



Transversalitat, Coordinació i Transició en el pacient reingressador

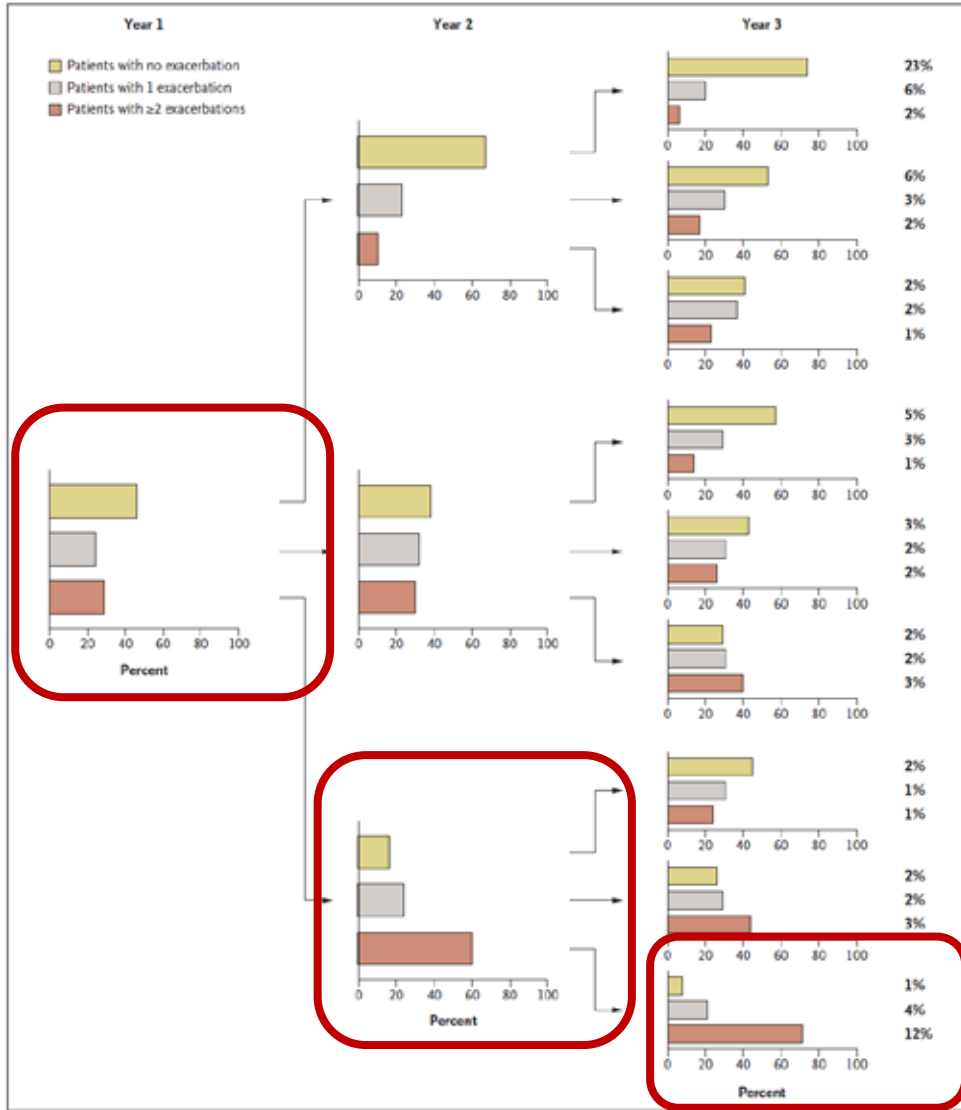
Experiencia desde el Hospital de día de neumología

Dra. Salud Santos

Unidad Funcional de EPOC
Servei de Pneumologia
Hospital Universitari de Bellvitge



Pacientes con exacerbaciones frecuentes

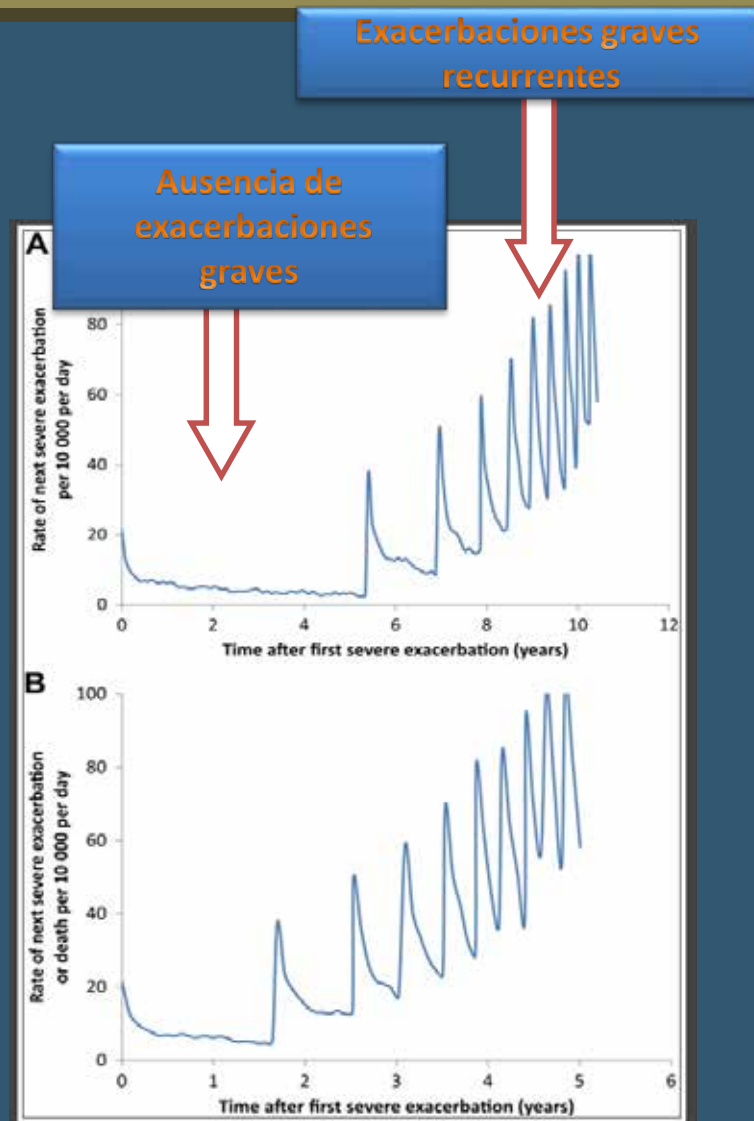




Historia Natural de la EPOC: Agudizaciones graves y mortalidad

Estudio de cohortes de pacientes con una primera exacerbación de EPOC que requirió hospitalización

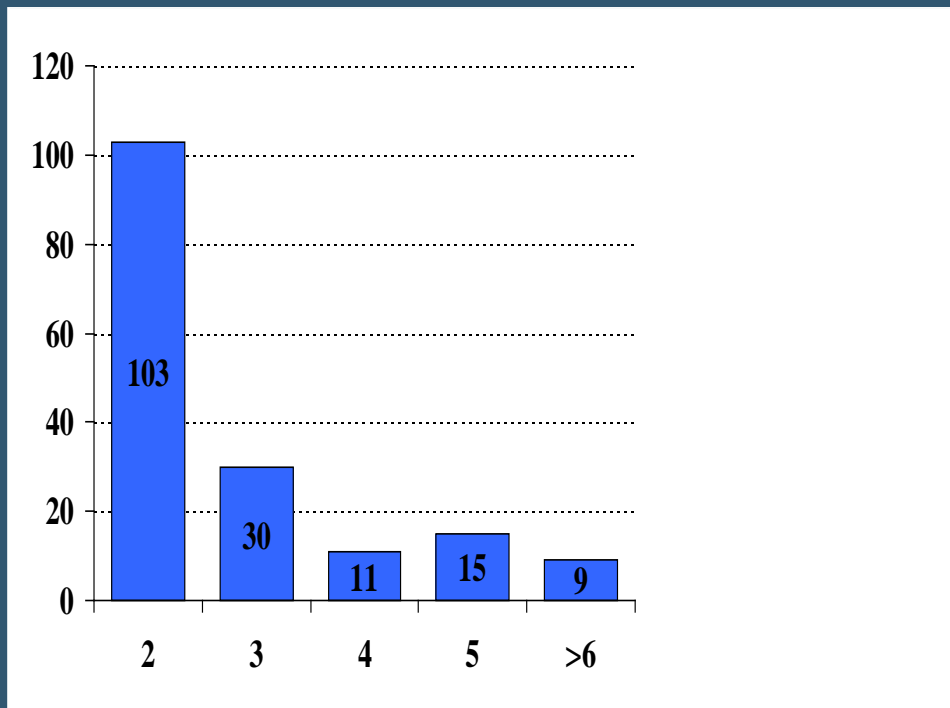
- Registro computarizado
- Quebec (Canadá)
- 73.106 pacientes





NÚMERO DE INGRESOS POR EXACERBACIÓN DE EPOC EN EL 2008 EN HUB: **872**

Nº
pacientes



Sistema tradicional de atención de AEPOC

SERVICIOS DE URGENCIAS

INGRESO U. ESTANCIA CORTA/NMO/MDI/HAD

65 pacientes realizan el 33% de los ingresos



- Com ho fas tu en el teu mitjà?
 - Punts forts
 - Punts dèbils



PROGRAMA HOSPITAL DE DÍA:

- Programa integral y específico para los pacientes con EPOC grave y exacerbaciones recurrentes que conlleven hospitalización

OBJETIVOS:

1. Reducir ingresos hospitalarios y mortalidad
2. Mejorar la accesibilidad de los pacientes agudizados al hospital, evitando urgencias
3. Consolidar los ejes de comunicación entre la AP y la Especializada
4. Mejorar calidad de vida

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- EPOC grave con $FEV_1 < 50\%$
- Disnea II-IV fundamentalmente de causa respiratoria
- > 3 ingresos/año o 2 ingresos y 2 consultas a Ucias por agudización



Organización

Programa integral de cuidados

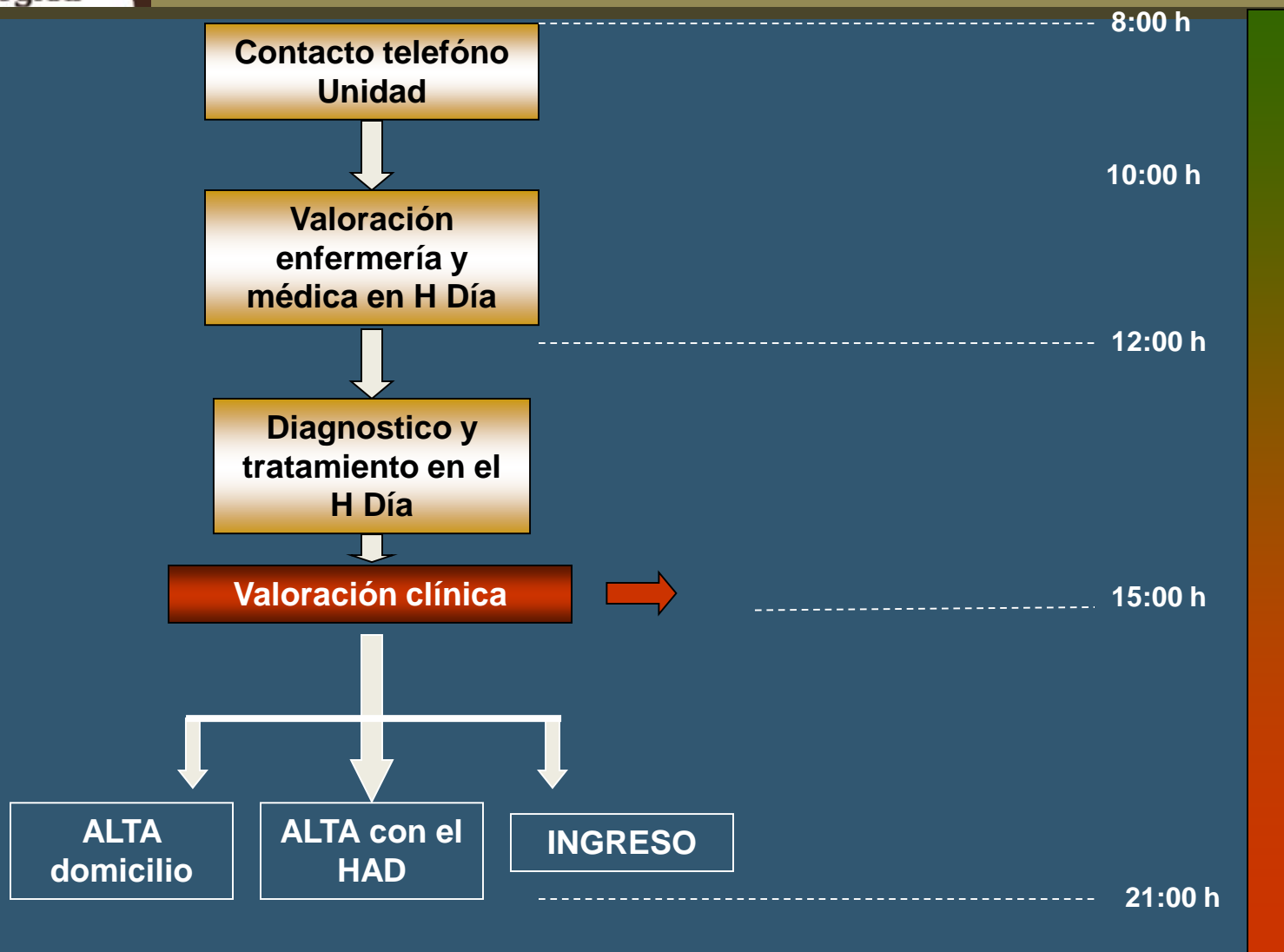
HOSPITAL DE DIA

RECURSOS FÍSICOS
HORARIO L-V





Circuito del paciente en el h de día en caso de agudización





HOSPITAL DE DIA

Puntos fuertes

- Referente para el paciente
- Apoyo del neumólogo en los pacientes más graves
- Soporte de enfermería
- Respuesta rápida, cercanía
- Flexibilidad
- Ahorro de exploraciones (a pesar del entorno hospital)
- Capacidad de resolución de problemas

Puntos débiles

- Recursos (no es el servicio de Urgencias)
- Horario limitado (no fines de semana)
- Efectivo y eficiente en pacientes seleccionados

Pacientes que de entrada no se pueden beneficiar de la atención en Hdía:

XXXIV
Diada
Pneumològica

- **EPOC terminal:** edad avanzada, BODE 7-10, DAVD
- **Pronóstico vital <6 meses** (neoplasia, IRC, IC, IH, demencia)

Alta dependencia (Barthel <20) y dificultad de movilidad.

SIN CUIDADOR

Deterioro cognitivo
Sin motivación
Edad avanzada sin cuidador

PALIATIVOS

Primaria/PADES

CONVALESCENCIA

SOCIOSANITARIO

ASISTENCIA

SOCIAL



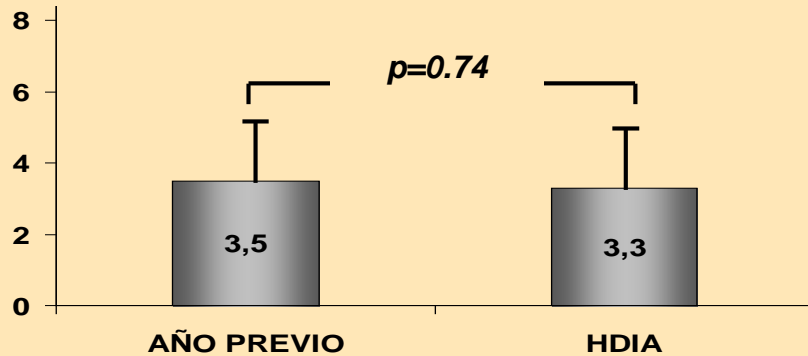
- Quin ha estat l'impacte de la teva estratègia?

Indicadores d'eficiència, procés i resultats



Valoración inicial del h. de día

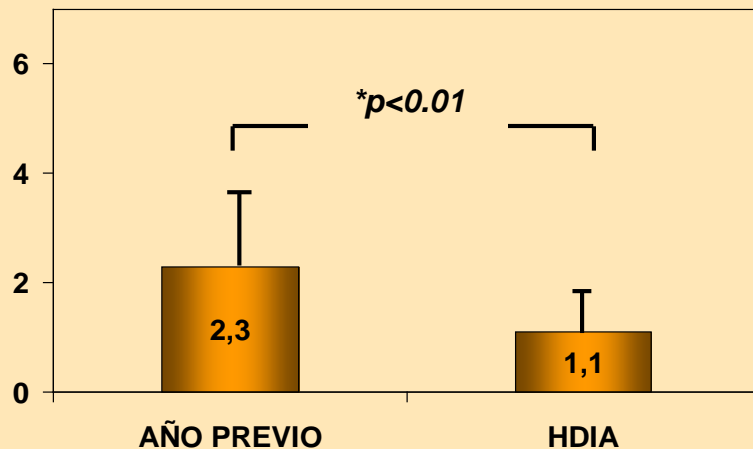
Número de exacerbaciones moderadas o graves / año



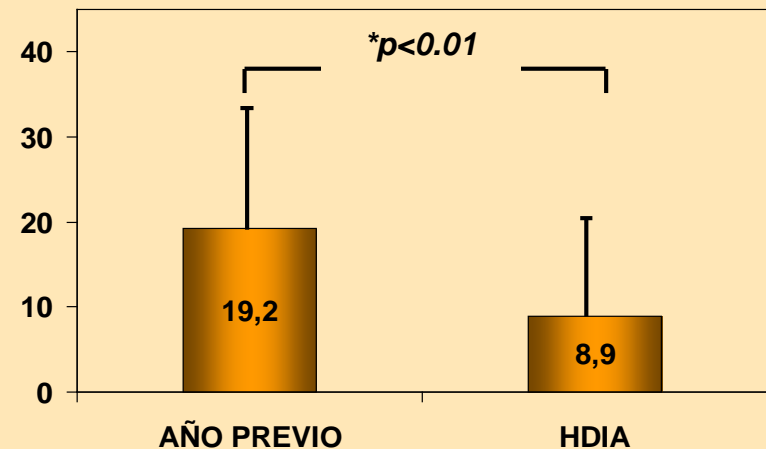
Paciente antes y después de su inclusión en el programa

No es un estudio aleatorizado que compara dos tipos de atención (no ético)

Tasa de ingresos / año







Días de hospitalización / año





Pero qué pasa después...

Estudio multicéntrico de hospitales de día neumología

	 Bellvitge Hospital	 Germans Trias i Pujol Hospital	 HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU	 Corporació Parc Taulí
Any obertura	2010	2013	1987	2001
Atenció urgent	Si	Si	Si	Si
Atenció programada	Si	Si	No	Si
Tipus patologies	MPOC 90%	MPOC 70%	Pneumològic	Pneumològic EPOC 50%
Criteris inclusió	≥ 2 AMPOC greus	≥ 2 AMPOC greus	Urgències PNML	≥ 2 AMPOC greus
Pacients al programa	119	60	-	200
Nº visites urgents anuals	293	360	-	240

50 primeros pacientes (que estaban dentro del programa) y que consultaron por una agudización desde enero-2014

Características clínicas y seguimiento de agudizaciones durante 1 año



Población de estudio

Tiempo de seguimiento medio en h.dia: 19±25 m

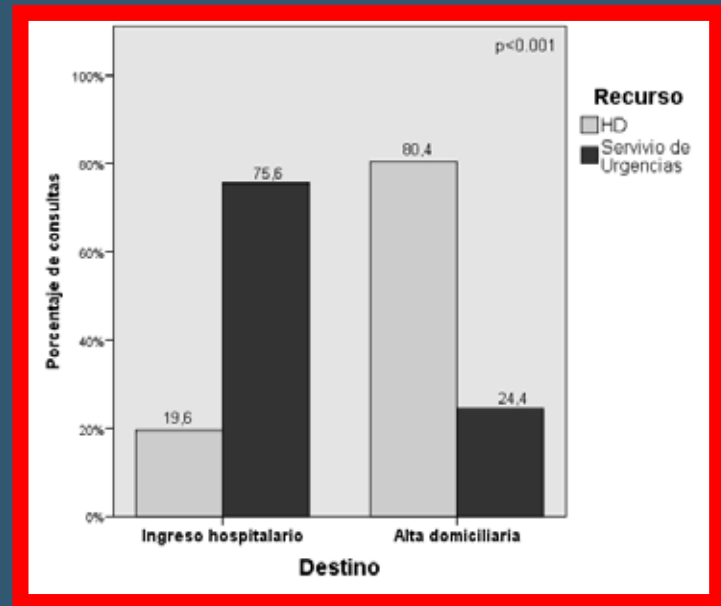
	Global n=199
Edad, años	71 [66-78]
Hombres, n (%)	193 (95.9)
Tabaquismo activo, n (%)	23 (11.6)
DA, paquetes-año	50 [40-75]
IMC, Kg/m ²	27.1 [23.4-30.1]
Índice de Charlson	2 [1-3]
FEV ₁ post PBD (%)	34 [26.8-46]
Disnea, mMRC	2 [2-3]
O ₂ domiciliario, n (%)	86 (43.2)
ICS, n (%)	184 (92.5)
Roflumilast, n (%)	29 (14.6)
ATB nebulizado, n	21 (10.6)
Azitromicina, n (%)	42 (21.1)



Indicadores

Variables de efectividad

	Global n=199
Consultas urgentes por paciente/año, n	4 [2-5]
Consultas urgentes totales, n	772
Consultas atendidas en HD, n (% total)	588 (76.2)
Consultas atendidas en urgencias, n (% total)	123 (15.9)
Consultas atendidas en otros recursos, n (% total)	61 (7.9)
Ingresos, n (% total de consultas)	209 (26.7)
Ingresos generados en HD, n (% de consultas)	115 (19.6)
Ingresos generados en urgencias, n (% de consultas)	93 (75.6)
Ingresos generados desde otros recursos, n (% de consultas)	1 [1,6]
Ingresos por paciente/año	1[0-2]
Pacientes que requieren ingreso, n (% del total de pacientes)	110 (55,3)
Estancia mediana (nº días de hospitalización por ingreso)	12,5 [6-20.5]
Reingresos a 30 días, n (% de ingresos)	33 (15.9)



Diferencias en función del número de ingresos:

	Sin ingresos (n=89)	1 ingreso (n=57)	≥ 2 ingresos (n=53)	p
Edad, años	71 (64,5-78)	71 (66,5-76)	74 (67-79)	0,235
Tiempo de inclusión, meses	9 (0-27,75)	12 (0-30)	7 (0-,37,75)	0,734
Dosis acumulada, p-a	42 (32,75-60)	53 (40-70)	60 (40-80)	0,002
Nº consultas por agudización, n	3 (2-4)	3 (2-5)	5 (4-6)	<0,001
Recaídas,n	0 (0-1)	0 (0-1,5)	1 (0-3)	0,002
Disnea mMRC, puntos	2 (2-3)	2 (2-3)	3 (2-3)	0,011
BODE *	4 (3-5)	5 (4-6)	5(4-6)	0,059
FEV1 postPBD, %ref	41 (29-51,5)	31,9 (25-38)	32,3 (26-44)	<0,001
DLCO *	54,4 ± 18,8	44,2±20,5	47,9±21,9	0,069
TM6M, m	379,3±101,7	332,2±95,8	329,3±82,6	0,032
Índice de Charlson	2 (1-3)	2 (1-3)	2 (1-3)	0,788
O ₂ , n (%)	28 (31,5)	24 (42,1)	34 (64,2)	0,001
ATB nebulizado, n(%)	7 (7,9)	3 (5,3)	11 (20,8)	0,016
Pseudomonas, n (%)	11 (12,4)	13 (22,8)	19 (38,8)	0,004
Mortalidad, n(%)	2 (2,2)	9 (15,8)	11 (20,8)	0,001
Días estancia acumulados/año	0	9 (4,5-15)	17 (7,5-35,5)	0,001



- Per la teva experiència, ¿quins factors afavoreixen el reingrés?



Qué características tienen los pacientes que reingresan a 30 días?

	Ingresos (n=91)	Reingresos 30d (n=19) 9.5%	p
Edad, años	72,3±7,3	70,3±5,9	0,262
Tiempo inclusión, m	19 (0-39,5)	6,5 (0,75-31,5)	0,615
Tabaco, paq/año	60 (40-73)	80 (50-100)	0,094
Consultas totales, n	4(2-5)	5 (4-7)	0,034
Recaídas,n	1 (0-2)	2 (1-3)	<0,001
Disnea mMRC	2 (2-3)	3 (2-3)	0,008
FEV1 postPBD, %ref	31,9 (25-41)	33,4 (28-45)	0,464
DLCO *	46,7±21,9	42,3±16,9	0,575
TM6M, m	334,7±94,8	315,8±63,6	0,515
Índice de Charlson	2 (1-3)	2 (1-4)	0,936
O ₂ , n (%)	45 (49,5)	13 (68,4)	0,210
Pseudomonas, n (%)	23 (25,3)	9 (47,7)	0,054
Mortalidad, n (%) 1a	11 (12.1)	6 (31,6)	0,033
2a	25 (27,5)	10 (52.6%)	0,032

Tiempo de seguimiento en H Día:



Factores asociados al Reingreso a 30 d

	OR (95%CI)	p-value
Disnea, mMRC	3.7 (1.45-9.61)	<0.001
Recaídas	1.5 (1.12-2.1)	0.001



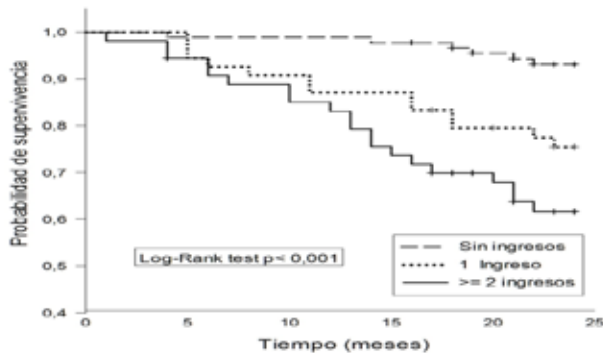
Análisis de mortalidad

Mortalidad

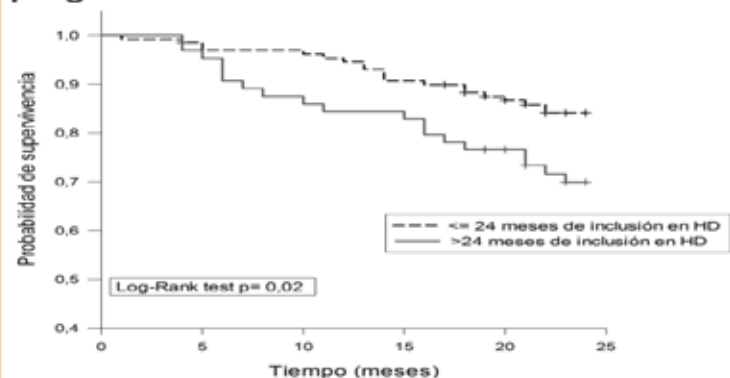
Al año: **9%** (n=18)

A los 2 años: **20,6%** (n=41)

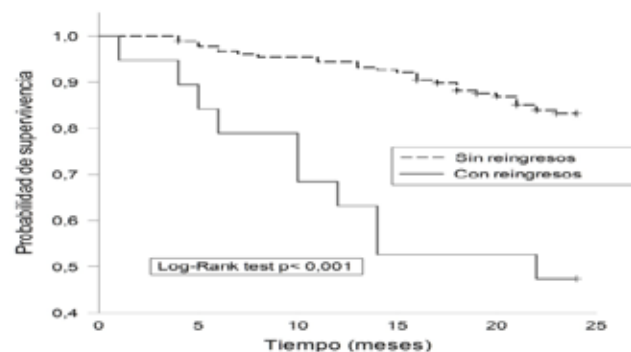
Supervivència en funció del nº de ingressos.



Supervivència en funció del temps al programa d'HD.



Supervivència en funció dels reingressos.



Factores asociados a mortalidad a 2 años.

	β -coeff.	OR (95%IC)	p
Edad	0.12	1.13 (1.06-1.2)	<0.001
Reingresos	1.87	6.52 (2.09-20.28)	0.001
OCD	1.50	4.48 (1.98-10.14)	<0.001



Qué factores favorecen el reingreso?

INTANGIBLES O “DIFÍCILES DE MEDIR”

- Entorno familiar y económico (punto clave)
- Nivel sociocultural del paciente
- Mala transición del paciente entre dispositivos asistenciales (referente ppal)
- Soporte asistencial irregular de centros SS (concertados la mayoría)
- Ausencia buen cuidador (no sólo en el ámbito familiar)

“MEDIBLES”

- Finalmente, la evolución final de la enfermedad (síntomas y recaídas)

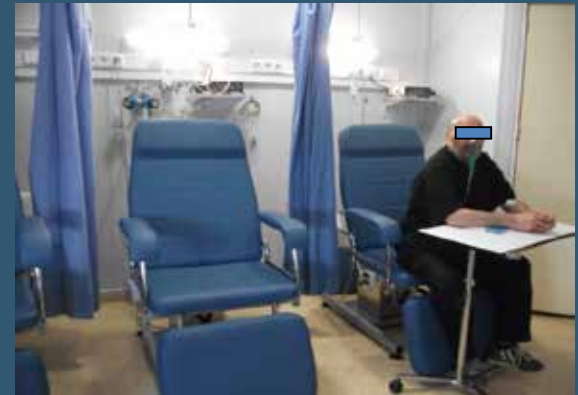
El reingreso en esta población de pacientes no debe considerarse un indicador de “fracaso del sistema”, sino un criterio más para seleccionar a pacientes en fase final de vida.



Solució final del trajecte per els diferents nivells assistencials

Pacientes con agudizaciones e ingresos frecuentes

CONTROL de agudizaciones en el HOSPITAL DE DÍA + AP



“Soporte adicional” para pacientes en la fase final de la enfermedad (~ 9% pac)...

En domicilio:
Gestor/PADES
Buen cuidador

DESCARGAR AL CUIDADOR

CONVALESCENCIA SOCIOSANITARIO

INGRESO HOSPITALARIO convencional



Los principales resultados del estudio se resumen en:

- Un 72.9% de los pacientes con EPOC grave incluidos en el programa, con >2 ingresos en el año previo por AEPOC, reducen el número de ingresos a 1 o ninguno y esta reducción en el número de ingresos anual se mantiene a lo largo del tiempo
- A pesar del horario limitado, la mayor parte de los pacientes consultan al HD cuando presentan una AEPOC, presentando una baja tasa de ingresos que contrasta con la tasa de ingresos generada por las consultas por AEPOC por los servicios de urgencias en estos mismos pacientes (19.6% vs. 75.6% respectivamente, $p < 0.001$)
- Los factores pronósticos asociados a la mortalidad en esta cohorte de pacientes son la edad, la presencia de insuficiencia respiratoria crónica y los reingresos hospitalarios.



Conclusiones:

- El programa integral de cuidados asociado a los dispositivos asistenciales de HD respiratorio, aplicado a una cohorte de pacientes con EPOC grave e ingresos frecuentes es efectivo para el manejo y control de las AEPOC, reduciendo de manera significativa los ingresos hospitalarios.
- La efectividad de este dispositivo va disminuyendo con la progresión de la enfermedad
- Pero un modelo predictivo que combine indicadores de gravedad clínica de la EPOC e indicadores de gestión de recursos (reingresos) ayudaría a identificar mejor al paciente con EPOC grave en su fase “final de vida”, situación difícil de predecir
- Estos pacientes se podrían beneficiar de cuidados paliativos fuera del ámbito hospitalario, adecuando así sus necesidades



Gracias por su atención!

