



Experiencia de la Unidad de Pluripatología del Hospital 12 de Octubre

Jesús Medina Asensio
Facultativo. Hospital Universitario 12 de Octubre

“El ser humano enfermo o sano, ha de ser el eje sobre el que giren todos los sistemas de cuidados de salud (sistemas sanitarios), y por tanto mejorar el bienestar de la población ha de ser el fin último de todas estas organizaciones”.

Marco de actuación

En nuestra Unidad pensamos que para que el enfermo sea el eje sobre el que gira todos los sistemas de cuidados era necesario cambiar de enfoque.

Bajo esta óptica se pretende desarrollar la idea no solo de la coordinación entre niveles asistenciales, sino el de la colaboración en un modelo de atención integral que se constituyera como un continuo asistencial.

Cuando nos referimos a colaboración asistencial y no solo a la coordinación, estamos partiendo del reconocimiento de la situación idónea del médico de familia para desempeñar el papel de agencia del paciente; pero también asumimos que para un amplio número de pacientes que no precisan la alta referencia, pero sí deben ser atendidos con la complejidad hospitalaria. Debie-

ra haber en el hospital un grupo de profesionales (internistas) que actúen como generalistas dentro del hospital y deben jugar un papel de segundo agente puente desde el entorno hospitalario.

Esta segunda agencia complementaria no competiría con la función del Médico de Familia sino que la facilitaría en razón de compartir la visión integradora desde una posición privilegiada, la del profesional hospitalario polivalente, que dispone de los medios diagnósticos de ese nivel y del recurso cama para los momentos necesarios. Este sistema de colaboración sería especialmente eficaz en aquellas formas de enfermar que más recursos consumen, los **enfermos pluripatológicos**, los **crónicos persistentemente sintomáticos** y los **pacientes graves y de difícil adscripción** en fase diagnóstica, **en definitiva el paciente complejo** crónico o agudo.

Un proyecto de continuidad tiene que tener presente que el hospital ha dejado de ser simplemente un hospicio para transformarse en un lugar de concentración de medios diagnósticos y terapéuticos de gran complejidad. La relación con el hospital no puede ser

solo la conexión con la cama, sino el acceso al entorno hospitalario y los **nuevos dispositivos diagnósticos** y terapéuticos que puede ofrecer:

- Unidades de día, que incluye: consultas de alta resolución y de seguimiento de enfermos complejos en fase de inestabilidad clínica y el Hospital de día.
- Soporte intrahospitalario a otras unidades o servicios cuando ingresan enfermos complejos (ingreso dual, a cargo del internista y del cirujano, traumatólogo etc.).
- Unidades de Estancias Cortas.
- Paliativos.
- Hospitalización a domicilio, etc.

Para estos cometidos, al menos en la actualidad, el médico y a veces la enfermera tienen que desarrollar un imprescindible papel de **agencia secundaria** que facilite el desenvolvimiento del paciente en un medio que le es hostil y, por otra parte, solo desde un conocimiento clínico y de las relaciones sutiles que se producen entre los profesionales sanitarios en el seno de nuestras organizaciones, se puede producir la aceleración del proceso diagnóstico que haga rápida la resolución, teniendo como horizonte de excelencia la alta resolución.

Los niveles de presión de urgencias en las áreas médicas se acercan al 80% y esto está provocando en estas secciones situaciones asistenciales caóticas y peligrosas, cada vez más persistentes y menos coyunturales. El contacto que se convirtió en urgente, porque no se atendió a tiempo a nivel de área, suele ser desordenado, con valores añadidos de mayor incertidumbre y tendente a aumentar el bloqueo en los cuellos de botella de las desbordadas admisiones.

Sorprende que no haya capacidad de conseguir una cama sin tener que pasar obligatoriamente por el área de urgencias.

La consulta a iniciativa propia, o el envío con desenlace imprevisible al área de urgencia para ingreso hospitalario suele representar una ruptura de la continuidad asistencial. Este hecho es especialmente dramático en las pacientes que precisan multitud de ingresos. La colaboración entre internistas y médicos de familia debe permitir el acceso directo al hospital de pacientes agudos, o crónicos reagudizados, que requieran cuidados hospitalarios continuos, y cuyo ingreso pueda ser programado y/o demorado. Una vía de acceso directo del médico de familia al entorno hospitalario reforzaría el protagonismo de éste y evitaría la sobrecarga e hipertrofia de los dispositivos intermedios. La colaboración con el internista podría hacer realidad esta vía ya que en la actualidad no solo es el especialista que dedica mayor porcentaje de su actividad a la hospitalización, sino que además desempeña y probablemente desempeñe cada vez más, un protagonismo esencial en las nuevas alternativas asistenciales (Estancias Cortas, Hospital de día, paliativos, etc.).

Salvo en pacientes con síntomas muy órgano específicos y que requieren muy precozmente una actuación unívoca de algún especialista del departamento médico, la mayoría de los **pacientes en fase diagnóstica** pueden ser asumidos por un internista, ya sea para realizar el estudio o para orientar al paciente en el complejo entramado hospitalario. Más aún, en muchos casos no es solo el estudio de un paciente; la consulta a una historia clínica, el acceso a una determinada exploración o la facilidad para recabar la opinión de un experto pueden resolver rápidamente problemas que en la actualidad se eternizan sin visos de solución.

El **enfermo persistentemente sintomático** como forma más vulnerable de la enfermedad crónica compleja necesita de una asistencia con selección positiva y la colaboración entre la asistencia hospitalaria y la comunitaria para asegurar especialmente en ellos la continuidad de cuidado. Existe un reducido núcleo de pacientes que generen un altísimo consumo de recursos sanitarios. Son pacientes que fácilmente caen en una espiral de continuos ingresos y consultas en un proceso de verdadera rumiación de sus problemas.

Finalmente unos planes como estos deben reconocer la competencia diagnóstica y terapéutica de los centros de salud, así como la necesidad de fortalecer esta capacidad para transferir a Atención Primaria muchos de los pacientes que en la actualidad se perpetúan, sin solución posible, en el entorno hospitalario. El aumento de la capacidad diagnóstica de los centros de salud en modo alguno competirá con el internista sino que abrirá nuevas posibilidades de colaboración. De hecho la propia intercomunicación individual y colectiva de nuestros profesionales con sus respectivos centros de salud de referencia se inserta en estos desarrollos. Las **sesiones de caso** en los centros, la comunicación interpersonal cotidiana mejoran de forma evidente esas expectativas.

Nuestro entorno profesional: Organización y gestión

Nuestra Unidad nace por la necesidad de integrar y dar continuidad de asis-

tencia a pacientes con pluripatología que con frecuencia son ancianos vulnerables (frágiles), enfermos polimedicados, pacientes hiperfrecuentadores (consultas de especialidad, urgencias) y pacientes reingresadores en el hospital.

Para ello, es necesaria una **vinculación entre el internista y los médicos del nivel de Atención Primaria, dentro de un marco geográfico y –más importante– poblacional determinado, para la atención sistemática a los pacientes complejos**. Debe existir, por tanto, una relación mantenida entre el médico internista, los médicos del nivel de atención primaria y una población definida de pacientes complejos, y se dispone de un amplio abanico de modalidades asistenciales que permiten garantizar la atención a los pacientes complejos en el momento y lugar más adecuado.

La unidad básica está formada por un internista y el personal de enfermería y auxiliar que cuida de los pacientes complejos en el ámbito hospitalario (unidad de hospitalización y Unidad de Día). La vinculación y trabajo conjunto con los profesionales de Atención Primaria es un requisito básico de su funcionamiento.

La **actividad diaria del internista** en nuestra Unidad se debe desglosar en cuatro partes para poder dar respuesta a los pacientes: camas de hospitalización, unidad de día (consultas y hospital de día), y relación/comunicación con los EAP.

a) **Hospitalización**. Cada internista llevar 6-8 pacientes (media jornada la-

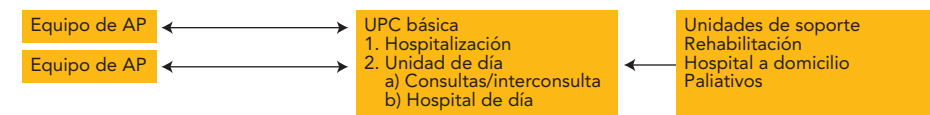


Fig. 1.

boral), no debe llevar más pacientes.

b) Unidad de día. Consulta y hospital de día (media jornada), con atención de 2 pacientes nuevos (uno de urgencias, ingreso evitado) y 3-4 sucesivas (controles de alta precoces, revisiones, control y tratamiento de pacientes pluripatológicos, etc.).

c) Relación con los Equipos de Atención Primaria (EAP).

- Reuniones mensuales con cada EAP.

- Atención telefónica.

Infraestructura. Desde el punto de vista de infraestructura, es necesario que toda la actividad se realice en un área del hospital que todo quede cerca, evitando pérdida de tiempo en los desplazamientos y así poder atender más eficazmente a todos sus pacientes.

Anexo. Unidad de pacientes pluripatológicos y atención médica integral (UPPAMI)

Estructura

- Unidad de hospitalización con 12 habitaciones dobles y 1 habitaciones individuales.
- Unidad de Día (2) con área de recepción y actividad de enfermería.
- Hospital de Día.

Recursos humanos

Se compone de 4 facultativos.

Personal de Enfermería y Auxiliares:

- Supervisora.

- 11 Enfermeras y 9 auxiliares de la Unidad de hospitalización y Unidades de día.

2 Auxiliares administrativos (gestión administrativa y de pacientes de las Unidades de hospitalización, de día y hospital de día).

Celador de planta y Unidad de día.

Distribución del trabajo

Pacientes hospitalizados (25 en la Unidad).

Flujo de pacientes en la Unidad de hospitalización

Ingresos

Durante la jornada laboral de 8 a 15 h los días laborales. Los ingresos los gestiona cada facultativo de la Unidad y pueden proceder de:

- La Unidad de día u hospital de día.
- Ingreso directo de Atención Primaria, previa llamada telefónica donde se comenta el paciente.
- De otra unidad o servicio del hospital.
- De la Urgencia.

A partir de las 15 h y los sábados y festivos, se encargarán los médicos de admisión de decidir el ingreso. Se debe de tener en cuenta:

- Evitar ingresos sociales y si estos se produjeran los enfermos de la Unidad, tendrían prioridad para trasladarse a una Unidad de cuidados mínimos.
- Tendrán prioridad de ingresos los pacientes que pertenezcan a los Centros de Salud que tengan Inter-

nista de referencia (Centros de salud con los que tenemos relación directa).

Altas

Las altas pueden ser:

- Definitivas, resuelto el problema y no precisa seguimiento.
- Seguimiento en la Unidad de día (alta precoz), completar estudio o finalizar tratamiento.
- Seguimiento compartido con el médico de familia (necesidad periódica de transfusión o paracentesis evacuadora, tratamiento intravenoso periódico, cierto grado de inestabilidad clínica pero que no precisa mantener ingreso, etc.).
- Traslados a otras unidades, servicios u otro hospital.

Pacientes en la Unidad de día

Consultas (20-24 diarios)

Los pacientes atendidos en la Unidad de día proceden de:

- Cuatro pacientes nuevos remitidos de Urgencias para estudio preferente y control estrecho, se tratan de ingresos evitados.
- Cuatro pacientes nuevos remitidos desde los CS previamente comentado con el internista de referencia.
- El resto son controles de alta precoces, revisiones, control y tratamiento de pacientes pluripatológicos o complejos que están con cierto grado de inestabilidad y se comparte la atención con su médico de familia.

Se darán de alta de la Unidad cuando:

- Se resuelva el proceso agudo.
- Se realice el diagnóstico y se encauce el proceso.
- Se establezca el paciente en este caso lo controlará y seguirá su médico de familia, hasta que se vuelva a inestabilidad, en neutra Unidad no hay seguimiento a largo plazo en estabilidad clínica.

En la Unidad de día el personal de enfermería:

- Se encarga de la recepción los pacientes que van a ser atendidos
 - Tomará las constantes, valoración del índice de Barthel, peso, talla, realiza la escala de Pfeiffer, valoración dietética, y si cumple con la medicación.
 - Realizará ECG, u otras técnicas que sean precisas, pondrá medicación intramuscular o intravenosa, etc.
 - Se encargará de la gestión clínica (unificación de pruebas y otras consultas)
 - Realizará curas cuando sea preciso.
- El administrativo se encarga de las historias clínicas y de realizar informes clínicos y el resto de las tareas administrativas.

Las pruebas pedidas desde la Unidad de día son tratadas con la misma celeridad que la de los pacientes ingresados (hospital virtual). Hojas con identificación especial de prioridad.

Hospital de día

Los pacientes van a transfundirse periódicamente, se realizan paracentesis, toracocentesis evacuadoras o se pauta

tratamiento intravenoso que precise varias horas de infusión, hierro intravenoso, inmunosupresores.

Partes de interconsulta

Para valoración de seguimiento en la Unidad por pluripatología remitidos de otras unidades o servicios del hospital.

Relación con Atención Primaria

Se realizan sesiones clínicas mensuales en cada Centro de Salud, trabajamos con 11 Centros de Salud de nuestra Área.

Comunicación continua a través del teléfono corporativo, donde se comenta casos clínicos específicos, muchos se resuelven directamente sin que el paciente tenga que desplazarse al hospital (urgencias o consultas especializada), en otros casos se le cita para la Unidad de día (consulta o el hospital de día) con demora pactada entre el médico de familia y el internista; o si la situación lo precisa se programa el ingreso.

Bibliografía

- Gamboa Antiñolo F, Gómez Camacho E, De Villar Conde E, Vega Sánchez J, Mayoral Martín L, López Alonso R. Un nuevo modelo para la asistencia a los pacientes multiingresadores. *Rev Clin Esp.* 2002;202: 187-96.
- <http://www.euro.who.int/observatory/Studies>
- Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Grol R. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *Int J Qual Health Care* 2005;17:141-6.
- Hofmarcher M, Oxley H, Rusticelli E. Improved Health System Performance Through Better Care Coordination. OECD Health Working Paper No. 30. OECD, 2007.
- Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones. Ministerios de Sanidad y Política Social. Madrid. Informes, estudios e investigación 2009. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec02-2.htm>
- Ollero M (Coord.). Médicos de familia e internistas trabajando por una atención integral. SEMI, SEMFYC. 1998.
- Ollero M (Coord.), Álvarez M, Barón B y cols. Proceso Asistencial Integrado. Atención a Pacientes Pluripatológicos. 2ª Edición. Consejería de Salud. Andalucía. 2007.
- Medina J. Unidad de Pacientes con Pluripatología y Atención Médica Integral. Proyecto Fin de Máster. Agencia Laín Entralgo. 2005.
- Hofmarcher M, Oxley H, Rusticelli E. Improved Health System Performance Through Better Care Coordination. OECD Health Working Paper No. 30. OECD, 2007.
- NHS. Modernisation Agency. Learning distillation of Chronic Disease. Management programmes in the UK. July 2004 (www.natpact.nhs.uk).
- Fernández Moyano A, García Garmendia JL, Palmero Palmero C. Continuidad asistencial. Evaluación de un programa de colaboración entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria. *Rev Clin Esp* 2007; 207: 510-520.