



OMIS

OBSERVATORIO DE MODELOS
INTEGRADOS EN SALUD
DE NEW HEALTH FOUNDATION

Experiencias en Atención Integrada

Integración Sociosanitaria entre los hospitales públicos de Quirónsalud y los Centros Sociosanitarios (Madrid)

Tema: Cronicidad y Cuidados de larga duración. [Otros temas: Deterioro Cognitivo. Discapacidad. Personas Mayores].

Categorías: Servicios. [Otras categorías: Procesos de Gestión (circuitos y protocolos). Gestión y Administración de Recursos. Sistemas de Información y Nuevas Tecnologías. Cambios organizativos].

Organización: Hospitales públicos Quirónsalud. Fundación Jiménez Díaz, Hospital Rey Juan Carlos, Hospital Infanta Elena, Hospital General de Villalba.

Lugar: Madrid, Móstoles, Valdemoro, Villalba (Comunidad de Madrid)

Fecha de inicio: 1/4/2015

Esta práctica continua activa: Sí.



RESUMEN EJECUTIVO

El plan corporativo para la atención integral del paciente domiciliado en residencias, se diseña con el objetivo general de definir el modelo de asistencia integrado al paciente institucionalizado en centros sociosanitarios del área de influencia de los centros de salud de AP cuyos hospitales de referencia son los 4 hospitales públicos Quirónsalud de la Comunidad de Madrid (Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Hospital Universitario Infanta Elena, Hospital General de Villalba). El plan se basa en la creación de unidades específicas en cada centro, formadas por un geriatra y una enfermera, que van a ser los encargados de garantizar la continuidad de cuidados de los pacientes institucionalizados y de actuar de nexo entre Atención Primaria, los centros sociosanitarios y el hospital.

Se ha diseñado una herramienta tecnológica, el portal socio sanitario, que permite el acceso la historia clínica del hospital, una vez que los pacientes hayan otorgado su consentimiento al Hospital, para que esta ceda a su vez el acceso a la historia clínica a los profesionales sanitarios de la residencia.

Se han diseñado también formularios que van a permitir la realización de servicios no presenciales con lo que vamos evitar desplazamientos evitables en algunas de las patologías más prevalentes en nuestros pacientes.

El portal va a permitirnos realizar de sesiones de formación conjuntas, jornadas, procedimientos, acceder a instrucciones de laboratorio, preparaciones de radiodiagnóstico y endoscopia, acceso y modificación de citas y, sobre todo, va a permitir al profesional de cada centro contactar con otros profesionales para solventar cuestiones quedando registro en la historia clínica.

DESCRIPCIÓN

El paciente institucionalizado en residencias es un paciente frágil, pluripatológico, que presenta enfermedades discapacitantes con alto grado de deterioro físico y psíquico y con un alto nivel de dependencia. Suelen ser pacientes polimedcados, complejos, con enfermedades crónicas en fases avanzadas, malnutrición proteico-calórica en el 25-50% de los casos, deterioro cognitivo o demencia entre un 20 y un 40%, y que generalmente presentan reagudizaciones e ingresos frecuentes, lo que genera un elevado consumo de los recursos sociales y sanitarios.

Actualmente tanto a nivel nacional como en CCAA, como la de Madrid, existe una necesidad de reorientar los sistemas de salud y se están desarrollando estrategias para el abordaje a la cronicidad. Los pacientes institucionalizados en centros sociosanitarios residenciales cumplen en un elevado porcentaje criterios de cronicidad, y por las características anteriormente descritas, requieren un abordaje específico, con un seguimiento continuado especializado y una continuidad de cuidados bien dirigida, mediante una coordinación bien organizada de todos los profesionales implicados en su proceso en el centro sociosanitario, centro de salud de Atención Primaria (en adelante AP) y Hospital de Referencia, facilitando así una adecuada y necesaria continuidad asistencial.



En nuestros 4 hospitales públicos del grupo Quirónsalud en la Comunidad de Madrid, el número de residencias asciende a un total de 140, es decir el 26% de todas las residencias se encuentran en el área de influencia de los centros de salud de AP, cuyos referentes son nuestros 4 hospitales públicos, situándose la población atendida en residencias entre el 0,6 y el 2,5% de la población total de referencia asignada a cada hospital, lo que requiere un plan coordinado de actuación.

El plan corporativo para la atención integral del paciente domiciliado en residencias, se diseña con el objetivo general de definir el modelo de asistencia integrado al paciente institucionalizado en centros sociosanitarios del área de influencia de los centros de salud de AP cuyos hospitales de referencia son los 4 hospitales públicos Quirónsalud de la Comunidad de Madrid (Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Hospital Universitario Infanta Elena, Hospital General de Villalba).

Un modelo donde el paciente crónico complejo, frágil, pluripatológico y polimedicado, se sitúa en el centro del proceso asistencial, adelantándonos a sus necesidades asistenciales y de cuidados y las de su entorno de forma proactiva, mediante la comunicación y coordinación de los profesionales sanitarios y no sanitarios de los diferentes niveles asistenciales (residencia, centro de salud, hospital) , gestionando el caso y facilitando a todos los niveles de actuación los medios necesarios para mejorar su calidad de vida a lo largo de todo su proceso asistencial, ofreciendo de este modo una atención diferencial facilitando la continuidad asistencial y de los cuidados, en su lugar de residencia. Mejorar por tanto la calidad, accesibilidad y eficiencia de nuestros servicios sanitarios y la coordinación entre profesionales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Ofrecer una atención diferencial a los pacientes de nuestra área de referencia que se encuentran institucionalizados en los centros sociosanitarios de la zona, proporcionando mejores servicios gracias a la compartición de información y a la reducción de barreras de acceso a los servicios sanitarios
2. Favorecer la accesibilidad y la coordinación entre profesionales de la residencia, centro de salud y hospital
3. Identificación del paciente institucionalizado y conocimiento del número de residencias, población asignada, tipo de gestión, nº de profesionales sanitarios y sociales que dispone, así como los puntos fuertes y las deficiencias de las residencias de cada hospital.
4. Gestionar los recursos asistenciales y sociales en cada hospital por los profesionales de referencia y gestores intra/extrahospitalarios: Geriatra y Enfermera de Enlace (que se coordinan con resto de profesionales)
5. Establecer por los gestores (Geriatra y Enfermera Enlace) la Coordinación necesaria con los profesionales de los centros sociosanitarios y centros de salud de AP, así como dentro del hospital: urgencia, paliativos, rehabilitación, psiquiatría, trabajo social, admisión, hospital de día...
6. Garantizar la permanencia en su lugar de residencia, coordinar el ingreso programado, reducir la urgencia, los traslados no necesarios.
7. Aumentar la seguridad y confianza de pacientes, familiares y profesionales, mejorando la calidad de atención.
8. Unificar y optimizar la solicitud de consultas y pruebas diagnósticas, reduciendo el número de consultas a otras especialidades.



9. Desarrollar Herramientas de Acceso a la historia clínica: Portal Sociosanitario y Portal del Paciente. Desarrollo de formularios
10. Comunicación: Incorporar los medios de comunicación en todas las residencias y sus profesionales sanitarios presenciales/no presenciales con la red de residencias. La telemedicina como una canal más de prestación de servicios: e-consulta, videoconferencia
11. Favorecer la implicación de los profesionales en la continuidad de los cuidados, facilitando la coordinación sociosanitaria entre residencias, centros de salud de AP y hospital
12. Favorecer la continuidad de tratamientos en su lugar de residencia tras la resolución de la fase aguda hospitalaria
13. Mejorar la conciliación de la medicación y eliminación de medicación no necesaria (start/stop)
14. Implicación en la Formación, Rotación e Investigación. Difusión de actividades, cursos, jornadas con participación activa como ponentes de profesionales de hospital, residencias y sus centros de salud.
15. Alinear el Plan de trabajo con la Estrategia de Atención al Paciente Crónico de la Comunidad de Madrid adoptando las mejores prácticas
16. Establecer los indicadores necesarios para su seguimiento.

En alineamiento con la estrategia de atención a pacientes crónicos en la Comunidad de Madrid, se define una unidad hospitalaria de referencia en cada uno de los 4 hospitales Quironsalud, que consta de:

- Geriatra: como gestor y especialista referente intra y extrahospitalario.
- Enfermera de enlace: como garante de la continuidad de cuidados en residencia. Coordinación intra y extrahospitalaria con residencias y con centros de salud.
- Trabajador social: asegurando que la atención de los pacientes y sus familiares sea integral.

ESPECIALISTA REFERENCIA: GERIATRA, GESTOR Y REFERENTE INTRA Y EXTRAHOSPITALARIO

La coordinación e integración de los profesionales entre los distintos ámbitos asistenciales por los que ha de transitar el paciente a lo largo del proceso asistencial, tienen impactos en salud y mejoran la eficiencia del sistema, evitando su deterioro, complicaciones y mortalidad prematura.

Actualmente nuestra realidad muestra que disponemos de un amplio abanico de posibilidades, con residencias de gestión pública o concertadas/privadas, con un tamaño muy dispar, que disponen de profesionales sanitarios 24 horas a solo 2-3 horas a la semana, con una rotación de profesionales importante en algunas residencias y con cambios de titularidad de empresas nada desdeñable tras la crisis. Esto nos sitúa en una realidad que se debe conocer, no tienen la misma realidad dos residencias de gestión similar con nº de profesionales y de residentes similar. Considerar que son iguales puede llevarnos a la confusión. Cada residencia debe ser individualizada con sus puntos fuertes y sus puntos débiles, y el hospital debe ser conocedor de esta realidad y trabajarlo, conjuntamente con los centros de salud. De ahí la importancia de conocer cada una de las residencias que se encuentran en su entorno hospitalario.

El especialista hospitalario que debe ser el referente, gestor, consultor y coordinador del paciente institucionalizado, debe ser el GERIATRA, quien con la ENFERMERA DE ENLACE y el TRABAJADOR SOCIAL de cada hospital han de llevar el liderazgo y la coordinación sociosanitaria para dar visibilidad a una integración sociosanitaria. El geriatra será el consultor del paciente, gestor y coordinador de su atención, será el especialista referente dentro del hospital y fuera del hospital. Requiere una planificación específica en cada uno de los hospitales. En el caso de que no exista el recurso adecuado de geriatría, esta figura la desempeñará un internista de referencia.



Con las herramientas de comunicación establecidas, desde la residencia (o el centro de salud en su caso) contactarán con el geriatra para realizar actividades más proactivas, adelantándonos a su proceso, con la finalidad de facilitarle una adecuada calidad de vida al paciente institucionalizado, evitando empeoramientos, descompensaciones e inevitables urgencias. Es preciso realizar una transformación para adelantarnos a su proceso, valorar los cambios de medicación y o pruebas necesarias que es preciso realizar, proponer un tratamiento en Hospital de Día, un ingreso programado o una valoración puntual en la urgencia. Actuaciones siempre programadas por el geriatra especialista referente. Debemos evitar las actuaciones urgentes o lo no programado y conseguir mejorar la calidad de vida del paciente trabajando desde la proactividad y la continuidad asistencial y de cuidados.

Por ello el Geriatra (y la enfermera de enlace) han de formar un tándem para trabajar en común con estos pacientes institucionalizados, que conforman un % alto de pacientes complejos y necesitados de cuidados, estableciendo el seguimiento y el plan de actuación que se considere necesario para cada paciente, siempre de forma conjunta con los profesionales del centro sociosanitario y el centro de salud de AP. El resto de especialidades se coordinarán con el geriatra para el paciente institucionalizado, intentando que las consultas realizadas a especialidades sean al geriatra y este se coordine internamente con el resto de especialistas de forma muy estrecha con los miembros de la urgencia, oncología, psiquiatría, trabajo social (ver servicios implicados).

En casos muy específicos como el caso de pacientes muy complejos y dependiendo de la disponibilidad de recursos de cada hospital, se contemplará la visita del geriatra/enfermera enlace a la residencia, acompañados de sus referentes del centro de salud que serán informados de la visita, implicándolos en su proceso, para establecer lazos de coordinación a 3 niveles. Es necesario establecer un informe de valoración integral unificado en lo posible, para todas las residencias y una hoja de derivación al hospital definida con unos mínimos indispensables a definir.

ENFERMERA DE ENLACE COMO GARANTE DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN RESIDENCIA. COORDINACION CON RESIDENCIAS Y CON CENTROS DE SALUD

La continuidad asistencial y dentro de ella la continuidad de cuidados, es un importante área de mejora del sistema sanitario para aumentar la calidad de la asistencia y la seguridad del paciente. La enfermera de enlace (E-E) será, junto con el Geriatra, el profesional de referencia del hospital. Realizar visitas conjuntas periódicas a cada centro sociosanitario para establecer contacto directo con profesionales, ofertar servicios de apoyo, determinar canales de comunicación y detectar necesidades, de forma conjunta con los profesionales del centro de salud. Es la garante de la continuidad del proceso asistencial del paciente desde su ingreso hasta el alta hospitalaria, por todas las transiciones asistenciales y se coordina intrahospitalaria con todos los profesionales implicados en su proceso junto con el Geriatra, y extrahospitalariamente con los centros sociosanitarios y sus centros de salud referentes en Atención Primaria, centrados en el paciente, en su riesgo y en su complejidad.



Objetivos específicos: además de los ya especificados se encuentran:

- Garantizar la continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria con los recursos extra hospitalarios, facilitar los recursos materiales necesarios para asegurar los cuidados hasta que se garantice que pueda ser facilitado por los diferentes niveles asistenciales, informando al centro sociosanitario y a su referente en el centro de salud, de la planificación del alta y los cuidados que precisa el paciente, mediante los canales de comunicación establecidos.
- Garantizar el registro y transmisión adecuada de información relativa a los cuidados, mediante el uso de sistemas de comunicación, a los profesionales de la residencia y a sus referentes en el centro de salud
- Normalizar los cuidados disminuyendo la variabilidad en la praxis, independientemente del ámbito asistencial en el que se encuentre el paciente.

La coordinación de cuidados en pacientes institucionalizados a través de la E-E requiere que la comunicación de la información sea rápida, eficaz y segura, para ello es necesario una coordinación intrahospitalaria y multidisciplinar conocida y valorada por todos los profesionales.

La E-E tendrá prioridad y acceso para garantizar las siguientes funciones:

a) Ámbito hospitalario:

- Gestión de citas y ambulancias
- Gestión de ingresos en coordinación con geriatra, especialista referente
- Gestión de coordinación para realizar tratamientos en Hospital de día
- Gestión de altas hasta asegurar continuidad de cuidados
- Gestión de material fungible en coordinación con almacén hospitalario
- Gestión de tratamientos de uso hospitalario en coordinación con farmacia hospitalaria
- Coordinación con Trabajo Social y Atención al paciente en los casos que se requieran
- Establecer Procedimientos y Circuitos de coordinación de cuidados

b) Ámbito extra-hospitalario:

- Detectar necesidades de formación/actualización, coordinando sesiones formativas tanto intra como extra-hospitalarias en la que contará con la participación como docentes con profesionales de los 3 niveles asistenciales
- Facilitar el acceso a rotaciones para conocer servicios y su funcionamiento
- Organizar comisiones/foros para establecer puntos de mejora en la coordinación de continuidad de cuidados
- Facilitar la implantación de videoconferencias/e-consultas para la gestión de casos, dando prioridad al seguimiento de úlceras, como en AP, para coordinación a 3 niveles en seguimiento y material a utilizar.

COORDINACIÓN CON LA URGENCIA, MEDICINA INTERNA, HOSPITAL DE DÍA, TRABAJO SOCIAL Y OTRAS ESPECIALIDADES Y SERVICIOS

En general los pacientes institucionalizados son trasladados a los hospitales de agudos cuando se suman una o varias de las siguientes situaciones:

- situación clínica inestable y deseo del residente/familia/tutor de realizar tratamiento intensivo
- imposibilidad de realizar pruebas o valoraciones diagnósticas imprescindibles
- incapacidad de la residencia o de sus profesionales sanitarios para administrar el tratamiento adecuado
- incapacidad de la residencia o de sus profesionales sanitarios para realizar medidas de control de la infección.
- dificultad para contactar con un especialista de referencia en el hospital que proporcione el apoyo necesario que precisa la residencia o el centro de salud, y que por su ausencia se decide la derivación a la urgencia.



Todos estos motivos son fácilmente reducibles si en el hospital se dispone del apoyo y del soporte necesario que pueda proporcionar seguridad en el seguimiento del paciente, que pueda evitar el traslado innecesario y que pueda solventar la duda, la medicación necesaria, o el material disponible que facilite la continuidad del paciente y su calidad de vida, en su residencia.

El geriatra y la enfermera de enlace, nuevamente surgen como Unidad de referencia. Los especialistas consultores, enfermeras de unidades como curas... pueden servir de apoyo, pero son ellos quienes deben mantener la continuidad. El plan debe ser conocido por todas las especialidades y todos los servicios sanitarios y no sanitarios del hospital. Un paciente ingresado por una fractura de cadera ingresará en Traumatología, pero el geriatra y la enfermera de enlace igualmente deberán estar informados del caso, tanto para la continuidad de cuidados, como para el apoyo a la residencia en la continuidad asistencial y el cambio que esta situación afecta al paciente y su entorno.

La urgencia: del hospital es un punto fundamental, en la estrategia y todos sus profesionales han de conocer e informar del o de los casos que puedan presentarse sin el conocimiento previo del geriatra, para reconducir la situación. Deberá además existir los medios de comunicación necesarios con la urgencia y sus profesionales para en caso de guardia, noches, festivos, disponer de un profesional de apoyo en el hospital correspondiente, urgenciólogo de 24 horas de referencia.

Otras especialidades: Igualmente a la urgencia, todos los profesionales del resto de especialidades deben conocer el plan, y prestar su apoyo, tanto en oncología, paliativos, rehabilitación, psiquiatría, coordinándose con el geriatra y enfermera de enlace en caso necesario.

Trabajador social, Atención al Paciente: El trabajador social debe estar presente en todos los casos necesarios que se precise dada la complejidad del paciente institucionalizado en residencias, y deberá coordinarse internamente con el geriatra y la enfermera de enlace y con el centro de salud.

Admisión: coordinará y unificará prueba o pruebas necesarias para reducir el número de traslados no necesarios y apoyará al geriatra y enfermera de enlace para la gestión de la cita/citas y transporte sanitario que se requiera al alta o de forma programada.

Farmacia y Almacén: Gestionará la necesidad de medicación y material necesario al alta y para la continuidad del tratamiento en residencia que se especifique establecido en cada hospital.

CRONOGRAMA

1. INFORMACIÓN Y DIFUSIÓN A DIRECCIONES ASISTENCIALES DE AP Y DIRECTORES DE CENTROS DE SALUD DEL PLAN CORPORATIVO DE RESIDENCIAS

Desde la Dirección de Continuidad Asistencial, se dará difusión a las Direcciones Asistenciales correspondientes con sus Centros de Salud del Plan Corporativo de Residencias para fomentar el trabajo en común y lograr con la implicación de todos los profesionales la atención integral e integrada sociosanitaria.



2. DIFUSIÓN DEL PLAN CORPORATIVO A TODAS LAS RESIDENCIAS

- Visita a cada una de las Residencias y presentación del plan de coordinación e integración sociosanitaria
- Presentación de los profesionales de referencia: Geriatra y Enfermera de Enlace como garantes de la coordinación y colaboración sociosanitaria
- Conocimiento integral de la residencia: dirección, profesionales sanitarios y no sanitarios, instalaciones y capacidad, salas de curas, rehabilitación y otras instalaciones disponibles, puntos fuerte y debilidades
- Organización de visita conjunta a las instalaciones hospitalarias de dirección y de los profesionales de residencia
- Firma del Documento de Confidencialidad por la Dirección de la Residencia y de los profesionales de residencia.
- Identificación o censo de los pacientes con domicilio en residencia
- Activación en Casiopea 2 del perfil de Paciente con domicilio en Residencia

3. DIFUSIÓN DEL PLAN CORPORATIVO A TODOS LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL

Presentación del Plan a TODOS LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL, a los servicios de trabajo social, farmacia, almacén, admisión, informadores de atención al paciente del hospital y todos los servicios implicados
Conocimientos de los referentes en el Hospital, Geriatra y Enfermera Enlace y presentación de las estrategias de coordinación.

4. ACCESO A HISTORIA CLINICA: PORTAL SOCIOSANITARIO Y PORTAL DEL PACIENTE. DESARROLLO DE FORMULARIOS

- Implantar portal sociosanitario en todos los centros, con el vínculo al portal del paciente/residente. Formación a los profesionales de la residencia en gestionar el alta de residentes en el portal. Firma documento confidencialidad en el acceso y utilización de la información clínica de acuerdo a lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- Accesibilidad a la información clínica para garantizar la continuidad asistencial.
- Facilitar el acceso a los profesionales responsables de la atención de los pacientes institucionalizados en residencias de la información clínica necesaria que garantice la continuidad asistencial; informes de resultados, informes de alta médica y de enfermería, informe de continuidad de cuidados, informe de derivación a urgencias, pruebas de imagen, etc. El acceso actual a la información de citas y resultados de analítica de un paciente se realiza a través del portal sociosanitario. Con la puesta en marcha de este Plan todos estos accesos quedarán integrados en Portal del Paciente/Residente, incluidos los circuitos establecidos para la solicitud de material ortoprotésico, sintromac y anticoagulados, formularios de inmovilizados y formularios de Nutrición Enteral.
- Desarrollar formularios concretos de trabajo entre los profesionales de residencia y profesionales del hospital en las patologías y procesos más prevalentes y complejos:
 - Médicos: Insuficiencia Cardíaca; EPOC; Enfermedad Renal Crónica; Diabetes; Nutrición; Anticoagulados y Sintromac; Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo (Neurología/Geriatría): trastornos de conducta; Enfermedad neurológica con déficit motor (Neurología); Atención al Paciente al final de la vida (Unidad Paliativos); Atención Urgente (Urgencias);
 - Enfermería: Unidad multidisciplinar úlceras y heridas crónicas (Requiere posibilidad de adjuntar imágenes); Terapia IV; Disfagia
 - T Social: Formularios para prescripción de material ortoprotésico).



5. CIRCUITOS DIFERENCIALES DE ATENCIÓN

Implantar circuitos diferenciales de atención al paciente institucionalizado en los siguientes procesos y procedimientos:

- Circuitos específicos Urgencias: Consulta de atención urgente de residentes mediante videoconferencia; Urgenciólogo” de referencia 24 horas; Informe de derivación de la residencia al servicio de urgencias (médico y enfermería)
- Circuito Nutrición enteral: Solicitud de nutrición enteral y dispositivos hospitalarios (circuito endocrino/ enfermera de enlace)
- Circuito ostomías: colocación de PEG, recambio de sondas...
- Circuito oxigenoterapia
- Circuito Visado medicación (neurológicos/psiquiátricos)
- Circuito dispensación de medicación de uso hospitalario
- Protocolización de técnicas de enfermería

6. HERRAMIENTAS DE COMUNICACIÓN: TIC: e-CONSULTA Y VIDEOCONFERENCIA. NUEVOS PROGRAMAS

- Implantar la videoconferencia en las residencias concertadas y privadas y trabajar la e-consulta, en las residencias privadas y concertadas, ya que esta implantación ya se ha realizado con éxito en las residencias públicas.
- Establecimiento de diferentes programas con el objetivo de buscar la excelencia en la atención.
- Implantación de programas específicos para mejorar la calidad de la atención y reducir la frecuencia de traslados a urgencias potencialmente evitables.

PROPUESTAS DE PROGRAMAS ESPECIFICOS PARA EL PERSONAL DE LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS

CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN. START/STOPP

Implantación de programas específicos para mejorar la calidad de la atención y reducir la polifarmacia. Criterios START-STOPP

Las personas mayores son un grupo heterogéneo de pacientes, en el que a menudo coexisten múltiples enfermedades para las que se prescribe un elevado número de medicamentos. No en vano la poli medicación se incluye entre los síndromes geriátricos: en los pacientes polimedcados, el riesgo de sufrir Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM) e interacciones farmacológicas es elevado. Además, el riesgo aumenta con la edad, como consecuencia de los cambios fisiológicos del envejecimiento, los cambios en el comportamiento farmacocinético y farmacodinámico de los medicamentos, y la influencia de las enfermedades, los problemas funcionales y los aspectos sociales. La prevalencia de RAM en pacientes mayores que viven en la comunidad asciende al 35%³. En España, entre un 10 y un 46% de las personas mayores hospitalizadas o que acuden a un servicio de urgencias sufren una RAM. Se estima que las RAM son responsables de hasta un 30% de los ingresos hospitalarios en los pacientes mayores, siendo la principal causa de RAM en ellos la prescripción inapropiada de fármacos y la mala monitorización de tratamientos prescritos.

En este entorno se han publicado recientemente unos nuevos criterios, llamados STOPP-START (Screening Tool of Older Person’s potentially inappropriate Prescriptions/Screening Tool to Alert doctors to the Right, i.e. appropriate, indicated treatment), nacidos en Irlanda, cuyo desarrollo clínico ha sido asumido por la European Union Geriatric Medicine Society. Estos criterios, organizados por sistemas fisiológicos, pueden ser aplicados rápidamente (en aproximadamente 5 min), recogen los errores más comunes de tratamiento y omisión en la prescripción y son fáciles de relacionar con los diagnósticos activos y la lista de fármacos que aparecen en las historias clínicas informáticas de los pacientes. Constan, en realidad, de dos grupos de criterios: los STOPP (por la palabra inglesa “parar” o “detener”) y los START (por “empezar”). Reducir la polifarmacia es de obligado cumplimiento en el seguimiento del paciente institucionalizado, para evitar interacciones, reacciones adversas, somnolencia y posible causa de caídas, y en general para mejorar la calidad de vida del paciente. Actualmente la Consejería de la Comunidad de Madrid ha difundido un documento sobre información de los Medicamentos Potencialmente Inapropiados (MPI) que deben evitarse en personas mayores, así como posibles alternativas.



MEJORAR LA PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA

Implantación de programas para mejorar la prescripción antibiótica fomentando el conocimiento de las resistencias del área. Como ejemplo de estos programas se propone la creación de un protocolo de tratamiento de infecciones urinarias en las residencias.

PREVENCIÓN DE CAÍDAS

Implantación de programas para la prevención de caídas.

FOMENTAR LAS MEJORES PRÁCTICAS

Implantación de programas para fomentar las mejores prácticas según recomendaciones de sociedades científicas. Programa *Choosing Wisely* a través de banners en el portal o posters en residencia.

DOCENCIA, FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

Es imprescindible detectar aquellas necesidades de formación/actualización que se requiere, por parte del geriatra, de la enfermera de enlace, de otras especialidades o desde la propia residencia o centro de salud, priorizándolas de forma conjunta con los profesionales de las residencias y centros de salud.

Es altamente efectiva la implicación de los profesionales de residencias, sintiéndose partícipes del proceso en el hospital y del cuidado de su paciente en la residencia. Por ello se realizarán estas actividades coordinando sesiones formativas y de actualización tanto intra- como extra-hospitalarias que han de contar con la participación como docentes de la Jornada, Curso o Actualización, con profesionales de los 3 niveles asistenciales, hospital, residencia y centro de salud. La implicación de los 3 niveles hará fuerza común para trabajar las debilidades y reforzar los puntos fuertes de cada residencia y su entorno en el seguimiento de su paciente.



EL PORTAL SOCIO SANITARIO

Con el convencimiento de que la eliminación de barreras de acceso del profesional de residencia a la historia clínica y la mejora en la coordinación entre niveles (Atención Primaria, Centro Socio-sanitario y Hospital) va a redundar en una mejora en la atención de nuestros pacientes el plan de residencias establece un objetivo primordial a la hora de aplicar las nuevas tecnologías: abrir la comunicación con apertura de la historia clínica hospitalaria a los profesionales de las residencias, en igualdad de condiciones que al profesional del centro de salud, para favorecer la coordinación entre los niveles asistenciales con el objetivo fundamental de mejorar la atención de nuestros pacientes.

Por este motivo hemos diseñado el “Portal Sociosanitario” con acceso restringido a profesionales sanitarios de residencias con estricto cumplimiento de los requisitos legales en la protección de datos. A través de este portal, los profesionales de los centros podrán acceder a la historia clínica del hospital, una vez que los pacientes hayan otorgado su consentimiento al Hospital, para que esta ceda a su vez el acceso a la historia clínica a los profesionales sanitarios de la residencia.

Se han diseñado también formularios que van a permitir la realización de servicios no presenciales con lo que vamos evitar desplazamientos evitables en algunas de las patologías más prevalentes en nuestros pacientes.

El portal va a permitirnos realizar de sesiones de formación conjuntas, jornadas, procedimientos, acceder a instrucciones de laboratorio, preparaciones de radiodiagnóstico y endoscopia, acceso y modificación de citas y, sobre todo, va a permitir al profesional de cada centro contactar con otros profesionales para solventar cuestiones quedando registro en la historia clínica.

Para acceder al portal se ejecuta desde cualquier acceso a Internet mediante el siguiente enlace: <https://www.quironsalud.es/sociosanitario/es>

Por otro lado, el portal va a permitir la comunicación entre profesionales a través de otra herramienta: la e-consulta.

La e-consulta permite la comunicación interactiva entre profesionales quedando tanto la pregunta como la respuesta integrada en la Historia Clínica del Paciente.

Existe también la posibilidad de adjuntar imágenes como por ejemplo fotos de úlceras, electrocardiogramas, informes de otros centros...Solo se puede adjuntar un archivo por e-consulta. Si queremos mandar varios documentos se puede unificar copiándolo en un archivo Word y guardándolo posteriormente en PDF para poder mandarlo.

En el momento que se envíe la e-consulta, el profesional hospitalario recibirá alerta y será respondida en un plazo de 24-72h.

Es interesante reseñar que, aunque la e-consulta la realice el médico del centro desde atención primaria también van a visualizar esta consulta mejorando de este modo el flujo de información entre profesionales.



PRINCIPALES BARRERAS

1. Resistencia al cambio de los profesionales

La principal barrera es la reticencia de algunos profesionales a los cambios de su entorno informático y que a veces cuesta que los profesionales cambien algunos circuitos previos por otros nuevos. Con la constancia y cuando observan las mejoras que las nuevas tecnologías les dan los profesionales han ido adaptando rápidamente.

ELEMENTOS FACILITADORES

1. Compromiso institucional
2. Compromiso de los profesionales
3. Técnicas de Información y Comunicación (TICs)
4. Difusión/reconocimiento
5. Trabajo en equipo

Sin la apuesta firme de las direcciones de los centros hubiese sido imposible la implantación. Del mismo modo, ha sido imprescindible la colaboración de los compañeros de los centros sociosanitarios ya que sin su estímulo y motivación no hubiese sido posible llevar a cabo el programa.

Del mismo modo, sin un importantísimo desarrollo de nuevas tecnologías y sin contar con profesionales informáticos muy sensibilizados capaces de integrar todas las ideas que los clínicos aportábamos, esta experiencia no hubiese sido posible de desarrollar.



NEW HEALTH
FOUNDATION

CALIDAD SOCIAL Y SANITARIA

ENSEÑANZAS QUE APORTA LA PRÁCTICA

Es imprescindible que los hospitales abandonen actitudes paternalistas tanto con Atención Primaria como con los profesionales de los centros sociosanitarios. El desarrollo conjunto de las herramientas de comunicación es garantía de éxito.

INFORMACIÓN ADICIONAL

- Segundo premio II Foro de encuentro Sociosanitario AMADE.
- Primer premio I Encuentro Continuidad Asistencial Comunidad de Madrid.



NEW HEALTH
FOUNDATION

CALIDAD SOCIAL Y SANITARIA

SEVILLA | 19 DICIEMBRE 2016



NEW HEALTH
FOUNDATION

CALIDAD SOCIAL Y SANITARIA

+34 954 414 785

AVENIDA MENENDEZ PELAYO, 20 4º, 41004 SEVILLA. SPAIN

NEWHEALTHFOUNDATION.

Práctica enviada por: Francisco Javier Martínez Peromingo, el 16 de diciembre de 2016