



Coordinación Primaria-Especializada. Nuestra experiencia en el paciente crónico pediátrico

Juan López Montserrat

*Director Gerente. Complejo Hospitalario
Universitario Insular-Materno-Infantil. Gran Canaria*

En los últimos años, en los países desarrollados, se han producido cambios muy importantes en el patrón de enfermedades como consecuencia de la disminución de las enfermedades infecciosas y los grandes avances científico-tecnológicos, que han conducido a un aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas en pacientes pediátricos. Enfermedades como el asma, la parálisis infantil, las cardiopatías, la fibrosis quística, la diabetes, la espina bífida, la enfermedad inflamatoria intestinal, la epilepsia o el retraso mental, que por separado son poco frecuentes, tienen juntas una carga sanitaria importante ya que pueden afectar a entre el 10 y el 30% de la población infantil.

Las enfermedades crónicas producen importantes impactos derivados no solo de su capacidad de causar muertes prematuras sino también de los efectos adversos que producen sobre la calidad de vida de los pacientes y porque generan un importante efecto económico y social sobre las familias, la comunidad y la sociedad en general. Por ello, este impacto económico, social o sanitario de las enfermedades crónicas en niños y adolescentes nos obliga a una adecuada planificación y organización de la asistencia sanitaria mejorando los servi-

cios sanitarios y adaptándolos a esta nueva situación, de manera que nos permita abordar las necesidades de estos pacientes y proporcionar mejor apoyo a sus familias.

Nuestro sistema sanitario está dirigido, sobre todo, a la atención de los episodios agudos de las enfermedades. Los cambios deberían ir orientados hacia un sistema más centrado en la gestión del paciente crónico.

La enfermedad crónica rara vez representa una condición estática inactiva. Se caracteriza por una situación basal, sobre la que se superponen exacerbaciones agudas intermitentes que requieren cuidados más intensivos. Esto puede generar un aumento en la frecuentación de las urgencias hospitalarias y a hospitalizaciones innecesarias. Otro aspecto a tener en cuenta es la percepción de insuficiente coordinación entre los diferentes profesionales y los distintos niveles asistenciales implicados en la atención de estos niños.

De ello puede deducirse que no basta con aumentar el nivel de recursos, sino que es necesario un esfuerzo adicional para mejorar la comunicación y coordinación entre los profesionales. En innu-

merables ocasiones y en muy distintos foros hablamos de la coordinación entre niveles, si bien parece que estemos refiriéndonos a algo remoto e inalcanzable. La propia organización de los sistemas sanitarios constituye el mayor impedimento para que esto se haga realidad.

En el ámbito nacional y en el de nuestra Comunidad Autónoma son cada vez más las experiencias de atención integral centradas en la Atención Primaria, la coordinación entre niveles asistenciales, con la educación sanitaria como elemento guía y en las que los pacientes y sus familiares tienen un papel fundamental. Por un lado, se han elaborado Planes Regionales de Atención al Niño y al Adolescente Asmático en las CCAA de Andalucía, Aragón, Asturias y Castilla y León; en cuya elaboración han participado profesionales de ambos niveles asistenciales y en los que se definen las actuaciones y recursos necesarios para llevar a cabo estos Planes. También existen experiencias en la gestión a través de la gerencia única de área sanitaria como ocurre en Badajoz, y en nuestra comunidad en las islas de Lanzarote, Fuerteventura, La Palma, La Gomera y El Hierro.

En el Área de Salud de Gran Canaria se han dado una serie de circunstancias que han permitido el desarrollo de un sistema de organización que tiene en cuenta esta necesidad de coordinación, creando la figura del Coordinador entre Atención Primaria y Atención Especializada. Desde finales del año 2004 la Gerencia del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil viene apostando por un modelo de gestión por procesos cuyo eje central es el paciente. Los cambios más significativos que ha incorporado este nuevo modelo son principalmente:

La **transversalidad**, para orientar la actuación de todos los profesionales a los procesos más estrechamente relaciona-

dos con la atención al paciente, creando la figura de los coordinadores de procesos.

La **multidisciplinariedad**, estimulando la participación de todos los profesionales que intervienen en el proceso, incluida la enfermería y área administrativa, al situar al paciente como eje central de todo el proceso.

La **orientación** a la calidad, estableciendo sistemas de evaluación permanente que permitan la mejora continua.

Esta coordinación específica para pediatría en un área de salud concreta, en este caso el Área de Salud de Gran Canaria, no tiene precedente en nuestro país, y a la luz de los resultados obtenidos en tan corto periodo de tiempo se dibuja como la línea de trabajo a seguir.

El objetivo fundamental de esta Coordinación es favorecer la comunicación entre los profesionales de ambos niveles para mejorar la calidad asistencial a nuestros niños y sus familias, mejorando además las relaciones entre los profesionales.

Para conseguir este objetivo, se han propuesto una serie de actividades:

- Definir la cartera de servicios de Atención Especializada y Atención Primaria.
- Elaborar circuitos de derivación.
- Crear modelos de actividades asistenciales compartidos.
- Crear modelos formación MIR compartidos: rotación obligatoria en Centro de Salud.
- Crear modelos de formación continuada compartidos: sesiones clínicas conjuntas, reciclaje de los profesionales, etc.

- Elaborar guías y protocolos consensuados (diagnóstico, terapéutica y derivación)

Definir la cartera de servicios de Atención Especializada y Atención Primaria

En muchas ocasiones los pediatras de Atención Primaria no saben dónde derivar determinadas patologías, donde solicitar determinadas pruebas o a qué prestaciones tienen derecho nuestros pacientes, y de la misma manera, los pediatras del hospital desconocen cómo funciona una consulta de Atención Primaria o un Centro de Salud; o qué prestaciones se ofrecen en este nivel asistencial. Por este motivo, muchos pediatras del hospital desconfían de sus compañeros de Atención Primaria y se sobrecargan con actividades que no son propias de la Atención Especializada, con las consiguientes molestias para el niño y su familia que se tienen que desplazar de manera innecesaria al hospital.

Elaborar circuitos de derivación

Cumplimentar y firmar un documento, como puede ser una hoja de interconsulta, para solicitar una prueba diagnóstica parece que no es nada complicado y que se seguirá el circuito establecido para que el paciente se realice tal prueba y nos llegue el resultado. Sin embargo, muchos de estos circuitos tienen demasiados pasos y, además, no dependen únicamente de que el pediatra, el radiólogo, el analista o el hematólogo lo hagan de manera correcta, sino que intervienen otros profesionales que deberemos tener en cuenta al elaborar estos circuitos. En definitiva, se trata de elaborar circuitos que persigan una finalidad concreta, teniendo en cuenta a todos los profesionales que intervienen en el mismo y,

por supuesto, con el objetivo de mejorar la calidad e la atención nuestros pacientes y sus familias.

Crear modelos de actividades asistenciales compartidos

Que los profesionales de ambos niveles compartan su actividad asistencial es una manera muy eficaz de mejorar las relaciones y de que utilicen criterios comunes a la hora de actuar ante una determinada patología.

Crear modelos de formación MIR compartidos

A pesar de que el 80% de los pediatras en formación terminarán ejerciendo en Atención Primaria, en España se siguen formando excelentes pediatras hospitalarios pero con un desconocimiento absoluto del funcionamiento de los centros de salud y de la pediatría comunitaria. Teniendo en cuenta que la atención a la salud infantil se realiza fundamentalmente en el medio natural donde el niño se desarrolla (familia, medio escolar, comunidad), y puntualmente en el hospital deberíamos considerar la importancia de la formación del pediatra en los centros de salud.

Crear modelos de formación continuada compartidos

Compartir la formación continuada es tan importante para mejorar las relaciones y establecer criterios comunes, como compartir modelos asistenciales: reciclaje de pediatras de AP en el hospital, sesiones clínicas conjuntas, reciclaje de los pediatras hospitalarios en Atención Primaria, asistiendo a actividades formativas propias del ámbito extrahospitalario.

Elaborar guías y protocolos consensuados (diagnóstico, terapéutica y derivación)

La elaboración de protocolos consensuados entre Atención Primaria y Especializada para el manejo diagnóstico y terapéutico de las diferentes patologías, así como para definir los criterios de derivación, ha sido uno de los mayores logros de esta coordinación.

Metodología

Para la elaboración de un protocolo, el primer paso es formar un "grupo de expertos" en el tema que se va a tratar, formado por pediatras de AP, pediatras del hospital expertos en el área específica correspondiente (neuropediatría, alergia pediátrica, endocrinología pediátrica, neumología pediátrica etc.), otros especialistas implicados (ORL, radiodiagnóstico, etc.), el titular de la Coordinación con AP y un representante de la Sociedad Canaria de Pediatría Extrahospitalaria.

El aval de las sociedades científicas para llevar a cabo la puesta en marcha de guías y protocolos de actuación es fundamental para que éstos tengan penetrancia entre los profesionales, y que no lo vean como algo impuesto desde la administración.

Este "grupo de expertos" elabora un borrador del protocolo después de varias reuniones (entre 4 y 10 de promedio), basándose en la Medicina Basada en la Evidencia, en consensos de expertos y guías de manejo nacional e internacional.

Una vez elaborado el borrador se le da difusión entre todos los profesionales de AP y AE, se envía a todos los pediatras y a otros profesionales que atienden a población infantil (Unidades Atención Familiar, médicos de Inciden-

cias, médicos de Urgencias, médicos que realizan Atención Continuada). Una vez difundido el borrador, los profesionales disponen de un mes para hacer aportaciones o sugerencias. Una vez transcurrido este periodo se vuelve a reunir el "grupo de expertos" para valorar las sugerencias y aportaciones de los compañeros y se obtiene el documento final.

Entre los protocolos elaborados se encuentran:

1. Manejo de la obesidad en Atención Primaria.
2. Manejo de la cefalea en Atención Primaria.
3. Manejo del asma infantil en Atención Primaria.
4. Guía para la atención al niño con síndrome de Down.

Resultados

En general, todas las unidades o servicios hospitalarios afectados por alguno de los protocolos puestos en marcha coinciden, a través de sus informes remitidos a esta Coordinación, en los beneficios obtenidos:

- Disminución de la presión asistencial
- Mejora en la derivación de pacientes desde AP.
- Mejora de la calidad asistencial en el nivel especializado
- Posibilidad de regular las entradas al disponer de un documento basado en la Evidencia Científica y en el consenso.
- Mejora en las relaciones con los pediatras de AP.