



Proyecto de Atención integral sanitaria al paciente crónico

Francesc Albertí Homar

Director Médico sociosanitario de Gesma

El modelo sanitario actual no es capaz de proporcionar una respuesta satisfactoria a las necesidades de los pacientes mayores generalmente afectados de varias enfermedades crónicas, una situación funcional muy disminuida y una alta dependencia. Es preciso articular nuevas propuestas de atención sanitaria que contemplen estos cambios y sean capaces de dar una respuesta a esta nueva y emergente situación.

Cualquier propuesta de atención a los pacientes crónicos debe situar al ciudadano en el centro de la atención y definir el modelo de acuerdo con sus necesidades en cada momento para ello será necesario: 1) La coordinación entre los distintos dispositivos sanitarios. 2) La segmentación de los pacientes crónicos. 3) Establecer circuitos para cada segmento. 4) El cambio de roles de los profesionales. 5) La valoración geriátrica integral y el trabajo en equipo interdisciplinar. 6) Sistemas de información que permitan compartir la información relevante.

Gesma y Proyecto

Gesma, empresa pública sanitaria integrada en el Servei de Salut y depen-

diente de la Consellería de Salut i Consum del Govern de les Illes Balears, especializada en atención sociosanitaria de media estancia y salud mental, cuenta con dos hospitales sociosanitarios: el Hospital General uno de los más antiguos en funcionamiento de España fundado en 1487 y ubicado en el centro de Palma y el Hospital Joan March fundado en 1945 y situado a 14 km de la ciudad.

El proyecto de Atención Integral Sanitaria nace de las inquietudes de profesionales asistenciales de Atención Primaria, del Hospital universitario Son Dureta y del Hospital General contando con el apoyo de los directivos de los centros y del Ibsalut. Se propone una fase de pilotaje con dos centros de salud, Vall d'argent y Son Pizà (30.000 personas) junto con el servicio de Medicina Interna del HUSD y la unidad de Pluri-patológicos del Hospital General.

Los pacientes crónicos durante la mayor parte de su vida son atendidos por su médico de Atención Primaria precisando contactos puntuales con los especialistas de los hospitales de agudos. Con el paso del tiempo y la evolución de sus enfermedades estos contactos se hacen más frecuentes precisando de- en muchas ocasiones ser ingresados

por descompensaciones, pruebas diagnósticas y tratamientos invasivos. En una fase más avanzada dichos ingresos se hacen más frecuentes precisando únicamente tratamiento, cuidados y rehabilitación no estando indicados estudios ni tratamientos invasivos.

Este último segmento de pacientes, el más frágil y dependiente es el que frecuentemente acude a urgencias siendo sometido a repetidas exploraciones y finalmente derivados a distintos servicios o centros hospitalarios a lo largo del tiempo. En definitiva reciben una atención fragmentada por los múltiples episodios, poco accesible, no adaptada a sus necesidades y de alto coste.

Es precisamente con este último segmento de la población, los enfermos crónicos más avanzados en el que Gesma puede aportar un valor añadido.

Proyecto desde la perspectiva sociosanitaria

Desde el ámbito sociosanitario (GESMA) nuestra aportación para este colectivo más avanzado y dependiente a través del programa de atención integrada persigue los siguientes objetivos.

General: Proporcionar continuidad asistencial al paciente crónico avanzado incrementando la coordinación entre los distintos niveles sanitarios.

Específicos: 1) Proporcionar ingreso directo desde la comunidad (domicilio) a los pacientes de programa las 24 horas del día los 365 días al año. 2) Proporcionar continuidad de tratamiento y cuidados a los pacientes de programa mediante equipos interdisciplinares. 3) Proporcionar atención paliativa al final de la vida. 4) Disminuir la frecuentación de urgencias de los pacientes de programa. 5) Evitar repetición innecesaria de exploraciones en urgencias. 6) Pro-

porcionar valoración, tratamiento y cuidados desde el Hospital de día evaluador y terapéutico del Hospital General. 7) Establecer sistemas de información entre los distintos niveles.

Para ello se han establecido:

- **Segmentación atendiendo a criterios clínicos y necesidades:** Pacientes que precisan tratamiento, cuidados y rehabilitación tras descompensación de algunas de sus enfermedades crónicas: 1) Enfermedad pulmonar crónica con limitación del flujo aéreo. 2) Insuficiencia cardíaca/cardiopatía isquémica. 3) Hepatopatía crónica. 4) Deterioro cognitivo avanzado (GDS 6 o superior) que presente procesos infecciosos y/o descompensaciones de otras patologías crónicas. 5) Enfermedad neurológica con déficit motor crónico que presente proceso infeccioso y/o descompensaciones de otras patologías crónicas. 6) Insuficiencia renal crónica. 7) Enfermedad oncológica o hematológica sin tratamiento activo que presenta descompensación de alguna de sus enfermedades crónicas.

Estos pacientes deben cumplir las siguientes condiciones: 1) Dos o más ingresos durante el último año. 2) Deben estar diagnosticados y evaluados no precisando nuevas exploraciones sofisticadas o invasivas: cateterismos, monitorización cardíaca, TAC, resonancias magnéticas, endoscopias, radiología intervencionista, etc. 3) No estar indicados tratamientos agresivos o invasivos: Intervenciones quirúrgicas, angioplastias, ingreso en UCI, ventilación asistida, monitorización cardíaca, medicaciones especiales que precisan controles específicos.

- **Mecanismos de coordinación:** Se utilizan mecanismos de programación y de retroalimentación.

- a) **Programación:** 1) Definido el proceso asistencial en la unidad de pluripatológicos del Hospital general así como sus indicadores clave. 2) Definidos los circuitos de ingreso directo las 24 h. del día y los 365 días del año 3) Formación específica en el área de geriatría y en trabajo en equipo interdisciplinar. 4) Elaboración de guías y protocolos con vocación transversal.
- b) **Retroalimentación:** 1) Comunicación informal: teléfono, correo electrónico, intranet etc. 2) Dispositivos de enlace: equipos de valoración hospitalarios y domiciliarios, enfermera de enlace, reuniones de gestión de casos con medicina interna y centros de salud piloto, Directivos integradores. 3) **Los sistemas de información verticales como Historia de salud** que añadidos a los dispositivos de enlace constituyen una estrategia fundamental en la coordinación interniveles. Estos sistemas permiten el acceso a la información relevante de todos los profesionales de los distintos niveles que intervienen en el continuo asistencial. Ayudan a decidir cuándo es apropiada la derivación de un paciente, evitan repeticiones innecesarias de pruebas complementarias y además proporcionan a los profesionales instrumentos asistenciales que permiten mejorar la calidad del proceso clínico. Dentro de la Historia de salud contamos con el **Registro Sociosanitario** con información relevante de los enfermos en programa sociosanitario, como nivel terapéutico, diagnósticos, tratamiento y episodios previos que permite una correcta gestión de estos pacientes. Sin duda dada la gran cantidad de información que manejamos y la

variedad de profesionales que intervienen en el proceso son instrumentos imprescindibles para la coordinación asistencial.

En definitiva proponemos **coordinación entre distintos niveles sanitarios** con el objetivo de garantizar **atención continuada y de calidad** a nuestros usuarios:

- Una misma manera de trabajar entre los distintos niveles asistenciales, ello implica establecer objetivos asistenciales comunes, desarrollar y utilizar protocolos y guías clínicas y, por consiguiente, trabajar en grupos interdisciplinarios en los que participen representantes de las diversas profesiones sanitarias.
 - Utilización de información única, entendida como el acceso fácil y amplio en todos los niveles asistenciales a la misma información clínica del paciente.
 - Mejora de la comunicación entre los distintos niveles. Para ello es preciso la utilización de las nuevas tecnologías pero ante todo es necesario construir **relaciones personales** entre los profesionales involucrados de los diferentes niveles.
- **Indicadores:** Se han establecido indicadores clave para monitorizar el proyecto.

Nº de pacientes en programa sociosanitario; Nº de ingresos directos de pacientes de programa en Hospital General desde la comunidad; Nº de ingresos de pacientes de programa procedentes de hospitales de agudos; Nº de solicitudes de ingreso de

pacientes en programa no resueltas favorablemente; ganancia funcional de los pacientes de programa al alta.

Finalmente establecer encuestas de satisfacción dirigidas a los pacientes y familiares así como a los profesionales de Atención Primaria y Hospitalaria que intervienen en el proyecto.

Conclusión

La atención sanitaria a los pacientes crónicos constituye uno de los principales retos para la mayoría de sistemas sanitarios y el nuestro no es una excep-

ción. El sistema actual está orientado al diagnóstico y tratamiento de patologías agudas pero no a la pluripatología, la discapacidad y la dependencia progresiva de estos pacientes. Es preciso articular propuestas de integración de los distintos dispositivos sanitarios, como la mencionada, pero es también urgente la coordinación entre la parte sanitaria y social, ámbito en el que transitan nuestros pacientes.

Finalmente, esperamos que proyectos como el expuesto mejoren la atención de los pacientes crónicos y puedan extenderse al resto de población de nuestra isla.