DIA ANAT	1267	1336	5,45%	35 777,39 €	38 561,07 €	7,78%	
	NOC ANAT	1885	1836	-2,60%	76,075,09 €	76 111,52 €	0,05%	
	SUP-NOC RECT	2	2	0,00%	85,44 €	87,02 €	1,85%	
	SUP-NOC ANAT	280	89	-68,21%	13 787,32 €	4517,16 €	-67,24%	
	TOTAL	3571	3345	-6,33%	128 999,65 €	121 278,75 €	-5,99%	44,36 €

ria clínica electrónica desde el CG) evitan descompensaciones, reagudizaciones de la patología de base con la consiguiente disminución de visitas a urgencias e ingresos por causa evitables.

Agradecimientos

En primer lugar, agradecer a todos los miembros del grupo motor por la ilusión, ganas, y capacidad de trabajo en equipo que han mostrado en la fase de creación y empuje del proyecto.



Tabla 4. Importe por plan terapéutico pre- y postintervención. Porcentaje de disminución en euros

RESIDÈNCIA	IMP PLA TERAPÈUTIC	IMP PLA TERAPÈUTIC	VARIACIÓ
	JUNY 2012	JULIOL 2012	IMP PT
ARENYS DE MAR			
RG A	215 698,35 €	159 566,09 €	-26,02%
RG B	134 237,45 €	115 243,50 €	-14,15%
RG C	74,757,50 €	50 896,15 €	-31,92%
SANTA COLOMA			
RG D	64 831,41 €	46 936,80 €	-26,60%
VILASSAR DE MAR			
RG E	21 859,90 €	17 789,17 €	-18,62%
OCTUBRE 2012			
ARENYS DE MAR			
RG F	167 403,97 €	104 854,54 €	-37,36%
RG G	162 536,69 €	116 858,31 €	-28,10%
SANTA COLOMA			
RG H	76 821,56%	74 515,26 €	-3,00%
RG *I	114 998,87 €	157 614,21 €	37,06%
RG J	165 834,97 €	93 932,88 €	-43,36%

*No se dispone del PVP de todos los planes terapéuticos al inicio de la intervención.

Tabla 5. Importe en euros por paciente por cada residencia de una zona concreta y variación en %

RESIDÈNCIA	IMP/PACIENT	IMP/PACIENT	VARIACIÓ
	JUNY 2012	JULIOL 2012	IMP/PACIENT
ARENYS DE MAR			
RG A	2015,87 €	1491,27 €	-26,02%
RG B	1789,83 €	1536,58 €	-14,15%
RG C	2135,93 €	1454,18 €	-31,92%
SANTA COLOMA			
RG D	1964,59 €	1422,33 €	-27,60%
VILASSAR DE MAR			
RG E	1681,53 €	1368,40 €	-18,62%
OCTUBRE 2012			
ARENYS DE MAR			
RG F	1969,46 €	1456,31 €	-26,06%
RG G	2138,64 €	1669,40 €	-21,94%
SANTA COLOMA			
RG H	2021,62 €	1862,88 €	-7,85%
RG I	1885,23 €	1676,75 €	-11,06%
RG J	2475,15 €	1619,53 €	-34,57%

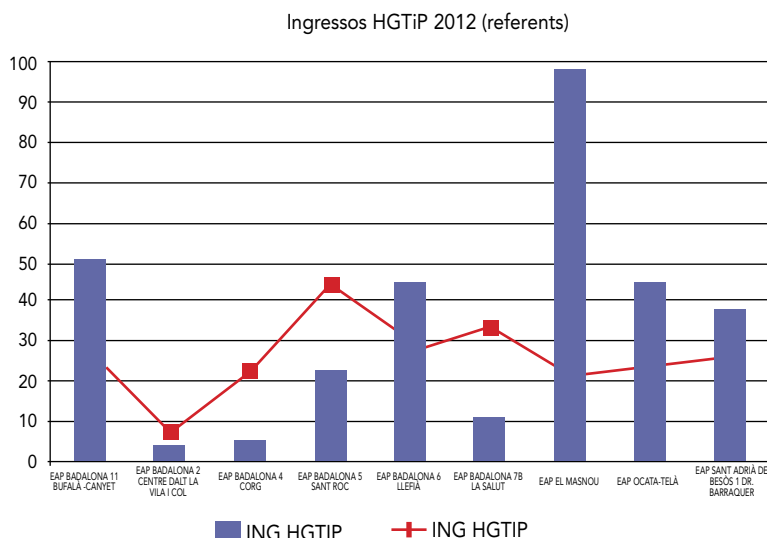
Faltan datos de las residencias de Badalona.

Tabla 6. Variación en número de fármacos pre- y postintervención por paciente

RESIDÈNCIA	MED/PACIENT JUNY 2012	MED/PACIENT JULIOL 2012	VARIACIÓ MED/PACIENT
ARENYS DE MAR			
RG A	8,15	6,54	-19,75%
RG B	7,39	5,97	-19,22%
RG C	8,54	6,26	-26,70%
SANTA COLOMA			
RG D	8,39	5,91	-29,56%
VILASSAR DE MAR			
RG E	8	6,46	-19,25%
OCTUBRE 2012			
ARENYS DE MAR			
RG F	7,51	5,76	-23,21%
RG G	6,57	5,20	-20,80%
SANTA COLOMA			
RG H	7,74	6,68	-13,70%
RG I	18,92	6,95	-63,28%
RG J	6,96	4,90	-29,60%

Faltan datos de las residencias de Badalona.

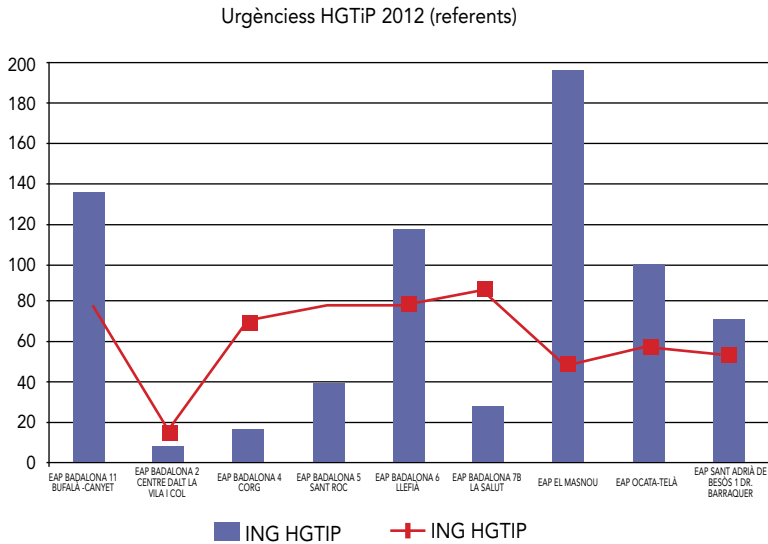
Figura 6.



En este diagrama están representados en las barras azules los ingresos brutos de todos los pacientes con código identificador Z59.3 CIE 10 (paciente institucionalizado) y en la línea roja la tasa de ingresos ajustada por cada 100 residentes. Observamos que según el EAP de referencia correspondiente la tasa de ingresos varía, esto podría explicarse con la heterogeneidad de los EAP's y con el nivel de resolución, que este proyecto pretende mejorar. La zona recogida en éste gráfico es la correspondiente a un área de influencia de uno de nuestros hospitales de referencia.

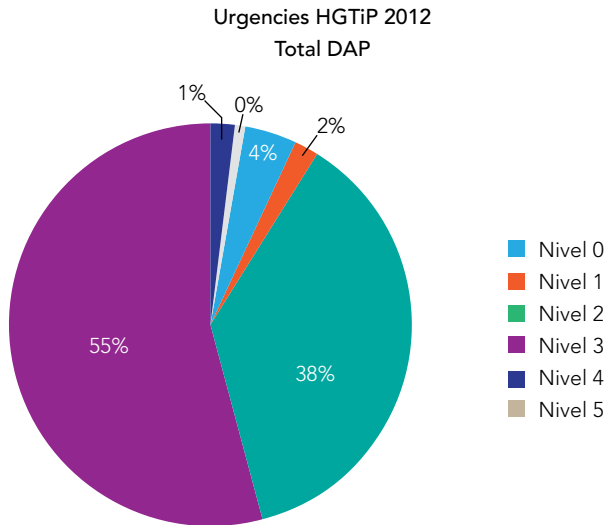


Figura 7.



En este gráfico se muestran, también por la misma zona de referencia que en la figura 6 anterior, en este caso las visitas a urgencias generadas por los pacientes institucionalizados (/z.59.3 CIE 10). En azul el número bruto de visitas a urgencias y en la línea roja las visitas ajustadas pos cada 100 residentes.

Figura 8.





También agradecer a las autoras de la guía Farmageriatrics®, la maravillosa herramienta que han creado para facilitar el trabajo a todos los profesionales de la salud implicados en el proyecto. Gracias a su labor disponemos de una guía de una gran calidad técnica y científica. Gracias por compartir con todos nosotros de una forma altruista vuestro esfuerzo y trabajo. También agradecer a todos los equipos directivos de los Servicios de Atención Primaria, de centros de salud y de los CG por haber facilitado la implantación del proyecto con su implicación y gran dedicación. A todos los profesionales de la salud que cada día están trabajando con el ánimo de mejorar la calidad de vida de nuestra población anciana que residen en los CG y hacérsela mucho mejor.

A nuestro personal de soporte administrativo por su paciencia y profesionalidad.

Por último no quisiéramos olvidar agradecer el soporte que el proyecto ha tenido por parte del Director de Atención Primaria y por el Gerente Territorial, que sin duda ha sido fundamental para que hoy sea una realidad. Trabajar con un equipo multidisciplinar como este es un placer y un orgullo.

Bibliografía

1. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla de Salut de Catalunya 2011-2015 [en línea]. Disponible en: http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Destaquem/Documentos/plasalat_vfinal.pdf
2. Monterde D. Secretaria tècnica. Institut Català de la Salut. Explotació dels grups de risc clínic, CRG, a l'atenció primària.
3. Díaz-Gegúndez M, Paluzie G, Sanz-Ballester C, Boada-Mejorana M, Terré-Ohme S, Ruiz-Poza D. Evaluación de un programa de intervención en residencias geriátricas para reducir la frecuentación hospitalaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2011;46(5):261-4.
4. Góngora L, Puche E, García J, Luna JD. Prescripciones inapropiadas en ancianos institucionalizados. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2004;39:19-24.
5. Esborrany. Informe programa de l'atenció sanitària a les residències del territori de la Metropolitana Nord. Institut Català de la Salut. 2012.
6. Wild D, Nelson S, Szczepura A. Providing nursing support within residential care homes. 2009. Briefings of the Joseph Rowntree Foundation [en línea] [actualizado el 01/04/2008; consultado el 17/11/2010]. Disponible en: <http://www.jrf.org.uk/publications/providing-nursing-support-within-residential-care-homes>
7. Nieto Blanco E, Salvador-Moran MJ. La enfermera de soporte en las residencias de ancianos: evaluación de una experiencia implantada en una zona básica de salud de Madrid. *Gerokomos.* 2008 [en línea] [consultado el 17/11/2010]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1134-928X2008000100004&lng=es&nrm=iso>.
8. Nolte E, McKee M. Caring for people with chronic conditions. A health system perspective. European observatory on health systems and policies series. Open university press. Mc Graw Hill; 2008.



9. Curry N, Ham C. Clinical & service integration. The route to improved outcomes, UK: The King's Fund; 2010.
10. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blai C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Projecte NECPAL_CCOMS©: Identificació i Atenció integral-integrada de Persones amb Malalties Cròniques Avançades en Serveis de Salut i Socials. Centre Col·laborador de l'OMS per a Programes Públics de Cures Pal·liatives. Institut Català d'Oncologia [en línia]. Disponible en: http://www.iconcologia.net/catala/qualy/centre_glossari.htm
11. Sicras-Maimar A, Pelaez-de-Loño J, Castellà-Rosales A, Navarro-Artieda R. Eficacia de una intervención en la adecuación del uso de medicamentos en centros residenciales geriátricos. Resultados a los 3 años de implantación. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2007;42:5-15.
12. Guia fàrmacoterpèutica per a centres geriàtrics [en línia]. Disponible en: <https://farmageriatrics.wordpress.com/>
13. Instrucció 1/2011 del CatSalut.
14. Fàrmacs no recomanats en majors 75 anys.
15. Guies de pràctica clínica i material docent. Recomanacions per a l'ús de bolquers en la incontinència urinària. Direcció clínica en l'atenció primària.