

**PROGRAMA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN DE PACIENTES  
CRÓNICOS DISTRITO SANITARIO ALJARAFE-SEVILLA NORTE  
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE.**



**DISTRITO SANITARIO ALJARAFE  
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE**

## INDICE

<u>1. INTRODUCCIÓN.....</u>	<u>3</u>
<u>2. CONDICIONES EN QUE SE PLANTEA EL PROGRAMA.....</u>	<u>4</u>
<u>3. DESARROLLO DEL PROGRAMA COMPARTE.....</u>	<u>6</u>
<u>4. ACTIVIDADES DEL PROGRAMA COMPARTE.....</u>	<u>7</u>
<u>4.1. Ingreso sectorizado.....</u>	<u>7</u>
<u>4.2. Estratificación de riesgo.....</u>	<u>8</u>
<u>4.3. Asignación del médico responsable.....</u>	<u>9</u>
<u>4.4. Evaluación y atención integral.....</u>	<u>10</u>
<u>4.5. Seguridad y uso racional del medicamento.....</u>	<u>11</u>
<u>4.6. Homogeneización de procedimientos y planes de cuidados .....</u>	<u>12</u>
<u>4.7. Paciente experto.....</u>	<u>12</u>
<u>4.8. Transferencia al alta.....</u>	<u>13</u>
<u>4.9. Seguimiento proactivo no presencial al alta.....</u>	<u>15</u>
<u>4.10. Atención en el servicio de urgencias del hospital.....</u>	<u>15</u>
<u>4.11. Reagudización en domicilio con ingreso directo en planta de hospitalización...16</u>	
<u>4.12. Recepción del alta hospitalaria / integración de la información en atención primaria.....</u>	<u>16</u>
<u>4.13. Revisión de los datos clínicos en la historia del paciente.....</u>	<u>17</u>
<u>4.14. Primera visita domiciliaria programada.....</u>	<u>18</u>
<u>4.15. Visita a los 15 días tras el alta hospitalaria.....</u>	<u>19</u>
<u>4.16. Visita a los tres meses tras el alta hospitalaria.....</u>	<u>20</u>
<u>5. EVALUACIÓN.....</u>	<u>21</u>
<u>6. FORMACIÓN.....</u>	<u>23</u>
<u>7. ASPECTOS EN DESARROLLO.....</u>	<u>25</u>
<u>7.1. Telemonitorización.....</u>	<u>25</u>
<u>7.2. Cribado nutricional.....</u>	<u>26</u>
<u>7.3. Fragilidad / sarcopenia / rehabilitación.....</u>	<u>27</u>
<u>8. EPILOGO.....</u>	<u>28</u>
<u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE INTERÉS.....</u>	<u>29</u>

## **1. INTRODUCCIÓN**

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

El abordaje de esta realidad 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, hiperfrecuentación de los servicios de urgencias y, consultas en Atención Primaria y, por generar una actividad, a demanda, a priori, no programable en los profesionales sanitarios que las atienden. En el paciente supondrán una disminución gradual y progresiva de su autonomía y capacidad funcional, generando una mayor dependencia. Las EC tienen en consecuencia, 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 que en ocasiones generan sus descompensaciones, siendo un caldo de cultivo frecuente para las interacciones de todo tipo (médicas, farmacológicas, etc.)

Diferentes estudios han puesto de manifiesto esta realidad tanto en Atención Primaria (AP) como en Atención Hospitalaria (AH.) 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 hospitalario (1.)

Ante esta situación se nos plantea la pregunta, ¿está nuestro sistema sanitario preparado para atender esta realidad? La cronicidad nos genera enormes retos y choca con un modelo de sistema sanitario diseñado para la atención aguda, que se ha desarrollado sin tener en cuenta la evolución del patrón epidemiológico de la enfermedad y el demográfico.

El debate está abierto entre los profesionales sanitarios y ha promovido un cambio asistencial que intenta adaptar 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 un modelo integral. Este modelo pretende abordar los necesarios cambios y define en tres esferas, estrategias específicas para ello: 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 cambios relevantes 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 facilitar.

Se pretende por tanto, optimizar los recursos en el proceso de adaptación a esta realidad, entendiendo que nos enfrentamos con una población diana real, altamente vulnerable y *beneficiable* de nuevas estrategias, dando valor a un necesario coprotagonismo entre AP y AH en el manejo, no ya de una entidad nosológica concreta, sino en el reordenamiento de la asistencia en torno a la EC. En este punto, reseñar la ineludible necesidad de evitar las barreras, ofreciendo una participación ACTIVA y en EQUIPO, de todos los profesionales implicados (enfermería, médicos, trabajadores sociales, farmacéuticos, etc., etc.)

En la Comunidad Autónoma de Andalucía, el Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte y su Hospital de Referencia (*Consortio Sanitario Público del Aljarafe-Hospital San Juan de Dios*), construido con esta perspectiva de continuidad y atención integral, lideran un Programa de Atención a Pacientes Crónicos Complejos (Programa COMPARTE.) El programa desde Abril del 2009 prioriza 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 han demostrado eficacia en el control de las EC en distintos ámbitos, tanto estrictamente clínicas, como organizativas y las evalúa de forma periódica. Fue 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 el control y la calidad de vida de nuestros pacientes crónicos.

## **2. CONDICIONES EN QUE SE PLANTEA EL PROGRAMA**

El área sanitaria del Aljarafe está formada por 284.682 personas censadas (Censo a Enero de 2015. 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, 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. Se centra en la participación de los profesionales a través de la figura del Internista de Referencia por Unidad de Gestión Clínica (UGC) o Zona Básica de Salud (ZBS), que

participa activamente en las sesiones clínicas compartidas, 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 punto de partida fue examen del reingreso hospitalario en nuestra área de referencia durante los años 2004-2005 como marcador del grado de control de la EC. 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 esta población (3, 4, 5.)

Nuestro COMPORTE en sí pretende proteger la salud de una población de pacientes, que por sus especiales características y fragilidad, consumo de recursos y necesidad de cuidados, constituyen un colectivo que precisaba de reorganizar su atención.

La búsqueda activa de estos pacientes tanto en AP como en AH, 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 e integral por un equipo formado por enfermeras, trabajadoras sociales y médicos; el seguimiento de los pacientes, aseguran la continuidad asistencial y evita, en lo posible, aquellas reagudizaciones de la EC que pudieran deberse a una falta de adherencia al tratamiento no farmacológico y farmacológico, a una falta de información proporcionada por los profesionales o, a las dificultades del entendimiento de las recomendaciones al alta hospitalaria, tras el episodio de reagudización.

Por otro lado, el empoderamiento del paciente y cuidador, fomentando la formación y educación, aprovechando el ingreso hospitalario y la programación de visitas en el domicilio, por el equipo de salud de AP, pretenden favorecer una mayor implicación en el autocuidado y en el reconocimiento precoz de los síntomas de descompensación y en la actuación con maniobras terapéuticas establecidas con el objetivo de evitar en lo posible reagudizaciones. Paralelamente, la identificación de situaciones de riesgo social en ambos niveles asistenciales mediante una planificación coordinada entre AP y AH 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 AH.

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 la población de pacientes crónicos con inclusión en la Historia Digital del Hospital y del Distrito Sanitario de Atención Primaria.

2) Desarrollar vías clínicas específicas para la Atención de Pacientes con Insuficiencia Cardíaca, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Pluripatológicos y desde el 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. Desarrollo de un plan de acción personalizado.

4) Planificar precozmente el alta hospitalaria mediante el contacto directo entre la enfermera del Hospital y la enfermera de Atención Primaria. Realización y envío telemático de un Informe de Continuidad de Cuidados al alta (ICCAE); uso de un portal informático (PRIHOS) común entre el equipo de atención primaria y el equipo del hospital; potenciar la figura del internista de referencia según nuestro modelo asistencial de trabajo y, asegurar los cauces de transmisión de información mediante el Servicio de Admisión del Hospital.

5) Garantizar la continuidad asistencial interniveles estableciendo circuitos de atención en caso de descompensación y necesidad de intervención no programada con los pacientes incluidos, con implicación de los servicios de Urgencias del Distrito y del Hospital.

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 dirigidas a los profesionales sanitarios de ambos niveles asistenciales aprovechando el entorno virtual de formación del que dispone el Hospital (<http://e-formacion.aljarafe.sjd.es/>) con el

objetivo de aportar las evidencias más recientes que faciliten la actualización y revisión continuada de los procedimientos establecidos.

8) Disponer de herramientas (desde marzo de 2016) para potenciar estrategias de continuidad, seguimiento y educación en determinado perfil de pacientes del Programa, como es la posibilidad de TELEMONITORIZACIÓN en domicilio (<http://www.opimec.org/practicas/4837/telemonitorizacion-de-pacientes-incluidos-en-programa-comparte-con-epoc-yo-insuficiencia-cardiaca/>)

9) Y, evaluar el Programa mediante reuniones periódicas (Grupo Mejora) con indicadores propios establecidos en el procedimiento y cambios en aquellas estrategias que se adapten a las nuevas evidencias.

El Programa ha tenido su reconocimiento externo y ha recibido distinciones a nivel nacional. El premio de la Fundación Avedis Donabedian a la Excelencia en la Integración Asistencial en el año 2012 y el Premio Especial a la Búsqueda de Eficiencias para la Sostenibilidad de las Organizaciones y Servicios Sanitarios (Premios Besoss 2013) otorgado durante el V Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico (MSD y la Sociedad Española de Medicina Interna-SEMI.)

#### **4. ACTIVIDADES DEL PROGRAMA COMPARTE**

El Programa se desarrolla sobre la base de 17 actividades dirigidas a la atención del paciente crónico (Figura 1.)

La arquitectura completa del procedimiento está disponible en <http://www.opimec.org/publicaciones/3029/programa-de-atencion-a-pacientes-con-enfermedades-cronicas-complejas-arquitectura-del-programa-comparte-2/>



Figura 1. Actividades del Programa Comparte.

##### **4.1. INGRESO SECTORIZADO:**

Con el ingreso sectorizado se pretende dar respuesta a la continuidad de la atención de los pacientes por el mismo equipo de profesionales médico-enfermero, durante el

episodio de hospitalización. El ingreso en planta se realiza, en lo posible, según la localidad de procedencia del Distrito Sanitario Aljarafe, como queda recogido en la figura 2.

Ala Hospitalización	Localidades
1ª-Par	
	Mairena
	S. Juan
	Otras zonas
1ª- Impar	
	Sanlúcar
	Espartinas-Aznalcollar
	Benacazón-Almensilla
	Bollullos-Umbrete
	Palomares
3ª Impar	
	Pilas
	Castilleja
	Bormujos
	Gines + C.Guzmán
4-Par	
	Olivares
	Tomares
	Villamanrique
	Otras zonas

Figura 2. Sectorización poblacional.

El administrativo de admisión de Urgencias Hospitalarias dispone de un Protocolo de ingresos en planta donde se recoge la distribución de ingresos por localidades y las alternativas de ubicación en caso de no disponibilidad de espacios.

#### 4.2. ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO:

Tiene como objetivo identificar al paciente e incluirlo en el Programa según las seis categorías actualmente propuestas, a saber:

- Paciente Pluripatológico. Criterios propuestos según el Proceso de Atención Integral al paciente Pluripatológico en su segunda edición. [Consejería de Salud, Junta de Andalucía](#). (1.)
- EPOC grado A y B de la GOLD.
- EPOC grado C y D de la GOLD.
- Insuficiencia cardíaca estadio I y II de la NYHA.
- Insuficiencia cardíaca estadio III y IV de la NYHA.
- Paciente oncológico en situación de cuidados paliativos.

La elección de estas entidades no es casual. Corresponden a las patologías que, en nuestro medio, condicionan con mayor frecuencia ingreso hospitalario en las camas del Servicio de Medicina, como tuvimos oportunidad de identificar y comunicar en el análisis previo al desarrollo del procedimiento durante los años 2004-2005 (3.)

La historia clínica informatizada (TICares) permite la incorporación en el Hospital de la población seleccionada, al Programa (figura 3.) Mediante la selección del criterio correspondiente, el médico de guardia, puede incluir al paciente en el momento de la atención del ingreso en la planta de hospitalización. Esta acción facilita posteriormente la identificación para el resto de los profesionales sanitarios que intervienen y en diferentes entornos, como puede ser el administrativo, el social, el farmacéutico, y el propio médico-enfermero.

Figura 3. Inclusión en Programa

El procedimiento de inclusión es modificable tanto en categoría como en posibilidad de retirada del Programa, a criterio del médico responsable de la atención del paciente durante su ingreso. Se completa con la posibilidad de incorporación, con la misma dinámica, **desde el Área de Urgencias del Hospital** en pacientes que son alta hospitalaria de dicho servicio **y desde AP**, en este caso a través de la historia clínica Diraya/Tass.

#### 4.3. ASIGNACIÓN DEL MÉDICO RESPONSABLE:

El paciente incluido en el Programa se designa, en la medida de lo posible, y siguiendo un protocolo establecido al Internista de Referencia según ZBS o al especialista no interna correspondiente. Esta asignación se realiza en el espacio de la sesión de primera hora de la mañana del Servicio de Medicina. Presentada por el médico saliente de guardia, y en un espacio que incluye diferentes especialidades del Servicio, así como trabajadoras sociales y enfermería. La distribución de ingresos se realiza atendiendo a criterios de complejidad. El objetivo de la asignación de tareas es que cada especialidad aporte el valor añadido que requiera cada paciente, de forma que la

responsabilidad inicial de cada especialidad sobre el paciente, es asignada atendiendo a las características clínicas de este.

#### 4.4. EVALUACIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL:

Corresponde al **médico responsable** durante el ingreso la realización de la valoración clínica, funcional y psicoafectiva según procedimientos y estándares convencionales propuestos (figura 4) así como su registro aprovechando las herramientas específicas existentes en la historia clínica digital.

The screenshot shows a digital form titled 'Valoración Integral' with several tabs: 'Antecedentes', 'Valoración Integral', 'Tratamiento Actual', 'Enfer. Actual/Exploración', 'Exámenes comple.', 'Diag/Plan', and 'Fase Final de la Vida'. The patient's age is listed as 83. The form is divided into sections: 'FUNCIONAL' with dropdowns for Barthel, ECOG, Lawton Brody, and Karnofsky; a text box for 'Dependencia moderada-severa para ABVD. Vive con una hija. FFSS conservadas.'; 'PSICOAFECTIVA' with dropdowns for Pfeiffer and Minimental; 'ESPIRITUAL' and 'SOCIOFAMILIAR' with text input fields; a checkbox for 'Institucionalizado'; 'Ley de dependencia' and 'Grado de dependencia' dropdowns; 'Cuidador principal' text field; 'Vacunación antigripal', 'Vacunación neumococo', and 'Año' dropdowns; 'Oxigenoterapia' and 'VMNI' dropdowns; and an 'Observaciones' text area.

Figura 4. Valoración Integral.

**Enfermería** desarrolla durante el ingreso el proceso enfermero con la realización de la valoración del paciente y los diagnósticos enfermeros, que a su vez generarán los planes de cuidados correspondientes. Seguirá el modelo conceptual basado en necesidades de Virginia Henderson, en la cual se exploraran las distintas dimensiones del paciente (bio-psico-social-espiritual.) Los datos de esta valoración están disponibles en la historia clínica digital, con la posibilidad de consultar datos de interés por el resto del equipo.

**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, trabajo social actúa 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. El registro de dicha actividad también queda incorporado en la historia digital.

#### 4.5. SEGURIDAD Y USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO:

**4.5.1. CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO Y AL ALTA:** mejorar el registro de la medicación domiciliar habitual del paciente es otro objetivo del Programa. Para facilitar esta tarea se dispone de una aplicación informática que permite la identificación del tratamiento (figura 5). Esta revisión sistemática se realiza durante la entrevista clínica al ingreso, con el apoyo de la documentación que el paciente aporta, la visualización de la medicación activa en el Módulo de Receta XXI ([receta informática del Sistema Sanitario Público de Andalucía](#)) y la incorporación automática del tratamiento por la propia aplicación si el paciente ha tenido un ingreso previo en el centro. Tiene como objetivo garantizar la continuidad de tratamientos necesarios durante la hospitalización y concretar los fármacos que se deberán utilizar al alta hospitalaria.

La aplicación informática dispone de un campo para la identificación y recogida de la medicación al alta con la inclusión de los epígrafes *añada, mantenga, suspenda,* y *modifique*, que se volcarán automáticamente en el informe de alta hospitalaria que se entrega al paciente.

Medicación Previa 

	Medicamento	Cantidad	Pauta	Observaciones	Confirmada	
←	Alprazolam 250mcg, comp	1	D-C(CADA 12HORAS)			
←	Losartan 50mg/hidroclorotiazida	1	D			
←	Metamizol 575mg, capsulas	1	D-C(CADA 12HORAS)			
←	Omeprazol 40mg, capsulas	1	C			
←	Megestrol acetato 160mg, sobres	1	D-C(CADA 12HORAS)			
←	Metoclopramida 5mg/5ml, solución oral	5	CADA 8 HORAS (8:00-16:00-24:00)	Tomar 30 minutos antes de las comidas		
←	Otra medicación	1	D-A-M-C	RESORCE 2.0 FIBRE.		
←	Otra medicación	1	D-A-M-C	RESORCE ESPESANTE.		

 **Añadir a Medicación al Alta**

Figura 5. Aplicación Conciliación Medicación

**4.5.2. ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO:** Se pretende seleccionar el tratamiento farmacológico que más se adapte a las características clínicas del paciente en base a la evidencia científica disponible. La realizará el Médico responsable durante el ingreso aplicando las herramientas validadas y disponibles para la detección de situaciones de sobreprescripción (fármacos cuya indicación no es adecuada o inválida), prescripción inadecuada (fármacos que deben evitarse o que no están indicados para determinadas condiciones o patologías), o infraprescripción (medicamentos que debería estar tomando el paciente para tratar o prevenir condiciones o enfermedades concretas, salvo contraindicaciones.) Actualmente las herramientas recomendadas son:

- criterios de [START/STOPP](#). (6.)
- criterios explícitos [de Beers](#). (7.)
- Formación Integrada en la Atención de Pacientes con Enfermedades Crónicas, Intervenciones recomendadas en la ICC y la EPOC. Unidad 6. Disponible en [Opimec](#).

**4.5.3. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO:** Se persigue como objetivo adicional identificar aquellos factores que puedan influir en la adherencia del paciente al tratamiento farmacológico, valorando el perfil de adherencia (cumplidor/no cumplidor) y establecer estrategias de mejora. **Enfermería** realiza antes de las 48 horas del ingreso el cuestionario de Adherencia propuesto (Test de Morisky-Green) al paciente/cuidador. En el informe de cuidados de enfermería, se recoge el resultado global del cuestionario como variable única dicotómica, registrando si/no según tenga o no respectivamente, adherencia al tratamiento. Por otra parte, el **médico responsable** valora al alta completar la información relativa a la prescripción farmacológica aportando efectos fundamentales; posología y duración prescrita; medicación añadida, modificada y suspendida, así como la mantenida y, la relevancia de mantener una adecuada adherencia. Para ello se valdrá de diferentes recursos como la actualización en Receta XXI del tratamiento farmacológico, el propio informe de alta, o el cuadro horario de medicación generado por la aplicación de conciliación terapéutica.

#### 4.6. HOMOGENEIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y PLANES DE CUIDADOS:

El equipo de trabajo **médico-enfermero** planificará las actividades durante la hospitalización del paciente según las guías de práctica clínica adaptadas a las necesidades y características del mismo. Enfermería podrá aplicar, además de la planificación de cuidados generada por la historia clínica digital, planes de cuidados directos para cada una de las entidades del Programa (EPOC, ICC, Pluripatología y paliativo.) Figura 6.

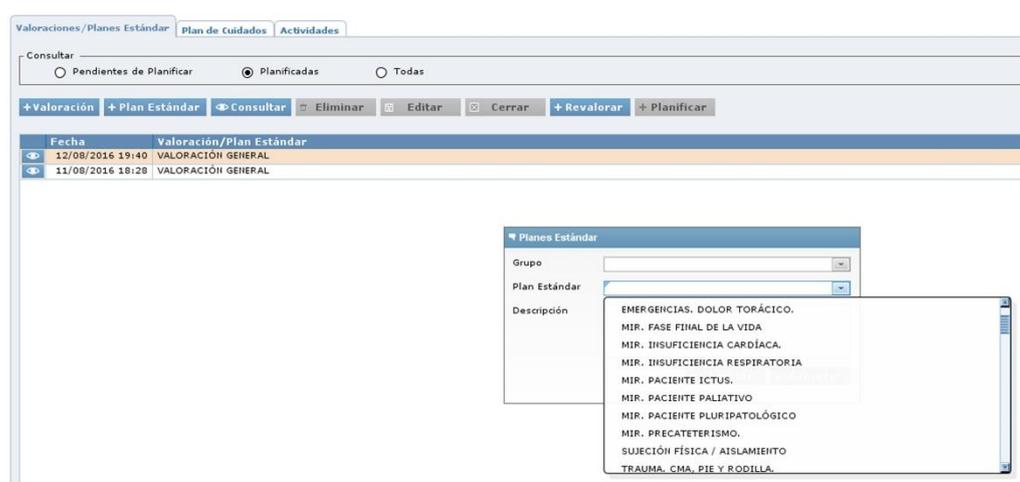


Figura 6. Aplicación de planes de cuidados específicos.

#### 4.7. PACIENTE EXPERTO:

Conseguir que el paciente conozca su enfermedad y la actuación en fase de estabilidad, incluyendo técnicas de administración de fármacos, síntomas de descompensación y actuación ante ellos, es intención fundamental del Programa. La planificación de esta actividad está integrada como una parte más del tratamiento médico y de los cuidados de enfermería, adaptándose al paciente, siempre que se encuentre en la mejor situación clínica para interpretar la información, o en su defecto, al cuidador principal.

Se dispone de una información estandarizada como se muestra en el ejemplo de la figura 7, común que sirve de hilo conductor tanto en AH como AP, para garantizar este aspecto formativo, con una distribución de contenidos a desarrollar según los diferentes profesionales sanitarios. Los conocimientos se delimitan, individualizan o amplían, aprovechando el informe de alta médico y el de continuidad de cuidados de enfermería, así como la web del propio hospital (<http://www.hsja.es/portal/es/2/recomendaciones>) y el canal de enfermería en youtube (<https://www.youtube.com/user/HERIDASHSJA>).

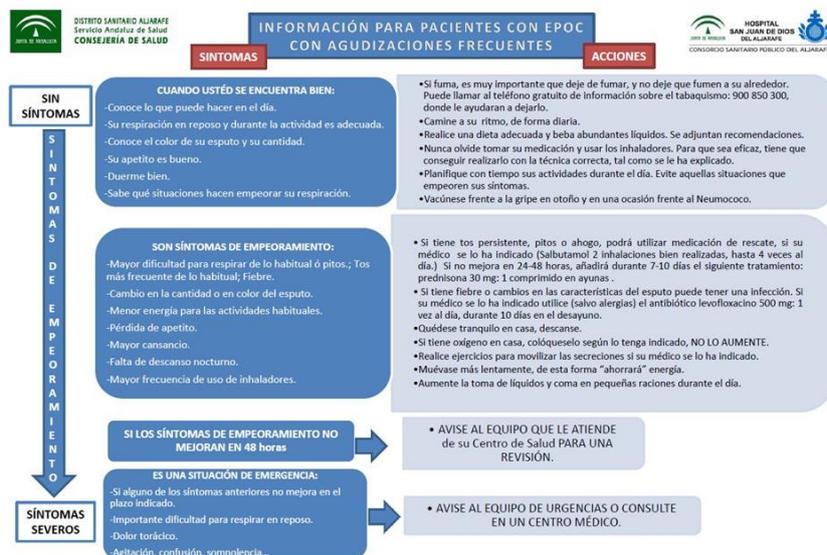


Figura 7. Modelo de información estandarizada para pacientes EPOC

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.

#### 4.8. TRANSFERENCIA AL ALTA:

Una planificación adecuada del alta hospitalaria es un elemento clave del Programa y se realiza en comunicación directa con AP. Durante el ingreso el enfermero responsable, o en su defecto el Coordinador de enfermería, contacta con la [Enfermera gestora de casos](#) (EGC) de AP, 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. Se trata de favorecer la transferencia entre profesionales en contenido y tiempo necesarios para disminuir el riesgo del cambio del nivel asistencial.

El **médico responsable** comunica al enfermero la indicación del alta y completa el informe de alta con el diagnóstico, evolución del proceso y tratamiento a seguir. Si es necesario se incorpora información sobre recomendaciones dietéticas, consejos sobre su enfermedad, recetas de nuevos tratamientos, etc. Se hace con la antelación suficiente para que la información aportada sea atendida, y para facilitar la salida del paciente del hospital en coordinación si es necesario con enfermería y trabajadora social. Adicionalmente se valora la pertinencia de contactar telefónicamente con el Médico de Familia para reforzar la transferencia a AP.

El **enfermero** elabora el Informe de continuidad de cuidados de Enfermería al alta (ICCAE.) Este es un registro que tiene como objetivo servir de soporte documental a la continuidad de los cuidados en aquel paciente que una vez dado de alta, precisa 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. El coordinador de enfermería de planta puede establecer contacto telefónico con la EGC de AP para asegurar la transferencia.

El **servicio de Admisión y los Sistemas de Información** del Hospital completan el circuito con las siguientes actividades:

- Inclusión del informe médico de alta en la plataforma PRIHOS para que esté disponible para su visualización por parte del equipo de AP.
- Envío telemático a la EGC del ICCAE.
- Envío diario del listado de los pacientes incluidos en el Programa, que son alta hospitalaria, a la cabecera de los Distritos.
- Envío diario del listado de los pacientes incluidos en el Programa, que son alta desde la Urgencia Hospitalaria y que hayan consultado por un motivo relacionado con descompensación de su patología crónica.
- Cita presencialmente con el médico de familia a los pacientes incluidos, que son alta hospitalaria, para las categorías IC estadio I, II y EPOC grado A y B a través de la plataforma [Intersas](#).

Los listados se remiten por correo electrónico corporativo y van dirigidos al Director de la Unidad Clínica de Gestión y de la EGC en AP. Estos documentos mantienen la confidencialidad, incluyendo además de los datos de filiación, el médico de alta, el médico de familia y el motivo de inclusión en el Programa. En el caso de que el paciente sea alta habiéndose incorporado en condición de paliativo oncológico, se remite adicionalmente esta información al Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos del Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte.

#### 4.9. SEGUIMIENTO PROACTIVO NO PRESENCIAL AL ALTA:

Tiene como objetivo realizar un seguimiento no presencial al día siguiente del alta hospitalaria en pacientes incluidos en el Programa en la categoría de paliativo oncológico. Lo realiza el enfermero Coordinador de Planta en un plazo que incluye las primeras 48 horas tras el alta, con una llamada telefónica al domicilio de paciente. En dicha atención no presencial se resuelven dudas y se identifica el grado de control de síntomas. Puede movilizar recursos sanitarios si es necesario. Actualmente esta actividad está siendo desarrollada por el [Servicio de Salud Responde](#) de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

#### 4.10. ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL:

La atención a las descompensaciones del paciente ha supuesto incorporar al Programa otro objetivo coordinado con los equipos de urgencias del Distrito y del Hospital. Se ha tratado de 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.

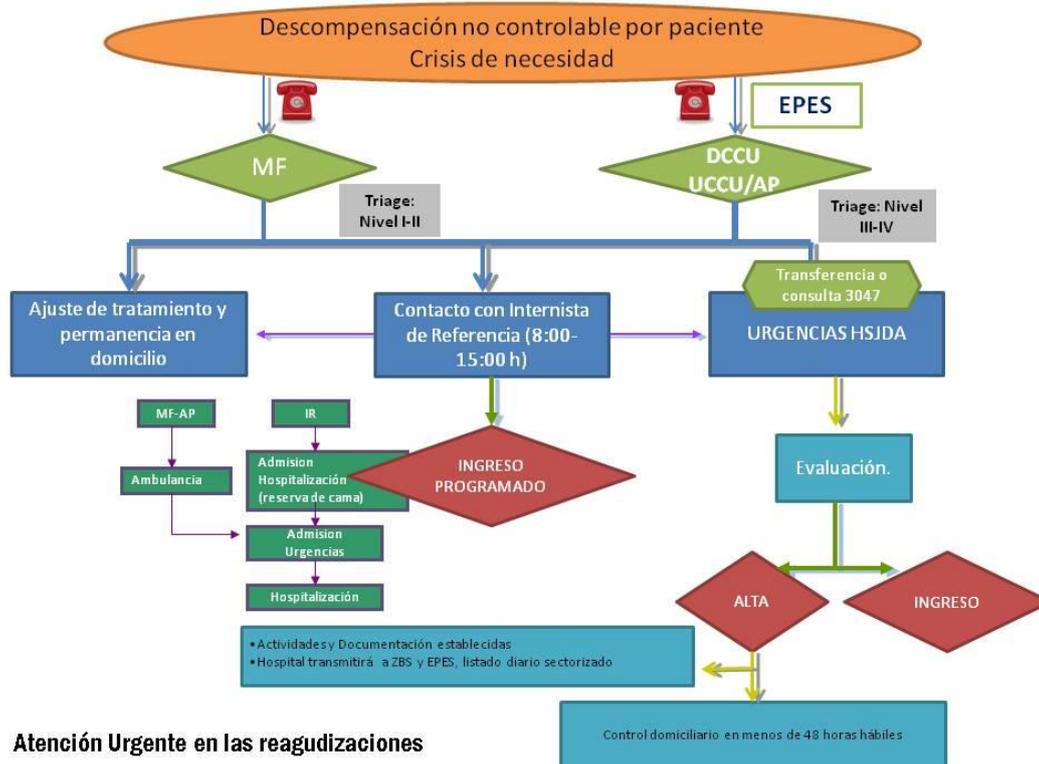


Figura 8. Atención por los equipos de Urgencias.

En caso de descompensación no controlable por el paciente y, en función de la severidad de la misma (figura 8), 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 una atención en régimen ambulatorio; 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 corporativo.)

Los equipos de urgencias del Distrito Sanitario (DCCU/UCCU) en coordinación con la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES) atenderán al paciente en caso de que no fuera posible por el Médico de Familia, en la misma línea organizativa.

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.

La secuencia de actividades tipo del Programa como la atención integral, seguridad y uso racional del medicamento, homogeneización de procedimientos y transferencia al alta, queda protocolizada también en este escenario de la urgencia hospitalaria, con las propias limitaciones de la temporalidad y priorización de la asistencia del paciente.

El matiz diferencial lo aporta la atención de pacientes ya incluidos, que acuden por reagudización de su patología y que, tras estabilización, son dados de alta por la Urgencia del Hospital. En esta situación, en el listado desde admisión a la cabecera de las U.G.C figura “paciente incluido en Comparte que acude por descompensación.”

#### **4.11. REAGUDIZACIÓN EN DOMICILIO CON INGRESO DIRECTO EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN:**

La utilización de este circuito alternativo a la Urgencia Hospitalaria en pacientes incluidos en el Programa, permite al Médico de Familia, una alternativa no convencional para el manejo del paciente y la atención en caso de descompensación. Tiene el beneficio adicional de evitar la saturación de la Urgencia y garantiza la comodidad del paciente. Para ello, el Médico de Familia contactará con el Internista de Referencia según los cauces habitualmente propuestos para consensuar y gestionar el ingreso. Se establece en esta situación, un procedimiento específico mediante el cual el internista gestionará la reserva de la cama así como transmitirá al equipo de Guardia la llegada del paciente; el Médico de Familia solicitará el traslado del paciente en ambulancia si lo precisa, para dar entrada del mismo a través de la Admisión de Urgencias hospitalaria.

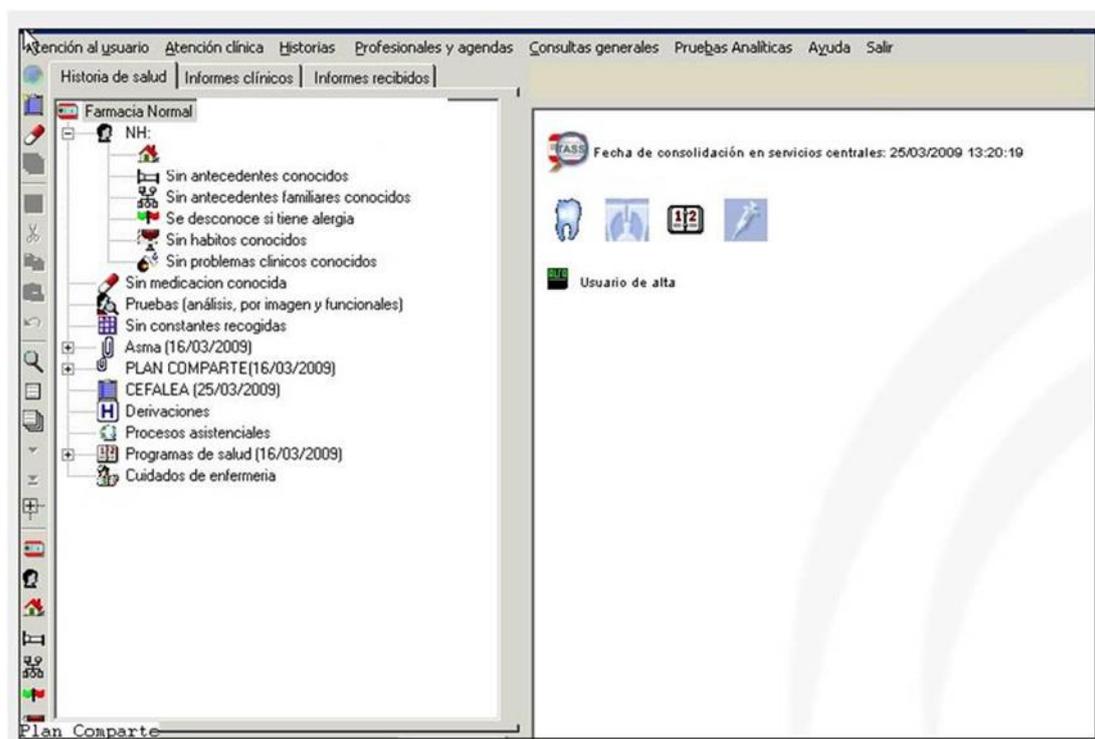
#### **4.12. RECEPCIÓN DEL ALTA HOSPITALARIA / INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA.**

La EGC, el Director de la UGC o el Coordinador de Cuidados son los encargados de transmitir al equipo de profesionales de atención primaria el alta hospitalaria de un paciente incluido en el Programa. Esta información se habrá recibido por correo corporativo desde los servicios de información del Hospital.

La EGC revisa los datos del paciente y comprueba su inclusión en el programa, realizándola si no está previamente. Se abrirá, si no lo está hasta la fecha, el Programa Comparte en la Historia Digital de AP, como programa de salud que permite agrupar la

información clínica del paciente asociada y su rápida identificación en la revisión de la historia clínica.

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”. El informe de alta Médica estará localizado en la aplicación PRIHOS, para su volcado en la Historia de AP.



**Historia Clínica Informatizada Diraya**

Figura 9. Historia Clínica Informatizada Diraya.

#### **4.13. REVISIÓN DE LOS DATOS CLÍNICOS EN LA HISTORIA DEL PACIENTE:**

La revisión en el Centro de Salud de la historia clínica previa a la visita en el domicilio del paciente, permite una primera actualización de datos con reconocimiento de la situación, así como la detección de los posibles puntos débiles en el control de la enfermedad que puedan reforzarse durante la visita domiciliaria. Se realiza especial hincapié en el motivo del ingreso, condiciones al alta y modificaciones realizadas en el tratamiento habitual del paciente, aparición de posibles interacciones, contraindicaciones y duplicidades. Se valora el registro de cumplidor / no cumplidor, en la estrategia de adherencia terapéutica para reforzar la información sobre el tratamiento en la visita.

El **médico de familia** anota en la Historia de Salud los datos clínicos de ingreso con la evolución y diagnóstico al alta. Revisa el tratamiento prescrito con modificación en

Receta XXI si procede (anulación, cambio de pauta, etc.) teniendo en cuenta la posibilidad de interacciones, duplicidades y potenciales problemas de seguridad.

El **enfermero de familia** registra en la historia las modificaciones en los planes de cuidados con codificación NANDA; incorpora, si no estaba identificada, la figura del cuidador principal y el registro en AP de la adherencia terapéutica del paciente.

Se comprueba además 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.

#### **4.14. PRIMERA VISITA DOMICILIARIA PROGRAMADA:**

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, acordándose su realización **dentro de las 48-72 horas hábiles tras el alta hospitalaria.**

Para las categorías IC estadio I, II y EPOC grado A y B del programa, la visita se realizará presencialmente en el Centro de Atención Primaria, en la consulta del médico de familia, gracias a la cita que habrá sido facilitada al alta hospitalaria por el Servicio de Admisión del Hospital.

**Se anota de forma genérica** en todos los casos:

- Anamnesis y estado actual del paciente, en relación con el motivo de ingreso.
- Exploración clínica del paciente y toma de constantes.
- Valoración del tratamiento, revisión de botiquines y confirmación de aspectos relativos al cumplimiento farmacológico. Se informa sobre beneficios, efectos secundarios y posibles dudas.
- Se aplica el protocolo de recomendaciones y cuidados específicos según criterio de inclusión. Si es necesario se refuerzan aquellos aspectos educativos que puedan estar más débiles, utilizando las herramientas educativas comunes propuestas.
- Se pacta con el paciente y/o cuidadores plan de acción a seguir. Constantes a vigilar y signos de alarma que deberán tener en cuenta para iniciar maniobras terapéuticas acordadas así como comunicación de su situación de salud al equipo de atención primaria.
- Se valora la necesidad de una visita por Trabajo Social.
- Se revisa mediante el listado de comprobación correspondiente (figura 10) que se han tratado los objetivos propuestos durante la visita.
- Se valora antes de abandonar el domicilio, la necesidad de una visita a la semana o acordar directamente la atención programada a los 15 días.



**LISTADO DE COMPROBACIÓN**

**1ª visita domiciliaria (48-72 horas)**

<u>REVISIÓN HISTORIA</u>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Tiene abierto Plan Comparte en Diraya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revisión del tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación del cuidador principal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Registro de cumplimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b><u>1ª VISITA PROGRAMADA</u></b>		
Información de problemas de salud y entrega documentos*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Información sobre su tratamiento actual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispone de cuadro horario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se han valorado las actividades básicas e instrumentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se entrega documento de revisión de botiquín	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*: Conociendo y actuando ante la enfermedad (anexos 4-6)



Figura 10. Listado de Comprobación Primera visita domiciliaria.

Una vez recabada la información se procede al volcado de la misma en la Historia de Salud de AP en una hoja de consulta, común o individual, quedando fácilmente identificable para otros profesionales que precisen de revisión de la información.

#### **4.15. VISITA A LOS 15 DÍAS TRAS EL ALTA HOSPITALARIA:**

Según la capacidad del paciente podrá programarse en el domicilio o bien en el centro de salud en agenda del médico de familia y del enfermero de familia. Se realiza en el domicilio de forma simultánea o por separado según decisión del Equipo de Atención Primaria.

En esta visita se aborda la situación clínica del paciente y se comprueba si las recomendaciones aportadas en la visita previa están siendo llevadas a cabo. Se revisa nuevamente el botiquín con revaloración del cumplimiento terapéutico mediante test de Morisky-Green y detectando posibles efectos secundarios. Se realiza un test de calidad de vida ([Euroqold-5D](#)) (8) y se registra la actividad llevada a cabo durante la

visita en el listado de comprobación correspondiente, volcando dicha información en la Historia Digital de AP.

#### 4.16. VISITA A LOS TRES MESES TRAS EL ALTA HOSPITALARIA:

El contenido y forma de esta visita es superponible a la que se realiza a los 15 días del alta hospitalaria incluyendo la realización del test de calidad de vida.

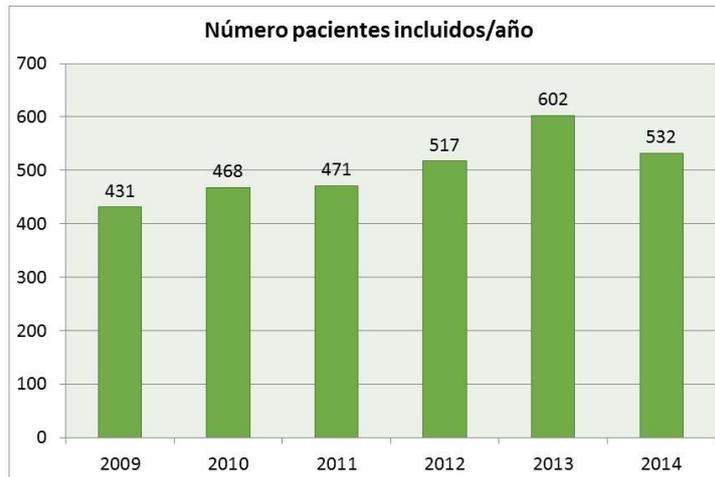
La información se registra en el listado de comprobación correspondiente (figura 11) y se vuelca en la historia digital de AP.

<b>CHECK LIST 3º (visita 3 meses)</b>		
<b>3º VISITA PROGRAMADA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Se ha revaluado el tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se realiza test de Morisky-Green, ¿Cumplidor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se realiza test de Euroqold-5Dº	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se revisa el botiquín	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Existencia de medicamentos caducados: si/no	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Existencia de medicamentos no prescritos (automedicación): si/no	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Existencia de envases de medicamentos en cantidad excesiva: si/no	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Existencia de medicamentos duplicados: si/no	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha revaluado el plan de cuidados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Figura 11. Listado de Comprobación Tercera visita.

## 5. EVALUACIÓN:

Durante los años de funcionamiento del programa y desde Abril de 2009, se han beneficiado alrededor de 500 pacientes/año de la incorporación al Programa (Gráfica 1.) En su mayor proporción pacientes con criterios de pluripatología (Gráfica 2.)



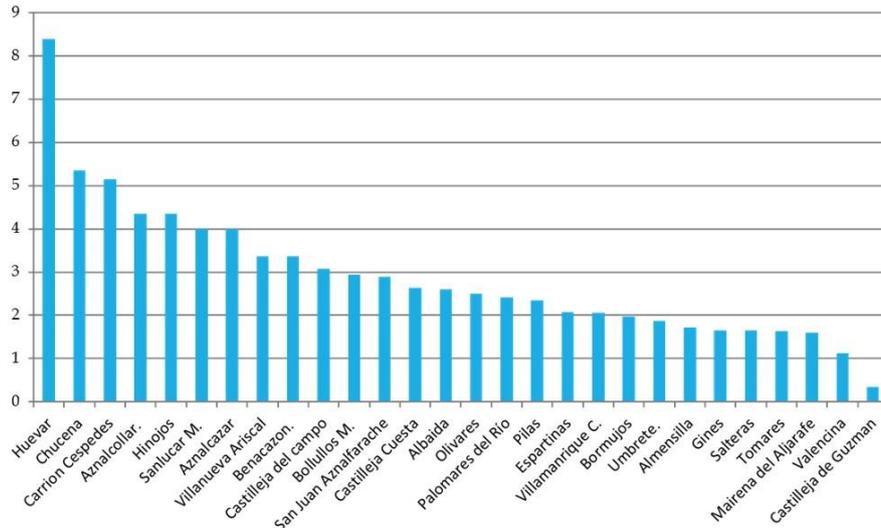
Gráfica 1. Pacientes incluidos en Programa/año.



Gráfica 2. Criterios de inclusión en Programa

La edad media de los pacientes incluidos ha sido de 78,23 (DE: 10,3) años, con una distribución similar de sexos (53% varones y 47% mujeres.)

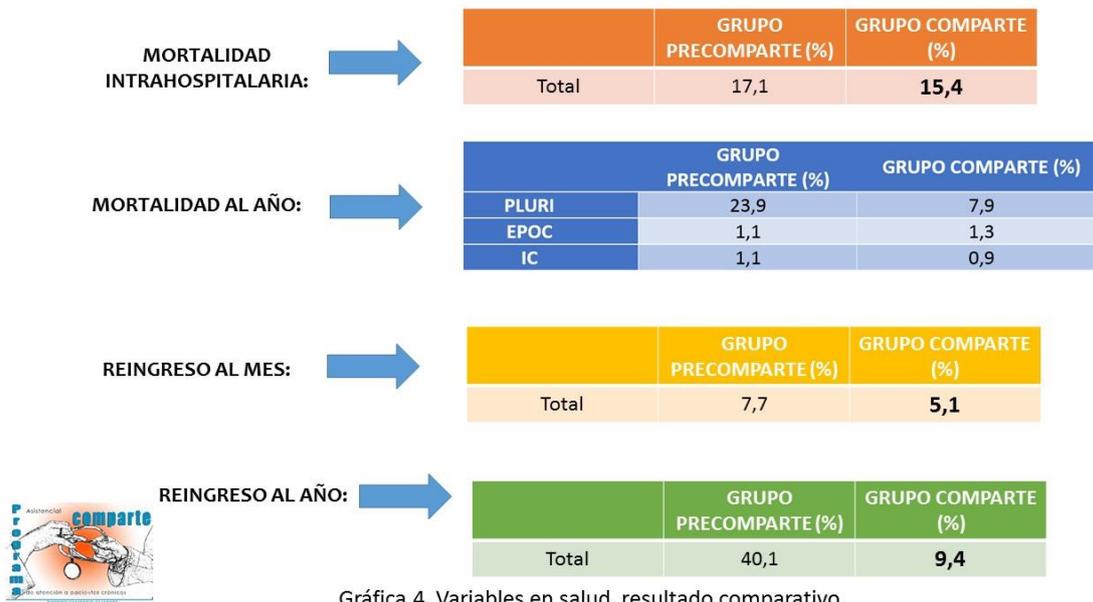
La distribución por localidades en el año 2014 queda recogida en la gráfica 3.



Gráfica 3. Distribución por localidades (Tasa/1000 habitantes) Año 2014.

Se ha realizado un estudio comparativo entre una cohorte de pacientes pluripatológicos, con insuficiencia cardíaca avanzada y con EPOC avanzada durante el año 2008, previo a la instauración del Programa, frente a los pacientes incluidos en dicho programa durante el año 2012.

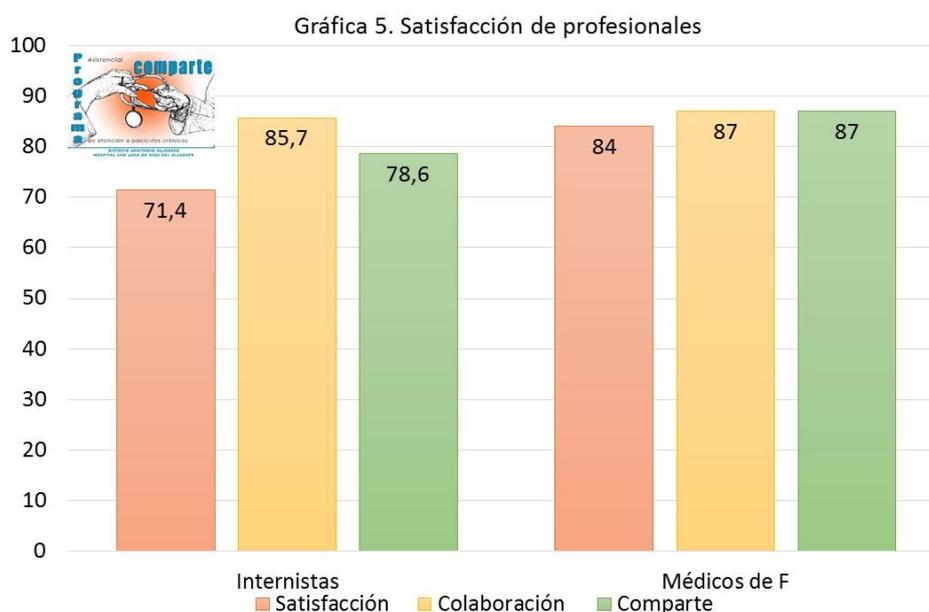
Se analizó edad, estancia media, distribución por localidades de nuestro distrito, reingreso al mes, reingreso al año, mortalidad hospitalaria y mortalidad al año. En relación con variables en salud se identifica (Gráfica 4) un descenso de las mismas tras la puesta en marcha del procedimiento.



Gráfica 4. Variables en salud, resultado comparativo.

Se ha medido el grado de satisfacción de los profesionales sanitarios con el programa mediante una encuesta personal y anónima a los Médicos de Familia de los centros adscritos y a los Internistas de Referencia. Se utilizó un modelo SERVQUAL, evaluando continuidad, calidad asistencial, cooperación, autonomía, accesibilidad, comunicación, competencia profesional y satisfacción con el modelo. La encuesta estaba distribuida en preguntas con respuestas tipo Likert utilizándose el entorno Google-Drive.

Como se identifica en la gráfica 5, el porcentaje de satisfacción global, grado de colaboración y valoración del Comparte, es elevado tanto el grupo de Internistas, como en el grupo de médicos de familia.



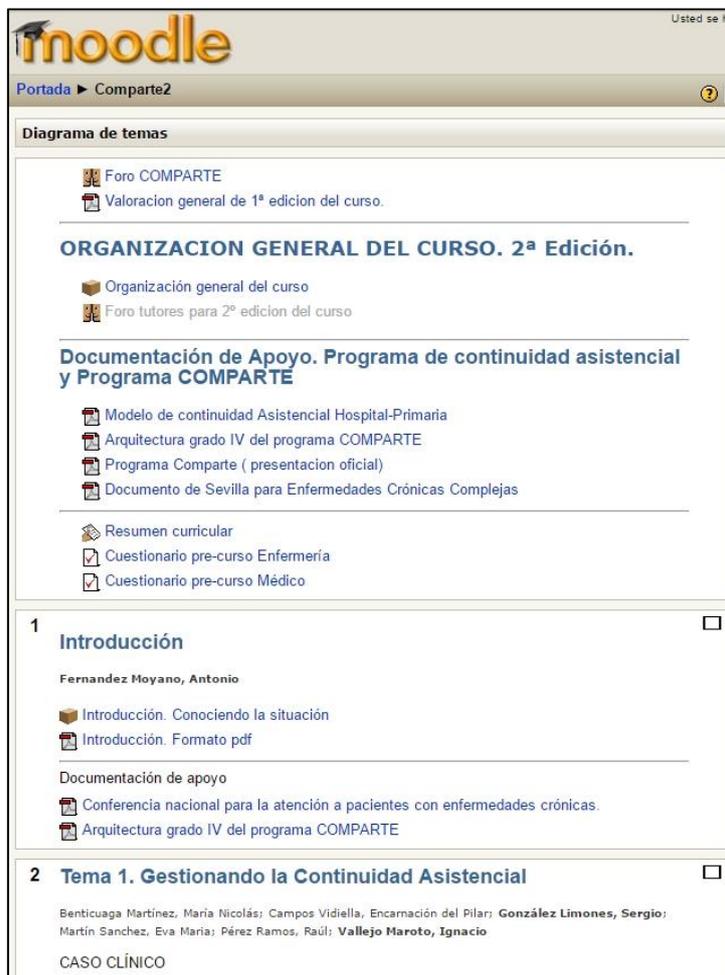
## 6. FORMACIÓN:

Conscientes de la importancia que tiene revisar las evidencias disponibles y mantener una formación continuada para los profesionales que intervienen en la atención del paciente en el Programa, se han realizado, desde la puesta en marcha del procedimiento varias acciones formativas.

Para garantizar una mayor difusión de los conocimientos al mínimo coste y facilitar flexibilidad a los discentes y docentes, el Hospital y el Distrito dispone de una plataforma de formación online propia <http://formacion.aljarafe.sjd.es> que utiliza el software Moodle para el desarrollo de cursos en línea en un entorno virtual de aprendizaje.

En Mayo de 2010 se puso en marcha un curso de Actualización en la Atención de Pacientes con Enfermedades Crónicas (figura 12) que se realizó en dos ediciones donde participaron aproximadamente 500 profesionales tanto de AP como de AH (médicos y enfermeros.) El objetivo fue actualizar los conocimientos y el manejo del paciente en el Programa. Los contenidos fueron desarrollados de forma conjunta por médicos y enfermeros de ambos niveles asistenciales, actualizando las

recomendaciones de manejo terapéutico y de cuidados para los pacientes incluidos en el Programa Comparte. Cada unidad temática incluía un componente teórico y un caso clínico representativo, con preguntas incluidas en el temario que servían de refuerzo. La [Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía](#) acreditó la formación con un total de 5.94 créditos.



The screenshot shows a Moodle course interface. At the top, the Moodle logo is visible, followed by the course name 'Comparte2'. Below this is a 'Diagrama de temas' (Topic Diagram) section. The diagram lists several topics and resources:

- Foro COMPARTE
- Valoración general de 1ª edición del curso.
- ORGANIZACION GENERAL DEL CURSO. 2ª Edición.**
  - Organización general del curso
  - Foro tutores para 2º edición del curso
- Documentación de Apoyo. Programa de continuidad asistencial y Programa COMPARTE**
  - Modelo de continuidad Asistencial Hospital-Primaria
  - Arquitectura grado IV del programa COMPARTE
  - Programa Comparte ( presentación oficial)
  - Documento de Sevilla para Enfermedades Crónicas Complejas
- Resumen curricular
- Cuestionario pre-curso Enfermería
- Cuestionario pre-curso Médico

Below the diagram, the course content is organized into numbered sections:

- 1 Introducción**
  - Fernandez Moyano, Antonio
  - Introducción. Conociendo la situación
  - Introducción. Formato pdf
  - Documentación de apoyo
    - Conferencia nacional para la atención a pacientes con enfermedades crónicas.
    - Arquitectura grado IV del programa COMPARTE
- 2 Tema 1. Gestionando la Continuidad Asistencial**
  - Benticuaga Martínez, María Nicolás; Campos Vidiella, Encarnación del Pilar; González Limones, Sergio; Martín Sanchez, Eva María; Pérez Ramos, Raúl; Vallejo Maroto, Ignacio
  - CASO CLÍNICO

Figura 12. Curso de formación en paciente crónico.

Tras la buena acogida y resultados previos, en el año 2012, se pone en marcha un nuevo curso de formación, esta vez encaminado a la estrategia de prevención de la enfermedad crónica. El objetivo del curso fue mejorar las competencias profesionales en el control de los factores de riesgo cardiovascular mediante el establecimiento de prácticas clínicas eficientes, seguras, multidisciplinarias e interniveles, adaptadas al entorno real de trabajo en nuestro Distrito Sanitario y Hospital.

Los contenidos fueron elaborados por un total de 45 profesionales (médicos de diferentes especialidades, enfermeros de ambos niveles asistenciales y farmacéuticos) abordando un total de 12 áreas temáticas: epidemiología; Herramientas de ayuda a la toma de decisiones; Medicina Basada en la Evidencia y lectura crítica de la literatura; valoración del riesgo cardiovascular global; tabaquismo; hipertensión arterial; diabetes; dislipemia; obesidad; medidas higiénico dietéticas; antiagregación, anticoagulación; adherencia y cumplimiento terapéutico; Uso racional del

medicamento; criterios de derivación, gestión por casos y continuidad asistencial. La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía acreditó el programa de formación con un total de 12,66 créditos.

A partir del año 2014, parte de los profesionales que han intervenido en los cursos de formación anteriores, se han incorporado a las actividades formativas que la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía desarrolla para la formación en enfermedades crónicas. Disponibles en la plataforma [Opimec](#) y desde el marco del Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas (PAAIPEC), abordan de forma periódica la atención a la enfermedad crónica desde la perspectiva del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

## **7. ASPECTOS EN DESARROLLO:**

Sensibles a las nuevas necesidades y fruto de la evaluación continua que se realiza, se han puesto en marcha nuevas iniciativas, algunas de ellas en fase de desarrollo y otras, como la Telemonitorización que se han incorporado recientemente a las actividades del programa.

### **7.1. TELEMONTORIZACIÓN:**

El Programa dispone de una estrategia de atención innovadora para pacientes con criterios de Pluripatología, EPOC o ICC que hayan tenido más de dos ingresos al año, como es la Telemonitorización en domicilio.

Dada la complejidad de este perfil de pacientes, el elevado consumo de recursos sanitarios que condicionan y, teniendo en cuenta, la tendencia que parece identificarse en la disminución del reingreso por parte de nuestro Programa de Crónicos, hemos incorporado recientemente a esta misma línea asistencial esta nueva e innovadora herramienta.

El objetivo fundamental es la mejora de la calidad de vida de los pacientes, disminuyendo si es posible el consumo de recursos sanitarios (número de ingresos hospitalarios y visitas a urgencias/centro de salud), mediante la identificación precoz de las descompensaciones y su manejo. Se persigue facilitar el conocimiento de la enfermedad por parte del paciente y cuidador (dentro de la estrategia de Paciente Experto), para aumentar su autonomía y empoderamiento.

El programa de Telemonitorización, en marcha desde Marzo de 2016, ha supuesto un reto en la atención integral del paciente crónico complejo. Viene a reforzar la interacción entre atención primaria y hospitalaria en nuestro Distrito Sanitario en el marco del sistema sanitario público, al incorporar a otros agentes de salud como la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (061), Salud Responde (diseñado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía para garantizar el acceso a la información, gestión y administración de ciudadanos y profesionales), y la empresa privada LINDLE Healthcare como proveedora de los dispositivos periféricos.

Al incluir al paciente en este programa asistencial, se le suministran los dispositivos necesarios para realizar un control domiciliario diario de diversas constantes que se registran y envían automáticamente a una central. Desde esta, en caso de que haya valores fuera del rango de normalidad y en función de la severidad de los mismos, se activa un protocolo de gestión clínica con actuaciones bien definidas y movilización de los recursos correspondientes (figura 13.)

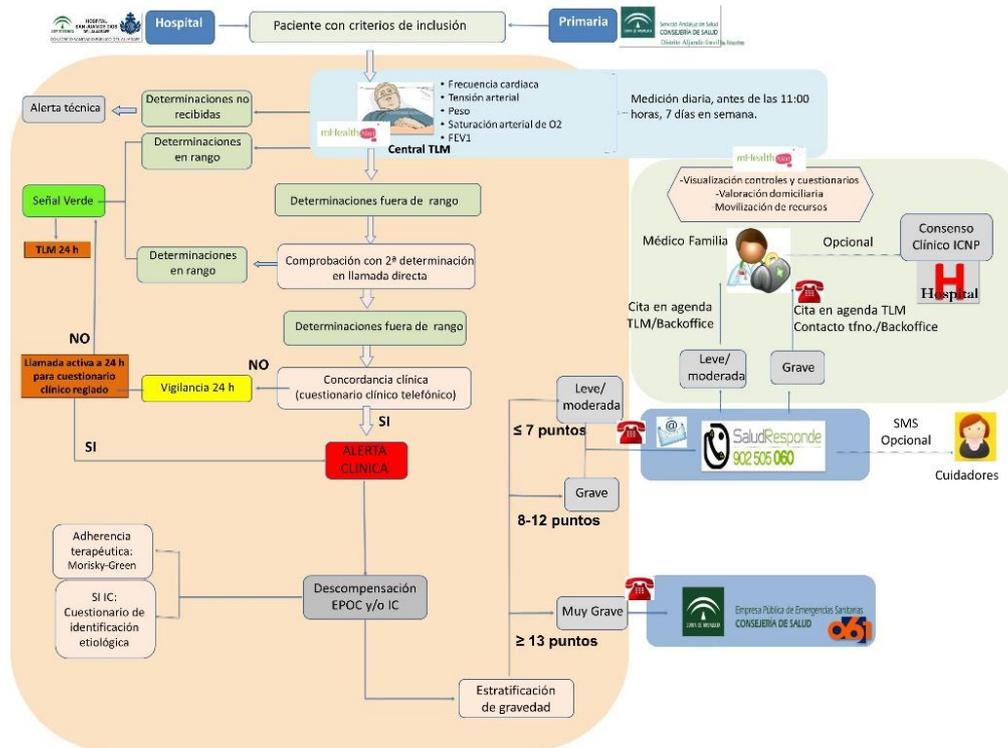


Figura 13. Telemonitorización en Domicilio de pacientes Comparte.

Actualmente en fase de pilotaje en dos de las UGC del Aljarafe (Bormujos y Pilas), ha incluido en su seguimiento a 9 pacientes, y espera ampliarse al resto del Distrito Sanitario para finales del 2016.

**7.2. CRIBADO NUTRICIONAL:** la problemática de la desnutrición y su asociación con la enfermedad crónica es conocida en base a las múltiples referencias al respecto existentes en la literatura médica. Aproximadamente el 80% de los pacientes ingresan en el entorno hospitalario con algún grado de desnutrición, siendo en un 47% de los casos de carácter grave. Según datos recientes, el coste anual de la desnutrición en la Comunidad Económica Europea asciende a 170.000 millones de euros; incrementando en un 30% la estancia en el hospital y multiplicando por 3 el riesgo de complicaciones médico quirúrgicas.

El soporte nutricional debería de formar parte del tratamiento de todos los pacientes y el plan de dicho tratamiento revisarse de forma periódica. La detección precoz de la desnutrición, resulta por tanto imprescindible para poder reducirla mediante una intervención nutricional y evitar sus consecuencias.

Los sistemas convencionales de cribado y diagnóstico de desnutrición lamentablemente consumen tiempo y recursos en ocasiones no disponibles, por lo que se hace necesario la implementación de otros métodos, como los índices pronósticos, que con mínimo coste y sin necesidad de profesionales especializados, identifiquen precozmente pacientes desnutridos con la objetivo de reorientar el trabajo hacia donde sea más necesario. Estos índices resultan de la combinación de varios marcadores analíticos y han demostrado ampliamente en la literatura su utilidad como método de cribado.

En nuestro hospital disponemos del Índice Pronóstico de CONUT (9), herramienta que se ha incorporado recientemente al Programa Comparte, como un elemento más en la atención integral de nuestros pacientes y que se acompaña de un protocolo de actuación multidisciplinar específico que esperamos incorporar mediante algoritmos de actuación similares a los esbozados en la (figura 14) próximamente, en la arquitectura del Programa.

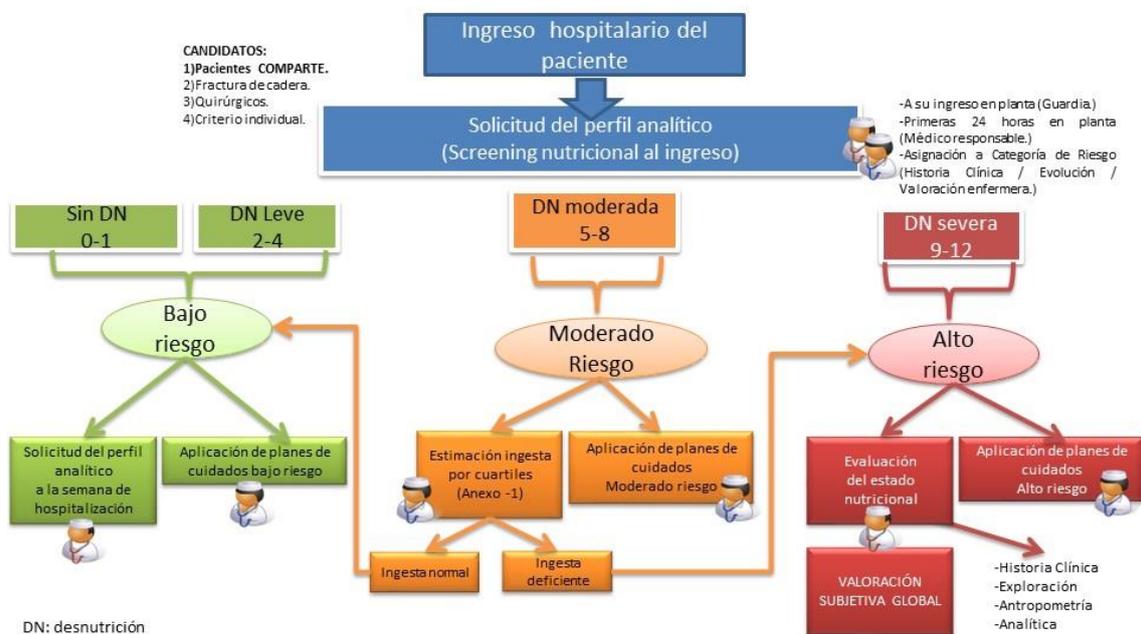


Figura 14. Algoritmo de cribado nutricional en pacientes Comparte.

### 7.3. FRAGILIDAD / SARCOPENIA / REHABILITACIÓN:

Otro de los aspectos de próxima incorporación en el programa es la detección de pacientes ancianos con fragilidad entendida como aquella situación fisiopatológica que predispone a una mayor vulnerabilidad y que antecede a la discapacidad. En nuestro medio entre el 40 y el 60% de los ancianos en la comunidad, y el 20-30% de los ingresados en el hospital, pueden ser considerados frágiles.

Identificar esta población en riesgo va a resultar beneficioso, en tanto se puedan aplicar medidas de promoción de la salud y prevención primaria y secundaria que incorporaremos al programa y que están descritas en la literatura médica (10.)

El objetivo que nos planteamos con esta estrategia es, evitar en lo posible, el deterioro funcional que en muchas ocasiones, va ligado a la hospitalización del paciente. Se pretende incorporar estrategias de rehabilitación combinadas con soporte nutricional para evitar situaciones de sarcopenia y discapacidad, utilizando técnicas de cribado específico e instrumentos validados como puede ser el propuesto por el Hospital Admission Risk Profile (11.)

## **8. EPILOGO:**

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. Se 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 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.

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 Modelo de Continuidad Asistencial de nuestra comarca) 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, así como mejorar resultados en salud, de los pacientes con enfermedades crónicas.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Ollero M (Coord.), Álvarez Tello M, Barón Franco B y cols. Proceso Asistencial Integrado. Atención al Paciente Pluripatológico. Consejería de Salud. Andalucía. 2007.
2. Fernández Moyano A, García Garmendia JL, Palmero Palmero C, García Vargas-Machuca B, Páez Pinto JM, Álvarez 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. Continuidad asistencial. Evaluación de un programa de colaboración entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria. Rev Clin Esp. 2007 Nov; 207(10):510-20.
3. Vallejo Maroto I, Fernández Moyano A, Palmero Palmero C, Aparicio Santos R, Benticuaga Martínez M, González Becerra C, Rivas Cerdeira R, Laorden Machorra M. Servicio de Medicina. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Distrito Sanitario Aljarafe. Estudio del Reingreso en un Hospital Comarcal. En Libro de Resúmenes: XXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna. p. 135-136.
4. González Becerra C, Vallejo Maroto I, Aparicio Santos R, Romero Romero B, Turanza I, Fernández Moyano A. Servicio de Medicina. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Características de los pacientes con EPOC que ingresan en un Hospital Comarcal. ¿Es necesario un plan de Cuidados? En Libro de Comunicaciones: XXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna. p. 263-254.
5. Vallejo Maroto I, González Becerra C, Aparicio Santos R, Ruiz Borrell M, Palmero Palmero C, Hurtado C, Álvarez Alcina M, Fernández Moyano A. Servicio de Medicina. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Papel del Médico Internista en el manejo de la insuficiencia cardíaca. Perfil de los pacientes que ingresan en un Hospital Comarcal. En Libro de Comunicaciones: XXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna. p. 125-126.
6. Delgado Silveira E, Muñoz García MA, Montero Errasquin B, Sánchez Castellano C, Gallagher Paul F, Cruz-Jentof Alfonso J. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009 Sep-Oct; 44(5):273-9.
7. Resnick B, Pacala JT. 2012 Beers Criteria. J Am Geriatr Soc. 2012 Apr; 60(4):612-3.
8. Herdman M, Badia X, Berra S. 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.

9. Ulíbarri Pérez JA, Fernández G, Rodríguez Salvanés F, Díaz López AM. Cribado nutricional; control de la desnutrición clínica con parámetros analíticos. *Nutr Hosp.* 2014; 29: 797-811.

10. Abizanda Soler P, Gómez-Pavón J, Martín Lesende I, Baztán Cortés JJ. Detección y prevención de la fragilidad: una nueva perspectiva de prevención de la dependencia en las personas mayores. *Med Clin (Barc)*. 2010 Nov 20; 135(15):713-9.

11. Sager MA, Rudberg MA, Jalaluddin M, Franke T, Inouye SK, Landefeld CS, Siebens H, Winograd CH. Hospital admission risk profile (HARP): identifying older patients at risk for functional decline following acute medical illness and hospitalization. *J Am Geriatr Soc*. 1996 Mar; 44(3):251-7.