

Gestió compartida de Cas: un model

José Carlos Molina Hinojosa^{1,2,3}; Marta Albiol Serra¹; Mercé Sallent Claparols⁵; Cristina Forgas Massó⁶; Raimon Herraiz Pujol^{1,2}; Anna M^a Abelleira López³; Margarita Delmàs Ljungberg⁵; M^a Teresa Muñoz Serrano⁴

¹Hospital Residència Sant Camil (CSAPG); ²Hospital Sant Antoni Abat (CSAPG); ³Hospital Comarcal Alt Penedès (CSAPG); ⁴Centre Sociosanitari Vilafranca Ricard Fortuny (CSSV); ⁵Servei Atenció Primària Alt Penedès-Garraf-Baix Llobregat Nord (ICS); ⁶Centre Atenció Primària Integral Baix a Mar (CSAPG)

Temàtica: 02. Continuum assistencial

Paraules clau: pacient, gestió, continuïtat, treball equip, col.laboració

1. Introducció i Objectius: Diverses experiències a Catalunya en la atenció de persones amb necessitats complexes (Ruta de Cronicitat) utilitzen la gestió compartida de cas, garantint la continuïtat assistencial.

En la atenció a pacients amb Malaltia Crònica Avançada (MACA), a l'Alt Penedès s'ha demostrat la utilitat d'una comissió interdisciplinària i internivells per coordinar recursos assistencials socials i sanitaris.

Descrivim la implementació del model de Comissió Interdisciplinària per a Malaltia Crònica Avançada (CIMCA) a la comarca del Garraf, sobre la experiència de l'Alt Penedès.

2. Material i Mètode: La CIMCA de l'Alt Penedès integra professionals sanitaris d'Atenció Hospitalària, Intermèdia (socio sanitària) i Primària. Manté reunions setmanals (presencials/virtuals) interdisciplinàries per a optimitzar l'assistència i ús dels recursos socials i sanitaris en pacients MACA amb criteris de complexitat. Qualsevol professional que detecti complexitat en maneig del cas pot presentar a CIMCA. Fa suport a presa de decisions avaluant necessitats detectades i orientant el Pla d'Intervenció Individualitzat Compartit (PIIC). Potencia la comunicació entre professionals responsables del pacient i equips de suport. Aquesta valoració es registra a Història clínica i es recullen dades assistencials i de procés, fent propostes de millora continua.

Anàlisi anual d'activitat CIMCA Alt Penedès (2015 - 2019).

Mitjana anual pacients en seguiment: 224 (208-246). 40% dones, 60% homes; edat mitjana: 77 anys (52% > 80 anys; 37% de 65-80 anys).

La malaltia responsable de situació MACA era oncològica en 60%; en l'altre 40% predominaven malalties cardiorrespiratòries, demències i pluripatologia.

La presentació de cas a CIMCA provenia en un 52% de l'atenció Hospitalària, 30% d'atenció Primària, 18% de l'atenció Intermèdia. Mortalitat dels casos inclosos: 90% anual (8 % al segon any). Un 30% va morir al domicili-residència, 45% al centre d'atenció Intermèdia, i 19% a l'hospital d'Aguts comarcal. Destacar un increment anual de defuncions domiciliàries, reduint-se les hospitalàries.

Ús de recursos assistencials dels pacients en seguiment CIMCA: atencions Urgències en un 47%, ingressos hospitalaris en 25%, atencions a Hospital de Dia de Crònics en 18% i ingressos socio sanitaris en 30%. Intervenció equips de suport: 31% ates per PADES; en un 90% es gestiona cas per la Unitat territorial d'atenció a cronicitat i complexitat (UTACC). Només un 10% dels pacients inclosos no tenien PIIC fet prèviament.

3. Resultats: La experiència CIMCA a l'Alt Penedès, compartida pels responsables de l'atenció a la Cronicitat territorial, va impulsar al 2022 al Garraf la implementació d'una comissió amb mateixos objectius. Un grup "motor" de professionals sanitaris del Garraf, treballant conjuntament amb representants de CIMCA Alt Penedès va revisar el seu funcionament.

Al febrer 2023 s'inicia activitat CIMCA del Garraf:

- mantenint objectius per a garantir continuïtat assistencial
- incorporant professionals de Serveis Socials sanitaris
- mantenint reunions presencials i virtuals, quinzenals
- revisant conjuntament (CIMCA dels 2 territoris) el registre de dades, establint un únic comú per analitzar resultats de manera compartida

4. Conclusions: - Els professionals implicats en la atenció de pacients MACA reconeixen la utilitat del model de gestió compartida de cas.

- Per avançar en l'abordatge integral de la complexitat, s'incorporen professionals de Serveis Socials sanitaris.
- Aquest model compartit es "exportable" a altres territoris, adaptant-lo als recursos assistencials propis.
- Integrants de 2 comissions territorials amb el mateix objectiu, consensuen un únic registre d'activitat per a la millora continua en la gestió de casos.