

1. INTRODUCCIÓN

Las características de los pacientes que se atienden en los servicios sanitarios han cambiado notablemente en los últimos años. Cada vez es más habitual que nos enfrentemos con pacientes de mayor edad y con mayor carga de enfermedades crónicas (EC.) Éstas son, por definición, procesos que el sistema sanitario NO cura.

El abordaje es en ocasiones, complejo. Las EC se van a caracterizar por la presencia de síntomas frecuentes y reagudizaciones constantes. Suponen un gran consumo de recursos asistenciales por su mayor tasa de reingreso e hiperfrecuentación de los servicios de urgencias y, por generar, una actividad a demanda, a priori, no programable en los profesionales sanitarios que las atienden.

En el propio paciente supondrán una disminución gradual y progresiva de su autonomía y capacidad funcional, generando una mayor dependencia. Las EC tendrán por lo tanto, importantes repercusiones personales, familiares, socio-laborales y económicas. Son además un condicionante de fragilidad en el paciente por la propia patología y por el efecto en dominó de las descompensaciones siendo un caldo de cultivo frecuente para las interacciones de todo tipo (médicas, medicamentosas, etc.)

Diferentes estudios han puesto de manifiesto esta realidad tanto en Atención Primaria (AP) como en Atención especializada (AE.) En un Hospital Universitario se estima en cinco la media de problemas médicos de un paciente y solo el 15% tienen un problema médico definido. En estudios de comorbilidad en ingresos hospitalarios en población de mayores de 65 años se ha observado un promedio de 6,4 EC. Los estudios de salud que se han realizado en nuestro medio han comprobado que entre el 72% y el 96% de los ancianos presentan esta situación y que el número medio de EC identificadas en esta población oscila entre 1,2 y 4,2. La prevalencia de pacientes pluripatológicos (PP) atendidos en los Servicios de Medicina Interna llega a situarse entre un 21% y un 72%. Estos pacientes tienen una edad media en torno a los 70 años. En AP constituyen aproximadamente el 5% de la población usuaria de los Centros de Salud, pero con un consumo de recursos que llega a cuadruplicar el promedio por paciente y un grado de complejidad clínica que requiere múltiples contactos con el medio hospitalario¹.

Esta situación no ha pasado desapercibida para los profesionales sanitarios y ha promovido un cambio asistencial que adapte nuestro sistema en el manejo del paciente crónico.

Desde una atención que denominaríamos Clásica, basada en responder puntualmente ante el episodio de descompensación, limitada a cuidados convencionales, heterogénea, sin continuidad y con un soporte social en muchas ocasiones tardío o inexistente, se preconiza una ATENCIÓN INTEGRAL.

El modelo asistencial pretende abordar estos necesarios cambios y define estrategias específicas para ello, en tres esferas: desde el prisma de la perspectiva científico-técnica; desde la perspectiva socio-familiar y de cuidados, y por último, desde la identificación de la necesidad de modificaciones en la organización de la atención de estos pacientes, reconociendo el valor de cada uno de los profesionales sanitarios implicados y manifestando las debilidades de nuestro sistema sanitario para el manejo de la EC y las respuestas que éste debe darles.

Se pretende por tanto, optimizar los recursos en el proceso de adaptación a esta realidad, entendiendo que nos enfrentamos con una población diana altamente vulnerable y *beneficiable* de esta estrategia, e insistiendo en que debe de existir un co-protagonismo

entre atención primaria y atención especializada en el manejo no ya de una entidad nosológica concreta, sino en el reordenamiento de la asistencia en torno a la EC.

En nuestro Distrito Sanitario y su Hospital de Referencia, el programa COMPARTE recoge esta línea de trabajo planificando una asistencia compartida entre diferentes profesionales sanitarios y diferentes niveles.

Nuestro programa está orientado a la continuidad asistencial y a la seguridad clínica. Ha agrupado aquellas actividades que se han demostrado eficaces en el control de las EC en distintos ámbitos, tanto estrictamente clínicas, como organizativas y las está evaluando. Ha sido el resultado consensuado de profesionales asistenciales médicos, enfermeras y trabajadores sociales de ambos niveles asistenciales y de los mandos intermedios del Distrito Sanitario y del Hospital. Pretende homogeneizar procedimientos y hacer un uso adecuado de los recursos y tiene como OBJETIVO PRINCIPAL mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes crónicos.

2. CONDICIONES EN QUE SE PLANTEA EL PROGRAMA

El área sanitaria del Aljarafe está formada por 257.628 personas censadas (Censo 2008 del Instituto Nacional de Estadística.) Nuestro centro hospitalario (de nivel tres) atiende a dicha población e inició su andadura en Diciembre de 2003. Desde su apertura se ha optado por una actividad asistencial en estrecha colaboración con el Distrito Sanitario del Aljarafe, promoviendo una mejora continua y considerando la continuidad asistencial como un elemento clave y estratégico.

Los diferentes elementos de nuestro sistema de calidad promueven un modelo asistencial reconocido y sólido que pretende generar una cultura profesional propicia para el cambio hacia la atención integral mediante mecanismos de participación, elementos de comunicación, sistemas de reconocimiento y evaluación de resultados.

Nuestro modelo de continuidad se centra en la participación de los profesionales a través de la figura de un Internista de Referencia por Unidad de Gestión Clínica (UGC) o Zona Básica de Salud (ZBS), que participa activamente en las sesiones clínicas compartidas, cada 15 días, en nuestros Centros de Salud. Un elemento adicional, también innovador, ha sido la sectorización de ingresos en planta del Hospital por municipios, lo que ha permitido mantener la atención continuada por un el mismo Equipo multidisciplinar constituido por Trabajadoras Sociales, Enfermeras y Médicos.

El reconocimiento de la necesidad de modificar los patrones asistenciales en el paciente crónico ha sido una muestra real de la sensibilidad tanto del Distrito como del Hospital para con este problema. Desde el año 2006 hemos pretendido conocer el perfil de nuestros pacientes con el objetivo de establecer una línea estratégica de atención específica a la población con EC que nos permitiera adecuar nuestra asistencia, optimizar nuestros recursos y mejorar resultados en salud ².

El examen del reingreso hospitalario en nuestra área de referencia durante los años 2004-2005 nos ha permitido estudiar un marcador del grado de control de nuestros enfermos crónicos. El análisis de los pacientes con insuficiencia cardíaca y enfermedad pulmonar obstructiva crónica de forma monográfica, como ejemplos representativos de nuestra asistencia, así como la difusión en congresos y reuniones, nos ha permitido establecer nuestras propias conclusiones y entender la necesidad de la elaboración de un proyecto de atención a una población altamente beneficiable ^{3,4,5}.

Nuestro COMPARTE en sí pretende proteger la salud de una población de pacientes, que por sus especiales características y fragilidad, así como necesidad de cuidados, constituyen un colectivo desfavorecido.

La búsqueda activa de estos pacientes tanto en AE como en AP, identificándolos e introduciéndolos en el programa, permite orientar su atención de una manera sistematizada, en lugar de dejar la asistencia en manos del azar o en función de las reagudizaciones.

La planificación precoz del alta hospitalaria, la valoración multidisciplinar por un equipo formado por enfermeras, trabajadoras sociales y médicos, el seguimiento de los pacientes aseguran la continuidad asistencial y evita, en lo posible, un número de reagudizaciones de la EC que podrían deberse a una falta de adherencia al tratamiento no farmacológico y farmacológico, a una insuficiencia información de los profesionales o a las dificultades del entendimiento de las recomendaciones al alta.

Por otro lado, la formación y educación del paciente y sus cuidadores, aprovechando el ingreso hospitalario y la visita en el domicilio, favorecen una mayor implicación en el autocuidado y en el reconocimiento precoz de los síntomas de descompensación. La implementación de maniobras terapéuticas paralelamente a esta situación será motivo de disminución de las reagudizaciones y probablemente de los reingresos.

Por último, la identificación de situaciones de riesgo social en ambos niveles asistenciales mediante una planificación coordinada entre AP y AE permitirá abordar y prevenir situaciones problemáticas con el tiempo suficiente para realizar una planificación efectiva de cara al alta hospitalaria.

3. DESARROLLO DEL PROGRAMA COMPARTE

Desde el 1 de Abril de 2009, punto de partida del programa, la inclusión de los pacientes ha permitido organizar, aplicar y priorizar aquellas actividades que han supuesto un beneficio teórico en el control de la EC, tanto para su implementación en AP como en AE.

Para desarrollar los objetivos expuestos estas actividades se han sectorizado en tres grandes áreas: identificación de los pacientes, homogeneización de los procedimientos y evaluación de los resultados.

Son puntos clave por tanto:

- 1) Identificar nuestra población de pacientes crónicos con inclusión en la Historia informática del Hospital y de Atención Primaria.
- 2) Desarrollar vías clínicas específicas para la Atención de Pacientes con Insuficiencia Cardíaca, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Pluripatológicos y más recientemente (año 2010) Paliativos Oncológicos.
- 3) Intervenir sobre el paciente y el cuidador principal para hacerles partícipes de la educación en auto cuidados y en el reconocimiento de síntomas de descompensación mediante recomendaciones generales e individuales.
- 4) Planificar precozmente el alta hospitalaria mediante el contacto directo entre la enfermera del Hospital y la enfermera de Atención Primaria mediante la realización y envío telemático del Informe de Continuidad de Cuidados al alta (ICCAE); uso de un portal

informático (PRIHOS) común entre el médico de atención primaria y el médico del hospital potenciando la figura del internista de referencia según nuestro modelo asistencial de trabajo y asegurando los cauces de transmisión de información mediante el Servicio de Admisión del Hospital.

5) Asegurar la continuidad asistencial interniveles estableciendo circuitos de atención en caso de descompensación y necesidad de intervención no programada con los pacientes incluidos.

6) Establecer una visita conjunta en domicilio al alta hospitalaria entre la enfermera y el médico de atención primaria, acordada en 48-72 horas hábiles con la realización de un plan de seguimiento individualizado y una adecuación del control del tratamiento farmacológico y no farmacológico.

7) Desarrollar actividades de formación continuada (valoración integral, utilización de escalas, optimización del manejo del paciente paliativo, tratamiento farmacológico según evidencias, etc.) en los profesionales sanitarios implicados en ambos niveles asistenciales.

8) Evaluar el programa mediante indicadores establecidos en el procedimiento.

4. ACTIVIDADES DEL PROGRAMA COMPARTE

1. INCLUSIÓN DEL PACIENTE

La identificación e inclusión del paciente en el programa puede realizarse tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada en base a estos cuatro criterios:



La elección de estas cuatro entidades no es casual. Corresponden las patologías que, en nuestro medio, condicionan con mayor frecuencia ingreso hospitalario, en camas de medicina, como tuvimos oportunidad de identificar y comunicar en el análisis previo al desarrollo del programa durante los años 2004-2005³. Serán motivo de explicación a lo largo del presente curso.

La historia clínica informatizada (ACTICX) permite, en el Hospital, la incorporación del paciente al programa mediante la selección del icono correspondiente y del criterio de

Tema 1. Gestionando la Continuidad asistencial.

Marián Benticuaga, Encarnación Campos, Sergio González, Eva María Martín, Raúl Pérez, Ignacio Vallejo



inclusión. Esto lo activa el médico de guardia (cardiología, neumología o medicina interna) en el momento del ingreso hospitalario. La acción incorpora al paciente a una base de datos y lo hace identificable de forma fácil, en el entorno hospitalario, como incluido en COMPARTE, por el resto de los profesionales sanitarios que van a trabajar con el mismo (enfermería, trabajadoras sociales, médicos y administrativos, etc.)

El procedimiento viene a completar el elemento conductor y dinamizador de la actividad de mañana del Servicio de Medicina que constituye la sesión de presentación diaria de los ingresos. Este espacio multidisciplinar (enfermeras, trabajadoras sociales y médicos) sirve de foro de encuentro, evaluación, discusión y toma de decisiones con el objetivo de optimizar la asistencia de estos pacientes y tomar decisiones compartidas.

En el entorno de AP, en la misma dinámica, en la historia clínica informatizada (*DIRAYA/TASS*), el icono COMPARTE, permite incluir al paciente en el procedimiento, lo que facilita el desarrollo de los correspondientes registros y la planificación de las intervenciones específicas como ya comentaremos más adelante.

2. EVALUACIÓN SOCIAL

El trabajo social es un engranaje más del programa y del resto de servicios que el enfermo, o la familia pueden necesitar.

Como elemento especializado, trata directamente la problemática generada por la situación de enfermedad dentro del hospital y las consecuencias que de ellas se pueden derivar, ya sean relacionales, emocionales, económicas, etc., mediante la atención personalizada al enfermo y el apoyo a la familia.

Por todos los riesgos socio-sanitarios que conllevan los pacientes con EC, las trabajadoras sociales actúan al ingreso, en la estancia y al alta, analizando en cada caso los diferentes aspectos que presenta el enfermo (situación familiar, económica, vivienda, etc.) utilizando los recursos existentes de forma racional para alcanzar la recuperación y la integración social en su medio habitual.

La detección de los pacientes se realiza de forma activa gracias a su inclusión en el programa y mediante la sesión clínica de la mañana. Cada trabajadora social tiene asignadas Zonas Básicas de Salud específicas, al igual que los médicos internistas y coordinadoras de enfermería. De esta manera se facilita el seguimiento y control de los pacientes crónicos, y se agiliza el contacto desde primaria y Servicios Sociales Comunitarios.

Como aspecto novedoso y tremendamente útil, la labor de las trabajadoras sociales queda también recogida en la historia clínica informatizada del paciente.

3. ACTIVIDAD ENFERMERA (HOSPITAL)

Enfermería juega un papel importante en la función asistencial, prestando cuidados integrales directos al paciente y a la familia, siendo capaz de analizar mediante una valoración enfermera integral las necesidades de cuidados, grado de conocimiento de la enfermedad y aquellos aspectos en los que hay que incidir y reforzar en términos de educación sanitaria.

La figura del Enfermero Referente juega un papel principal, ya que al personalizar los cuidados durante la AE, se mejora la relación terapéutica entre las enfermeras y los

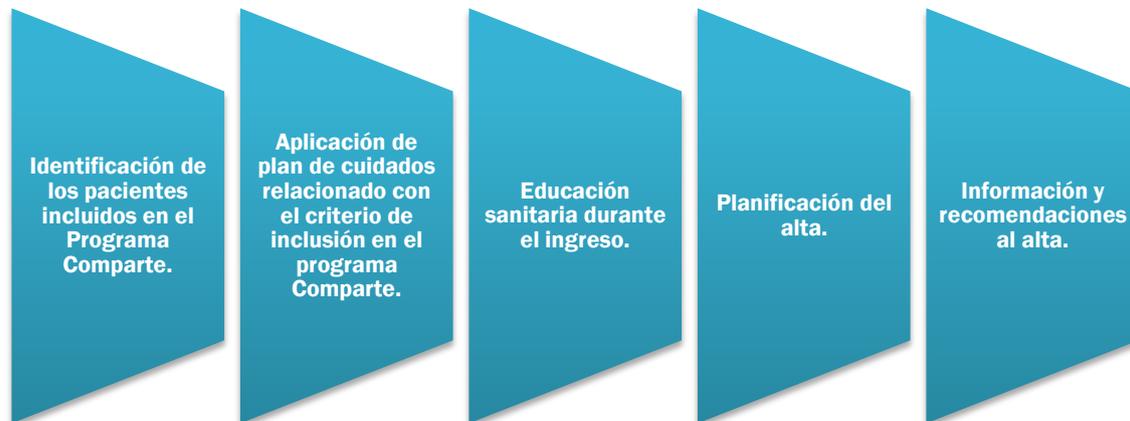
Tema 1. Gestionando la Continuidad asistencial.

Marián Benticuaga, Encarnación Campos, Sergio González, Eva María Martín, Raúl Pérez, Ignacio Vallejo



pacientes, y se detecta las necesidades de cuidados al alta, planificando la continuidad de cuidados con AP.

Cronología de la actuación enfermera durante el proceso de hospitalización:



IDENTIFICACIÓN de PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA COMPARTE

La identificación precoz de los pacientes incluidos en el PROGRAMA COMPARTE es fundamental a la hora de iniciar cuidados específicos apropiados y personalizados.

El enfermero dispone de varios filtros para registrar a dichos pacientes:

- A través del cambio recibido por parte del enfermero del Servicio de Urgencias previo al ingreso en el servicio de Hospitalización,
- En la entrevista personal realizada durante la valoración general de Enfermería.
- Tras ser valorado por el médico de guardia al ingreso.
- Durante el proceso de hospitalización mediante la comunicación interprofesional Enfermería- Medicina. Esto garantiza que no se pierdan potenciales pacientes que puedan beneficiarse de la incorporación al programa.

APLICACIÓN DE PLAN DE CUIDADOS ESPECÍFICOS

En la actualidad se trabaja con varios Planes de cuidados específicos aplicados en función al criterio de inclusión en el PROGRAMA COMPARTE.

- Pacientes con Insuficiencia cardíaca
- Pacientes EPOC
- Pacientes pluripatológicos
- Pacientes paliativos oncológicos
- Pacientes en la fase final de la vida

Tema 1. Gestionando la Continuidad asistencial.

Marián Benticuaga, Encarnación Campos, Sergio González, Eva María Martín, Raúl Pérez, Ignacio Vallejo

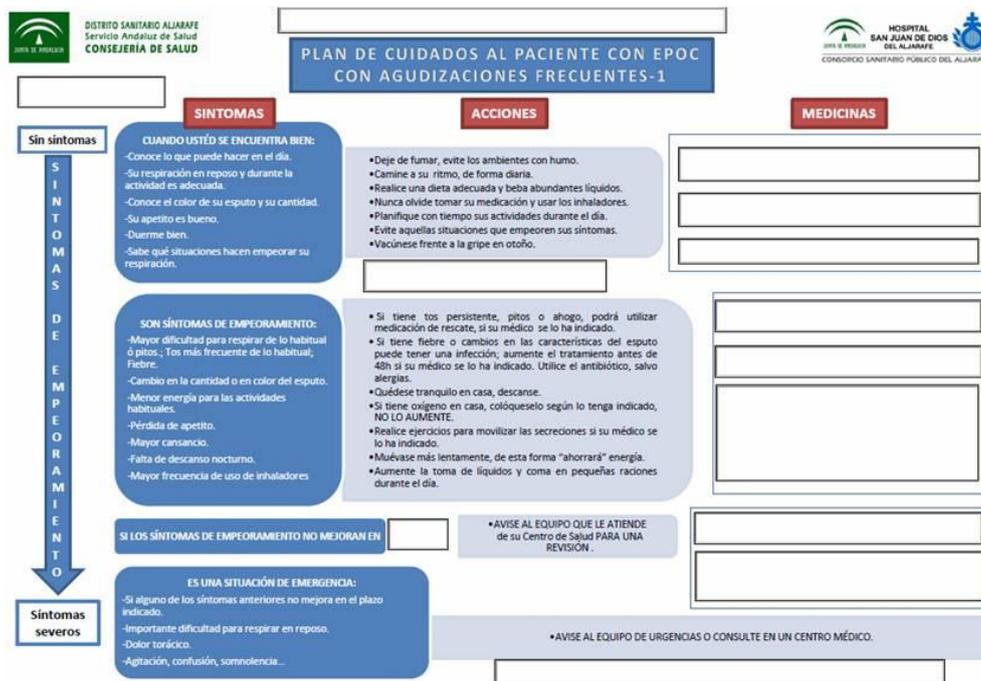


Como herramientas complementarias se dispone de material escrito cuyo formato es común en AP y AE. Se han individualizado por patologías y por pacientes. Permiten al paciente y cuidador reconocer los síntomas de alarma e iniciar maniobras ante una descompensación. Las recomendaciones sobre las modificaciones del tratamiento no farmacológico y farmacológico han sido propuestas por médicos especialistas en base a las evidencias científicas disponibles. Se ha trabajado en recomendaciones dietéticas que han sido revisadas por el Departamento de Dietética del Hospital.

Aquellos aspectos que no se hayan podido asimilar durante el ingreso ya sea por una corta estancia, estado anímico del paciente y/o familia, ausencia del cuidador principal durante el ingreso, incapacidad para comprender explicaciones, falta de tiempo del equipo sanitario hospitalario, etc., son evaluados en AP. El reforzamiento en el domicilio de los cuidados propuestos así como continuar la instrucción del paciente y cuidadores es tarea de enfermería de AP, que, a su vez ha estandarizado los planes de cuidados en el domicilio para las situaciones definidas por el programa como veremos a continuación.

Tema 1. Gestionando la Continuidad asistencial.

Marián Benticuaga, Encarnación Campos, Sergio González, Eva María Martín, Raúl Pérez, Ignacio Vallejo



Ejemplo de recomendaciones estandarizadas. EPOC reagudizaciones frecuentes

PLANIFICACIÓN DEL ALTA

Una planificación adecuada del alta hospitalaria es un elemento clave del programa y se realiza en comunicación directa con Atención Primaria. Durante el ingreso el enfermero referente, o en su defecto el Coordinador de enfermería, avisará a la Enfermera gestora de casos, con el fin de analizar los hechos que han precipitado el ingreso, así como indicar intervenciones en pacientes y cuidadores si fuera necesaria. Este procedimiento se volverá a realizar en el momento del alta, garantizando así la transferencia de información.

INFORMACIÓN Y RECOMENDACIONES AL ALTA

El Informe de continuidad de cuidados de Enfermería al alta (ICCAE) es un registro que tiene como objetivo servir de soporte documental a la continuidad de los cuidados en aquellos pacientes que una vez dados de alta en los centros de AE, precisan de continuidad de cuidados por parte de la familia y/o profesionales de AP. Recoge información necesaria para la planificación de cuidados en el ámbito extrahospitalario, acorde con el estado de salud y las necesidades del paciente, cuidador y/o familia, en el momento del alta.

El enfermero referente será el encargado de crear el ICCAE de forma personalizada para cada paciente que lo requiera. Para garantizar la continuidad asistencial dicho informe se transfiere a AP por dos vías: de forma telemática a la firma del mismo y, por teléfono, a la Enfermera Gestora de casos.

En los próximos meses veremos instaurado un informe único entre Medicina y Enfermería, donde se verán incluidos las recomendaciones y cuidados que en la actualidad se desarrollan en el ICCAE.

El circuito de la continuidad asistencial se cierra y garantiza, paralelamente, a través del Servicio de Admisión del Hospital que se encarga de enviar los listados de los pacientes incluidos en el COMPARTE a la cabecera de cada una de las áreas de referencia de atención de nuestro Distrito Sanitario.

El médico responsable dispone además de las siguientes herramientas complementarias para adecuar la planificación al alta:

- El informe médico que se proporciona al paciente/cuidador.
- La activación informática del informe en la plataforma PRI-HOS para que su contenido sea visible en AP.
- Contactando si es preciso personalmente con el Médico de Familia del paciente antes del alta, para consensuar y comentar los detalles convenientes.

4. SEGUIMIENTO TRAS EL ALTA HOSPITALARIA (ACTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA)

Los médicos de AP esperamos que, una vez que el paciente sea incluido en Programa COMPARTE, cumpla una serie de requisitos para garantizar que el programa se pueda desarrollar en el ámbito extrahospitalario en todos sus apartados. Un mal ejemplo: Paciente con frecuentes cambios de domicilios y médicos distintos, poblaciones distintas, ZBS o incluso Distritos distintos con diferentes hospitales de referencia.

Se dispone de un listado de cada médico de familia de pacientes incluidos en el Programa y que son facilitados por las Direcciones de las UGC.

¿Qué espera el médico de AP de un paciente incluido en el programa?

- Que cumpla criterios de inclusión.
- Que el alta esté colgada en PRI-HOS, antes de ir a visitar al paciente.
- Que los datos de filiación, domicilio, teléfono, médico sean los correctos al alta.
- Que exista un mecanismo por el cual el médico de familia pueda rehusar la inclusión del paciente en el Programa.

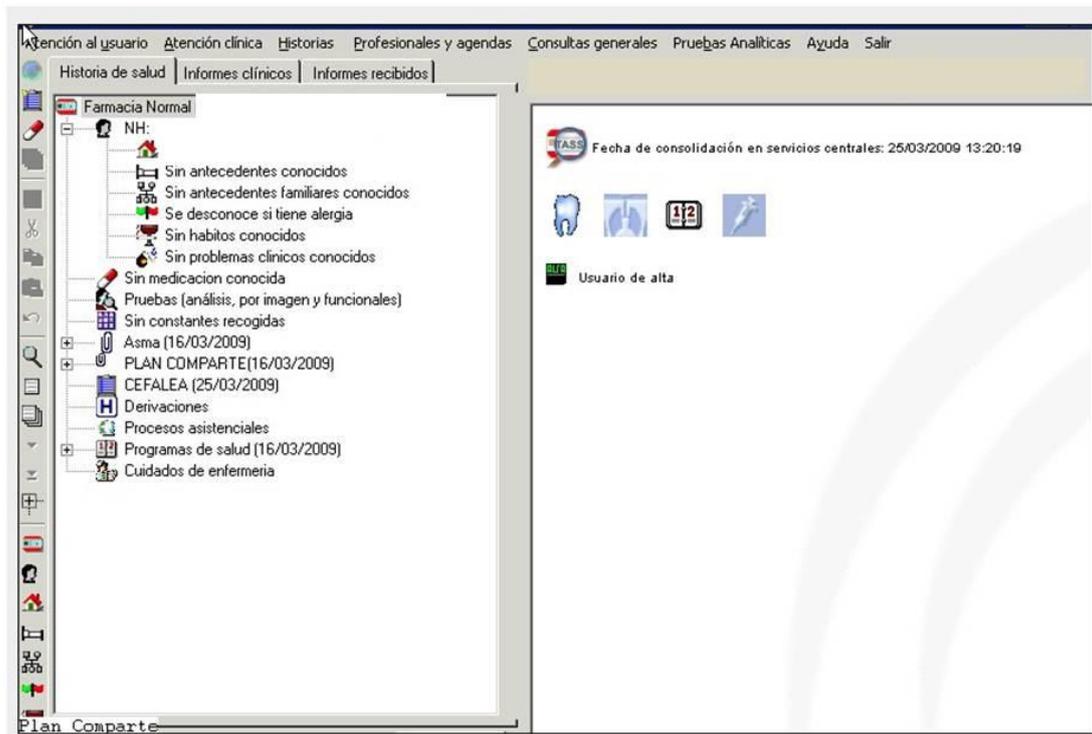
En la actualidad el paciente incluido en el programa se envía por correo electrónico al Director de la UGC, Coordinador de Cuidados y Enfermera de Enlace.

¿Qué hay que hacer cuando abrimos el correo electrónico y nos informa sobre la inclusión de un paciente en el Programa?

- La Enfermera de Enlace, el Director de la UGC o el Coordinador de Cuidados son los encargados de transmitir al equipo el alta de un paciente incluido en el Programa.
- La Enfermera de Enlace revisa los datos del paciente y comprueba su inclusión en el programa, realizándola si no está previamente.
- La comunicación al médico y la enfermera de familia de cuyo cupo es el paciente se hará directamente mediante envío del informe de alta o a través de la agenda de Historia de Salud con inclusión de un aviso domiciliario, añadiendo en Observaciones la leyenda "Programa Comparte".

ACTUACIONES PREVIAS A LA VISITA EN DOMICILIO

- El equipo se pondrá de acuerdo para coordinar la visita conjunta al domicilio del paciente, esta debe hacerse lo más precozmente posible tras el alta tratando de que se realice antes de las 48-72 horas.
- Tras la extracción de los datos del informe de alta de la aplicación PRI-HOS, si no se ha remitido previamente, se revisa la información de la historia del paciente. Se abre una hoja de consulta dependiente del Programa de Salud “Programa Comparte” donde se recoge la existencia del alta hospitalaria y los cambios en su situación clínica, los diagnósticos y tratamientos indicados y la identidad del cuidador principal si no está anotada previamente.
- Es adecuado comprobar los datos del paciente, con realización de una llamada telefónica previa para concertar la visita y cerciorarse de que no se ha producido un desplazamiento temporal tras el alta.



Historia Clínica Informatizada Diraya

VISITA CONJUNTA EN EL DOMICILIO

Se trata de una pieza estratégica y clave para garantizar la continuidad asistencial y promover el control de la EC. Bien estructurada se constituye en la parte más importante de las actividades a desarrollar en AP. Esta visita tiene un carácter indispensable y es recomendable que se haga de forma conjunta (enfermería y médico) en todos los casos.

En el domicilio del paciente, comprobaremos los motivos de ingreso y el estado actual del paciente. Se hará especial hincapié al síntoma o principal motivo por lo cual que motivó ingreso. Comprobaremos que éste ha desaparecido o se ha minimizado de tal manera que hace posible la estancia del paciente en el domicilio sin riesgo para su salud. Anotaremos estos aspectos y de forma genérica en todos los casos:

- Anamnesis y estado actual del paciente.
- Consentimiento verbal del paciente y/o cuidadores de inclusión en el Programa.
- Exploración clínica del paciente y toma de constantes.
- Presencia de síntomas como la disnea en el caso de la ICC y EPOC o el dolor en el caso de la enfermedad oncológica.
- Valoración del tratamiento, revisión de botiquines y confirmación de aspectos relativos al cumplimiento farmacológico.
- Valoración junto con enfermería antes de abandonar el domicilio la necesidad de una visita a la semana o acordar directamente la atención a los 15 días.
- Pactar con el paciente y/o cuidadores plan a seguir. Constantes a vigilar por ellos, y signos de alarma que deberán de tener en cuenta para iniciar maniobras terapéuticas acordadas y avisarnos.
- Aplicar protocolo de recomendaciones y cuidados específicos según criterio de inclusión.
- Valorar visita de la Trabajadora Social.
- Registro en la HC informatizada todo lo referente en el Proceso creado.

SEGUNDA VISITA SEMANAL

Esta visita será opcional, y será consensuada por el Equipo sanitario (enfermera y médico) con el paciente y/o cuidador principal de forma individualizada. Es aconsejable dar a la familia teléfono de la consulta del médico y/o enfermero para consultar síntomas, constantes, medicación o dudas.

De optar por esta visita se anotará en el HC del Programa, en caso contrario se indicará que no procede. En esta visita se valoraran la situación de estabilidad del paciente y la presencia de síntomas de reagudización así como la medicación a retirar y/o incluir.

Incluimos y registramos en HC la realización de esta visita o en caso de no ser necesaria también lo anotaremos.

TERCERA VISITA A LOS 15 DÍAS DEL ALTA

Esta es indispensable, pero no en todos los casos será a domicilio; se presupone que hay pacientes que podrán venir a consulta.

Es importante recoger los siguientes aspectos:

- Revisar sintomatología del paciente, siendo importante los síntomas que lo llevaron al ingreso.
- Exploración clínica del paciente, valoración de las constantes anotadas por enfermería y aquellas que se responsabilizó el paciente y/o cuidador.
- Medición de la calidad de vida mediante cuestionario validado correspondiente. Por su sencillez y aplicabilidad en el entorno de AP utilizamos el EuroQoL 5D⁶.

- Registro en la HC del paciente en el proceso del Programa COMPARTE datos de la visita y resultados del EuroQoL 5D.

VISITA A LOS TRES MESES

Para el paciente incluido en el Programa, esta visita ha de ser también indispensable, aunque posiblemente, se puedan dar muchas circunstancias.

- El paciente permanece estable en su entorno. Realizaremos una visita similar a la primera (no necesariamente conjunta) con revisión de la situación, realización del cuestionario de calidad de vida y comparación del resultado con la anotación en la previa (tercera visita.) Anotaremos en la historia clínica (proceso correspondiente) la situación durante la visita.
- El paciente ha sufrido un nuevo ingreso. Lo recibiremos al alta siguiendo los cauces referidos programando una nueva intervención en AP.
- El paciente cumple criterios de exclusión.

El paciente incluido en Programa Comparte nunca lo abandona a no ser que cumpla criterios de exclusión.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Para que un paciente abandone el Programa Comparte debe de cumplir algún criterio de exclusión.

- Exitus.
- Cambios de domicilios frecuentes con distintas localidades, médicos distintos, en este caso siendo obligatoria la visita de la trabajadora social.

En estos casos se anotará en HC la exclusión del Programa y sus motivos y cerraremos el proceso.

5. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA en Atención Primaria AL ALTA HOSPITALARIA DE UN PACIENTE INCLUIDO EN EL Programa COMPARTE

Recogemos la actividad que, de forma paralela realiza enfermería al alta hospitalaria:

- Valoración conjunta MF + EF en menos de 48 horas hábiles tras el alta hospitalaria y a la semana.
- Identificación del cuidador principal.
- Abrir el icono Programa Comparte por Programa.
- Abrir un Proceso “Programa Comparte” donde se almacenarán las hojas de seguimiento abiertas en el proceso de atención a estos pacientes.
- En cada visita la enfermera tendrá en cuenta la comprobación del “Manejo efectivo del régimen terapéutico r/c la medicación y alimentación”.

Este aspecto es otro pilar clave del programa al tratarse de una actividad que ha demostrado un valor incuestionable en el control de las EC y especialmente en el reingreso hospitalario.

Tema 1. Gestionando la Continuidad asistencial.

Marián Benticuaga, Encarnación Campos, Sergio González, Eva María Martín, Raúl Pérez, Ignacio Vallejo



Los errores de medicación son una de las principales causas de morbilidad en los pacientes hospitalizados. La mitad de los errores de medicación se han relacionado con cambios en la asistencia sanitaria del paciente o cambios del médico.

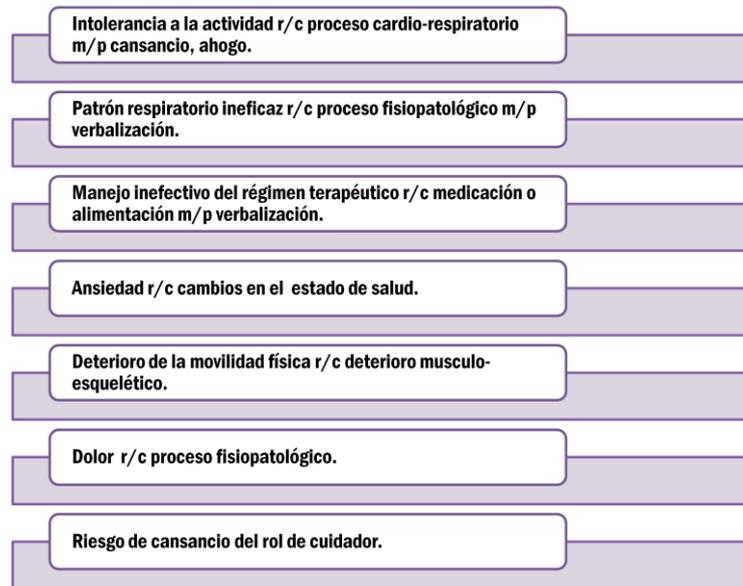
La conciliación de la medicación es el proceso de conocer la medicación que el paciente tomaba previamente y compararla con la medicación prescrita en el ingreso, en los traslados de unidades o en el alta hospitalaria para garantizar que se prescriban todos los medicamentos necesarios en la dosis y en la pauta correcta.

En AP el equipo de salud tiene como misión revisar botiquines y confirmar durante las visitas domiciliarias aspectos relativos al cumplimiento farmacológico. En este sentido se realizan las siguientes intervenciones:

- Instruir al paciente /cuidador sobre el tratamiento: identificación de los medicamentos, pauta, dosis, vía de administración y duración.
 - Informar al paciente/cuidador sobre la importancia de una correcta cumplimentación, así como de las consecuencias para su salud derivadas de la falta de seguimiento.
 - Valorar junto al paciente/cuidador la necesidad de ayudas: calendarios, dibujos con horarios, lugar para guardarlos, pastilleros días o semanales.
 - Valorar posibles efectos secundarios y soluciones.
 - Comprobar la destreza del paciente/cuidador y si es necesario enseñar a utilizar inhaladores, inyectables, medición de dosis teniendo en cuenta de dejar todo registrado en su historia clínica.
 - Dejar las instrucciones por escrito en el domicilio del paciente: nombre de los medicamentos, indicaciones, pautas, vías, cuidados generales, etc.
-
- La enfermera de familia abrirá una hoja clínica con la nomenclatura: EF + Programa Comparte.
 - Registrará en la hoja visita conjunta con Médico de Familia.
 - Realizará educación sanitaria tanto al paciente como cuidador en aspectos relativos a la medicación, alimentación, reconocer precozmente los síntomas de descompensación (aumento de la disnea, aumento de las secreciones, fiebre, edema, somnolencia más de lo habitual, cefalea...), etc.
 - Cuestionario de calidad de vida en la tercera visita que debe realizarse a los 15 días y repetirse a los tres meses.
 - Abrir una hoja de Historia Clínica con la nomenclatura EuroQol y registrar los resultados del cuestionario de calidad de vida.
 - Realizar valoración integral del paciente registrando los diagnósticos de enfermería que presenta cuando se encuentra en su domicilio.

Tema 1. Gestionando la Continuidad asistencial.

Marián Benticuaga, Encarnación Campos, Sergio González, Eva María Martín, Raúl Pérez, Ignacio Vallejo



Diagnósticos de Enfermería más frecuentes

5. ATENCIÓN EN LAS REAGUDIZACIONES. Equipos de Urgencias

La atención a las descompensaciones del paciente crónico ha supuesto incorporar al programa un elemento organizativo con los equipos de urgencias del Distrito y del Hospital. Nuestro objetivo ha sido establecer vías fluidas de información que faciliten dicha atención en cualquier ámbito y momento. Pretendemos garantizar las vías de acceso a los servicios sanitarios así como la continuidad de los pacientes que se den de alta desde el Servicio de Urgencias del Hospital.

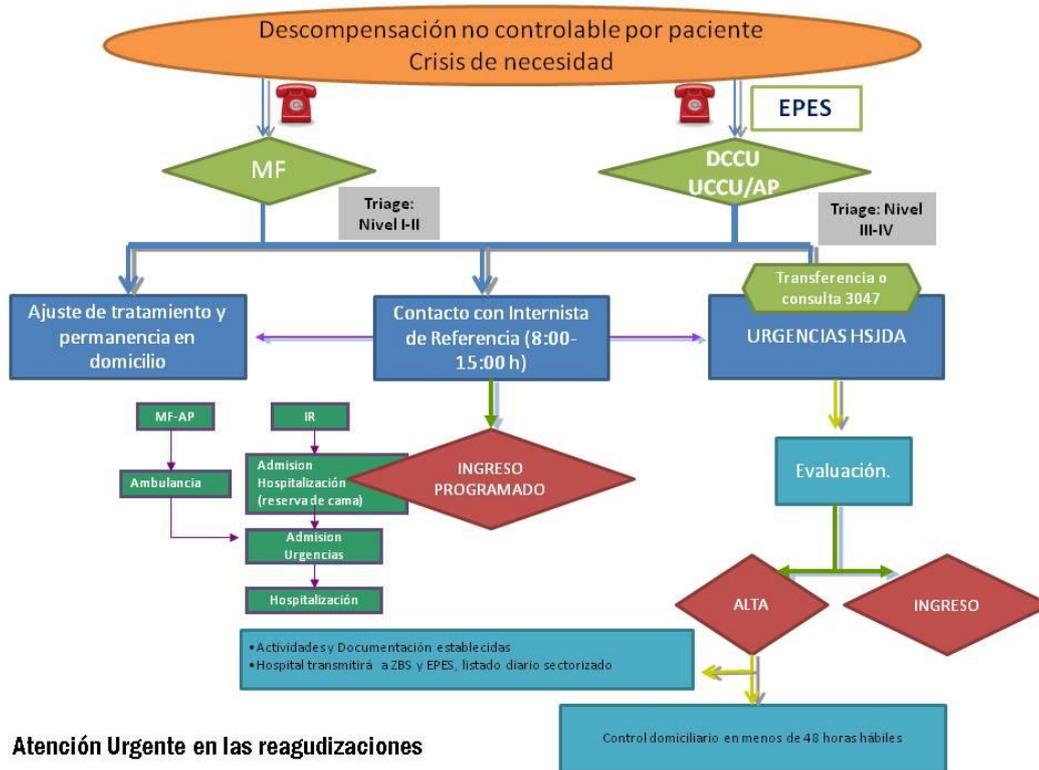
En caso de descompensación no controlable por el paciente y, en función de la severidad de la misma, el médico de familia dispone de la posibilidad de ajuste del tratamiento y permanencia en el domicilio si la situación clínica lo permite; contactar con el Internista de Referencia (en horario de 8 a 15 horas) para valorar un ingreso programado; o, enviar al paciente a la Urgencia del Hospital, si fuera necesario, con contacto previo con el equipo asistencial disponible en dicho momento (a través del busca 3047.)

Los equipos de urgencias del Distrito Sanitario (DCCU/UCCU) atenderán al paciente en caso de que no fuera posible por el Médico de Familia con el mismo planteamiento que queda reflejado anteriormente.

Será finalmente, el servicio de Urgencias del Hospital, el que priorice la necesidad de ingreso para estabilización, o alta, con los mismos condicionantes y como si se tratara de un alta de hospitalización, en aras de poner en marcha nuevamente el circuito de atención en domicilio o en planta.

Tema 1. Gestionando la Continuidad asistencial.

Marián Benticuaga, Encarnación Campos, Sergio González, Eva María Martín, Raúl Pérez, Ignacio Vallejo



Atención Urgente en las reagudizaciones

La atención en la urgencia del Hospital permite así mismo desarrollar algunas de las actuaciones que lleva a cabo el Programa, en particular en el Área de Observación y Estancias Cortas, así como incluir pacientes (con los mismos criterios) y notificar a AP la estancia de un paciente que haya sido incorporado y consulte por una descompensación.

Antecedentes Personales - No refiere alergia a medicamentos. - Fumador de 10-15 cig/d. No bebedor. - HTA mal controlada.	Medicación Previa - Atenolol 50.
Enfermedad Actual Acude por cuadro de 4 días de evolución caracterizado por inflamación en MID desde raíz de muslo, no dolor, afebril, no traumatismo no disnea ni dolor torácico. Refiere llevar algo más de 2 meses con una leve molestia sobre todo cuando estaba sentado y	Exploración Física A su llegada a URG: Buen estado general. Consciente, orientado, bien hidratado, coloreado y perfundido. Afebril, sin leucocitosis. Hemodinámicamente estable con tendencia a la HTA TA: 200/110mmHg. Eupneico en reposo, tolera decúbito y mantiene SatpO2 > 95% con
Pruebas Complementarias - Eco-Doppler venoso solo se estudia el eje femoral común y femoral superficial sin apreciar imágenes que sugieran trombosis venosa profunda con permeabilidad de la vena femoral común y superficial. No obstante se aprecia edema del tejido celular subcutáneo así como adenopatías inguinales. - Eco abdominal se aprecia existencia una masa de 6 cm por encima	Evolución
Juicio Clínico - Artritis séptica de cadera derecha con colección de partes blandas adyacente.	Tto. Recomendado
Revisión LRQ Destino: <input type="checkbox"/> Revisión de Urgencias de Digestivo <input type="checkbox"/> Revisión de Urgencias de Ginecología <input type="checkbox"/> Revisión de Urgencias de Hematología <input type="checkbox"/> Revisión de Urgencias de Medicina Interna Motivo Ingreso: <input type="checkbox"/> Revisión de Urgencias de Neumología <input type="checkbox"/> Revisión de Urgencias de Oftalmología ACTICX 6.4.3: <input type="checkbox"/> Revisión de Urgencias de ORL <input type="checkbox"/> Revisión de Urgencias de Pediatría <input type="checkbox"/> Revisión de Urgencias de Rehabilitación <input type="checkbox"/> Revisión de Urgencias de Traumatología <input type="checkbox"/> Revisión de Urgencias de Urología (próximos 15 días) <input type="checkbox"/> Revisión de Urgencias de Cirugía Ambulatoria	Firmado* M. Residente
Paciente con criterio de inclusión en programa comparte. Paciente incluido en Comparte que acude por descompensación.	AFERNA

Historia clínica informatizada. Urgencias Hospitalarias

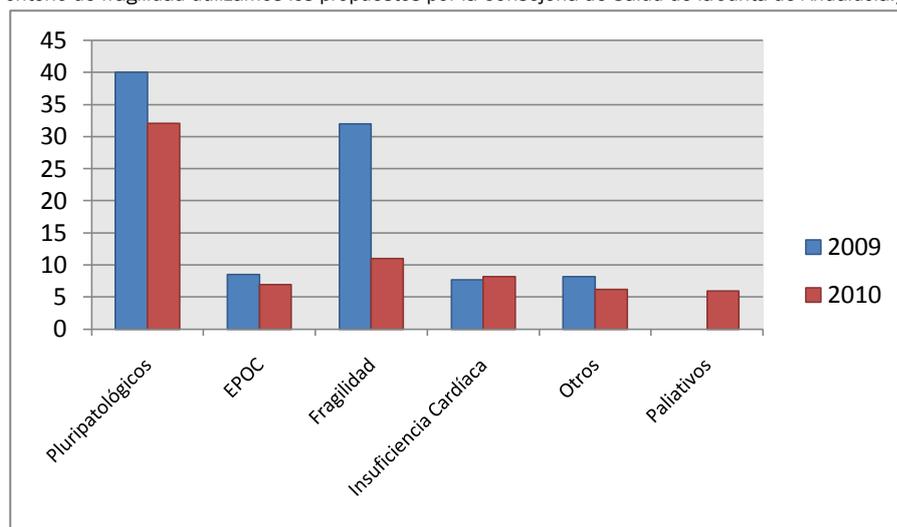
6. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

Disponemos de datos sobre el funcionamiento de nuestro Programa COMPARTE tras la realización de un análisis retrospectivo desde su puesta en marcha el 1 de Abril de 2009 y durante el 2010.

Se han incluido 1308 pacientes (710 en el año 2009 y 598 en el año 2010.) La edad media de los pacientes en el año 2009 fue de 77,15 y en el 2010 de 77,27 (p=083.)

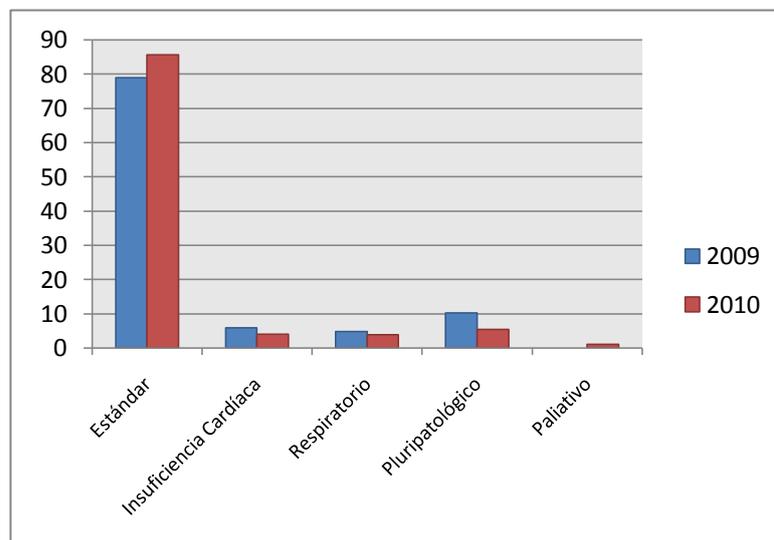
Los criterios de inclusión en el programa (posteriormente modificados y actualizados en el presente texto) quedan reflejados en el siguiente gráfico:

(Como criterio de fragilidad utilizamos los propuestos por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.)



La estancia media del episodio de hospitalización que motivó la inclusión en el programa fue de 9.04 días durante el 2009 y de 10.37 días durante el 2010 (p=0.018.)

Durante el ingreso se aplicaron planes de cuidados como se referencia en el siguiente gráfico (expresado en porcentaje):

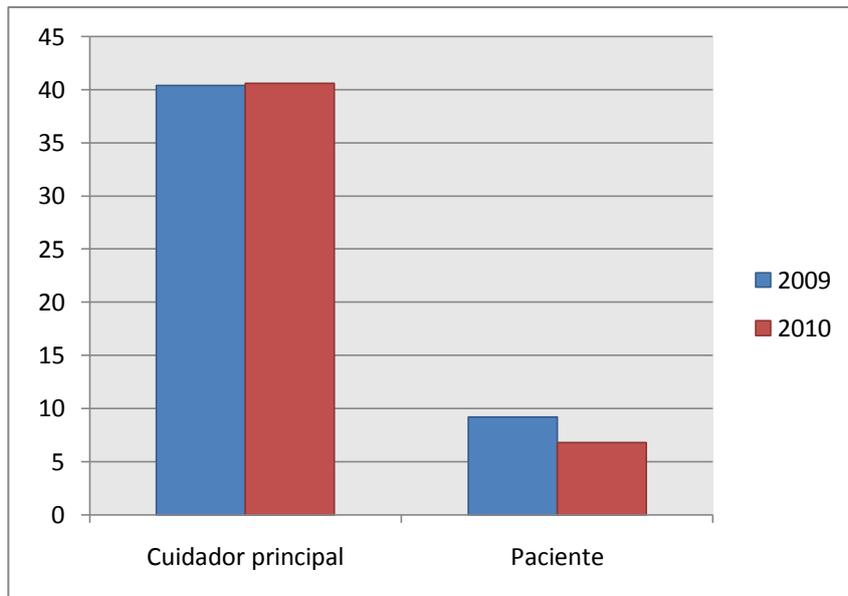


Tema 1. Gestionando la Continuidad asistencial.

Marián Benticuaga, Encarnación Campos, Sergio González, Eva María Martín, Raúl Pérez, Ignacio Vallejo

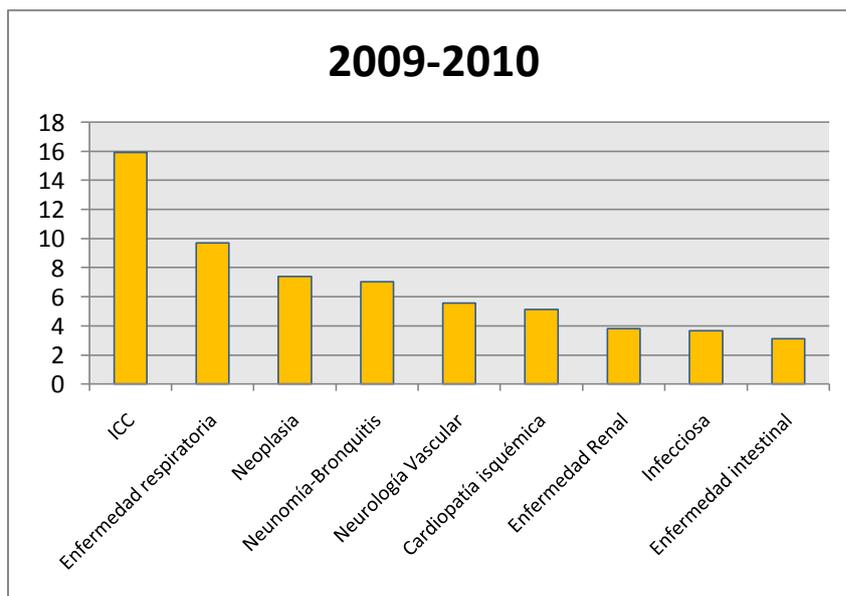


Se realizó una educación en auto cuidados durante la hospitalización dirigida al cuidador principal y al paciente según queda expresado en porcentaje en la siguiente figura:



La mortalidad en el episodio de hospitalización fue de un 18,6% en el 2009 y un 16,7% en el 2010 ($p=0.378$.)

Por grupos diagnósticos las patologías que condicionaron ingreso hospitalario se reseñan en el siguiente gráfico expresado en porcentaje:



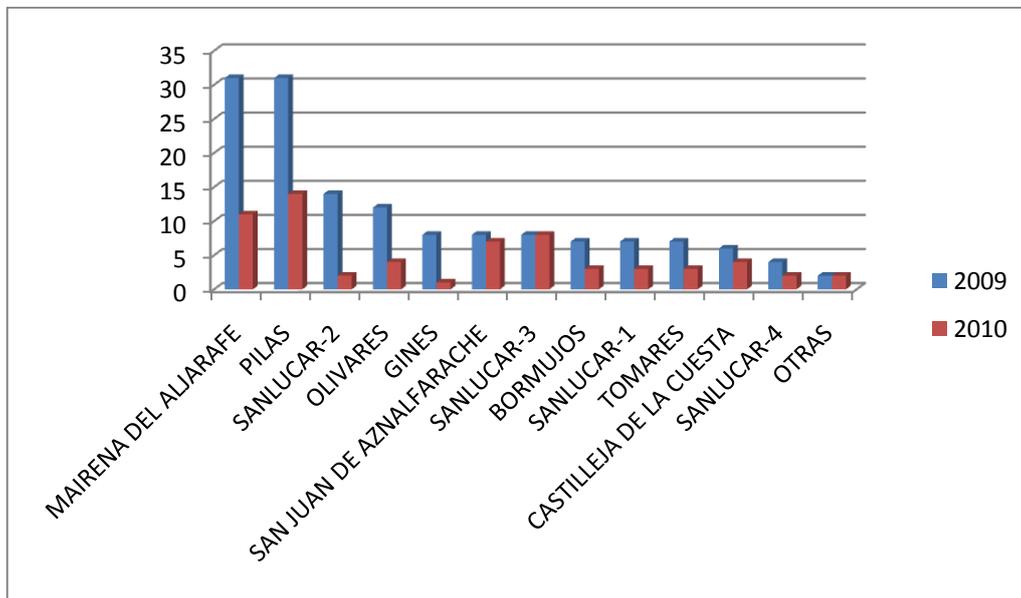
Tema 1. Gestionando la Continuidad asistencial.

Marián Benticuaga, Encarnación Campos, Sergio González, Eva María Martín, Raúl Pérez, Ignacio Vallejo

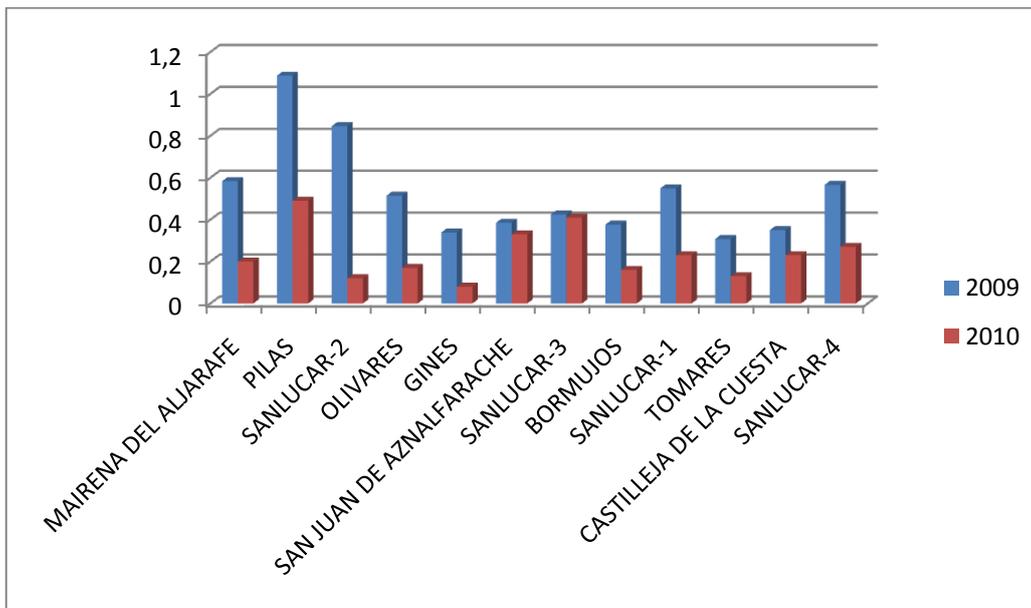


En el análisis del reingreso hospitalario, en el año 2009 reingresaron un 20.4% de los incluidos; en el 2010 un 10.7% de los incluidos. Los criterios de inclusión en los pacientes que reingresan son similares a los del resto. La mortalidad intraepisodio es superior (35.89%.) Generan una media de reingresos de 1.5 desde la puesta en marcha del programa.

En el siguiente gráfico queda indicada por número de pacientes la distribución de los reingresos por año y según las áreas de referencia de atención de nuestro distrito sanitario.



Calculado por TAE queda recogido en el siguiente gráfico:



Tema 1. Gestionando la Continuidad asistencial.

Marián Benticuaga, Encarnación Campos, Sergio González, Eva María Martín, Raúl Pérez, Ignacio Vallejo



Aportamos otros indicadores no directamente enmarcados en el programa que consideramos de interés como es la reducción en ingresos hospitalarios en el Servicio de Medicina del Hospital (4694 en el 2009 y 4481 en el 2010) y en relación con las asistencias en el Servicio de Urgencias del Hospital 2009: 98579 y en 2010: 95365. Así mismo resaltamos la reducción en la demanda en atención primaria de los servicios de urgencia en el año 2010 en un 6,5% con respecto al año anterior y un 7,2% en consultas de Medicina de Familia. Reseñar, como muestra la siguiente gráfica, la tendencia al descenso de las derivaciones desde atención primaria a las consultas externas del Servicio de Medicina del Hospital, como probable expresión de la madurez de nuestro modelo de asistencia y colaboración entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria.



Recogemos la evaluación –mediante auditoria- de la actividad específica en inclusión en programa Comparte, visitas conjuntas (médico-enfermera) a las 48-72 horas. El 70% recibieron una visita por su médico y/o por su enfermera y el 33% recibieron una visita conjunta.

Para el presente año nos disponemos a completar la evaluación del programa incluyendo el análisis de calidad de vida según cuestionario EuroQol. Así mismo pretendemos analizar la valoración de la continuidad asistencial de los pacientes incluidos.

En resumen, nuestro Programa Comparte propone un abordaje multidisciplinar del usuario, reorganiza y racionaliza nuestros recursos para cubrir sus necesidades, homogeneizando procedimientos establecidos para mejorar la seguridad clínica de la población. Facilitamos que, si un paciente crónico ingresa en el hospital, sea identificado y se le apliquen todas las actuaciones médicas, de enfermería, trabajadores sociales que el programa ha desarrollado en base a la mejor evidencia científica disponible. El programa contempla que una vez que el paciente es dado de alta, se siga un protocolo de coordinación con atención primaria y con los servicios de urgencias que permita que se continúe en el desarrollo de las actividades contempladas en el domicilio.

Pretendemos capacitar al paciente y al cuidador para que sean sujetos activos en el cuidado de su enfermedad crónica; actualizamos la formación de los profesionales implicados; desarrollamos programas de formación y educación en cuidados; identificamos estos pacientes; normalizamos los procedimientos y la calidad de los cuidados hospitalarios y extrahospitalarios, aumentando el grado de coordinación interniveles.

Tema 1. Gestionando la Continuidad asistencial.

Marián Benticuaga, Encarnación Campos, Sergio González, Eva María Martín, Raúl Pérez, Ignacio Vallejo



La apuesta por el trabajo en equipo a través de la coordinación y la colaboración entre los profesionales de atención primaria y especializada (recogida en el Programa de Continuidad Asistencial de nuestra área) han convertido el programa en una herramienta innovadora y exportable por permitir, a través de la organización de los profesionales sanitarios, potenciar el cuidado y la continuidad asistencial de los pacientes.

DIFUSIÓN DEL PROGRAMA COMPARTE

1.XXX Congreso de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) Valencia: 18-21 de Noviembre de 2009. Mesa redonda Enfermería: Seguridad y Atención al Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada.

http://www.fesemi.org/congresos/congresos_semi/previos/ponencias_XXX_semi.php

2.27 Congreso Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) y 14 Congreso de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial (SADECA.) 20-23 de Octubre de 2009.

http://www.calidadasistencial.es/index.php?page=congresos_ant

3.IIº Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico. Santiago de Compostela 25-26 de Febrero de 2010. Comunicación C_N244.

4.XXXI Congreso de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) Oviedo: 17-20 de Noviembre de 2010. Comunicación oral.

<http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-clinica-esp%C3%B1ola-65/volumen-210/numero-espcongreso>

5.IIIer Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico. Donostia-San Sebastian. 19 y 20 de Mayo de 2011. Ponencia a la Mesa de Mejores Comunicaciones del Congreso.

6.La información relativa al programa está incluida en los portales Saludinnova (<http://www.saludinnova.com/practicas/view/210/>) y en el Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas (<http://www.opimec.org/practicas/654/programa-comparte/>)

BIBLIOGRAFÍA

1. Atención a Pacientes Pluripatológicos 2ª Edición. Proceso asistencial integrado. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2007.

2. Fernández Moyano A, García Garmendía JL, Palmero Palmero C, García Vargas-Machuca B, Páez Pinto JM, Alvarez Alcina M, Aparicio Santos R, Benticuaga Martínez M, Delgado de la Cuesta J, de la Rosa Morales R, Escorial Moya C, Espinosa Calleja R, Fernández Rivera J, González-Becerra C, López Herrero E, Marín Fernández Y, Mata Martín AM, Ramos Guerrero A, Romero Rivero MJ, Sánchez-Dalp M, Vallejo Maroto I. Continuity of medical care. Evaluation of a collaborative program between hospital and Primary Care. Rev Clin Esp. 2007 Nov;207(10):510-20.

3. ESTUDIO DEL REINGRESO EN UN HOSPITAL COMARCAL I. Vallejo Maroto⁽¹⁾ A. Fernández Moyano⁽¹⁾ C. Palmero Palmero⁽¹⁾ R. Aparicio Santos⁽¹⁾ M. Benticuaga Martínez⁽¹⁾ C. González Becerra⁽¹⁾ R. Rivas Cerdeira⁽²⁾ M. Laorden Machorra⁽²⁾ (1) Servicio de Medicina, (2) Distrito Sanitario de Mairena del Aljarafe. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla.) XXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna. Octubre 2006. Salamanca.

4. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES EPOC QUE INGRESAN EN UN HOSPITAL COMARCAL ¿ES NECESARIO UN PLAN DE CUIDADOS? C. González Becerra⁽¹⁾, I. Vallejo⁽¹⁾, R. Aparicio⁽¹⁾, B. Romero⁽²⁾, I. Turanza⁽³⁾, A. Fdez Moyano⁽¹⁾. (1) SERVICIO DE MEDICINA, (2) UNIDAD DE NEUMOLOGÍA, (3) MEDICINA INTERNA DUE. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla.) XXVIII CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA. NOVIEMBRE 2007. BARCELONA:

5. PAPEL DEL MÉDICO INTERNISTA EN EL MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA. PERFIL DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN UN HOSPITAL COMARCAL I. Vallejo Maroto⁽¹⁾ C. González Becerra⁽¹⁾ R. Aparicio Santos⁽¹⁾ M. Ruiz Borrell⁽²⁾ C. Palmero Palmero⁽¹⁾ C. Hurtado⁽³⁾ M. Alvarez Alcina⁽¹⁾ A. Fernández Moyano⁽¹⁾ (1) MEDICINA INTERNA, (2) UNIDAD DE CARDIOLOGÍA, (3) MEDICINA INTERNA DUE. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla.) XXVIII CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA. NOVIEMBRE 2007. BARCELONA.

6. M. Herdman, X. Badia y S. Berra. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. Aten Primaria 2001. 15 de octubre. 28 (6): 425-429.