Proyecto estratégico 14. Continuidad asistencial en pacientes crónicos complejos

Responsable Institucional	Responsable técnico	Dependencia Institucional (Sección/Servicio/Consejería)	Estrategias en las que se incluye
Mª Begoña de Poo Meré. Subdirección de Org. de Servicios Sanitarios	Carmen Natal Ramos	Servicio de Coordinación Asistencial y Cuidados, Subdirección de Org. de Servicios Sanitarios SESPA	EAPEC Estrategia de Salud Cardiovascular

Descripción del proyecto

El proceso asistencial de pacientes crónicos complejos requiere de la realización de distintas actividades, que podrían variar según los requerimientos del curso de la enfermedad. Estas actividades las realizan diferentes actores: pacientes, cuidadoras informales, profesionales de la salud (diagnóstico, tratamiento, cuidados y rehabilitación) y profesionales de servicios sociales. Se pueden realizar en diversos ámbitos -domicilio, consultas de Atención Primaría (AP), Hospital,...- así como en diferentes circunstancias (estabilización de la enfermedad, agudizaciones, intercurrencias...). Todo ello requiere que el proceso sea eficiente y coordinado.

Esta labor de coordinación no puede recaer más que en la Atención Primaría dado el carácter longitudinal de la asistencia que ofrece, su proximidad al entorno más inmediato del paciente y su configuración en equipos multidisciplinares (medicina, enfermería, fisioterapia y trabajo social).

Para lograr una atención coordinada se han de elaborar vías clínicas y protocolos, teniendo en cuenta la disponibilidad de la Historia Clínica Resumida de Salud, las nuevas tecnologías de la comunicación entre profesionales, la telemedicina y la utilización de objetivos asistenciales comunes entre la Atención Primaria, la Atención hospitalaria y la Salud Mental plasmados en acuerdos de gestión asistencial.

Dada la frecuencia de pluripatología que presentan los pacientes crónicos (asociada al envejecimiento) resulta recomendable la potenciación de los Servicios de Medicina Interna hospitalarios y de Geriatría, en su caso. Así como la designación clara de especialistas de las diversas patologías como consultores de referencia para los Equipos de Atención Primaría puede ser de utilidad.

También las personas ingresadas, dada su complejidad y fragilidad, exigen un abordaje integral que se pierde desde de las perspectiva de las especialidades. Este problema es más notable quizá en las especialidades quirúrgicas, pero existe también en las médicas. La modalidad organizativa más frecuente en nuestro país es la denominada internista consultor permanente en especialidades quirúrgicas.

Objetivos

Este proyecto pretende garantizar la atención integral, segura y eficiente a pacientes crónicos, en especial aquellos de mayor complejidad y/o pluripatología, en el ámbito mas adecuado y por los profesionales que mejor puedan dar respuesta a sus necesidades

Plan de trabajo 2014/15					
Acciones	Metas		Plazo límite		Fuentes de información
	2014	2015	2014	2015	
1. Definir población diana de los circuitos asistenciales para pacientes crónicos complejos	Sí		Diciembre		OMI-AP/SELENE/MILENIUM
2. Diseñar circuitos asistenciales para pacientes crónicos complejos		Sí		Marzo	Documento
3. Implantar el cribado de retinopatía diabética en todas las áreas sanitarias	Si		Diciembre		OMI-AP/SELENE/MILENIUM
4. Establecer protocolos de continuidad asistencial entre Atención Primaría y Salud Mental en el manejo de los trastornos de adaptación a las enfermedades crónicas.		Si		Diciembre	OMI-AP/SELENE/MILENIUM
5. Revisar el protocolo de actuación al paciente polimedicado, centralizando en el equipo de Atención Primaría el control de la medicación.	Si		Diciembre		Protocolo actualizado
6. Protocolizar la valoración geriátrica para el manejo de pacientes crónicos complejos que acuden a las urgencias hospitalarias.		Si		Mayo	Protocolo
7. Implementar sistemas organizativos que permitan consultas y revisiones presenciales y no presenciales coordinadas entre profesionales de AP y especialistas.	Si		Diciembre		Documento
8. Desarrollar la gestión de la continuidad de cuidados a través de las figuras de Enfermería de Continuidad de Cuidados de cada área sanitaria.	Si		Diciembre		Documento
9. Implementar estrategias de planificación de ingresos y altas hospitalarias.		Si		Diciembre	Procedimiento
10. Establecer protocolos de coordinación para la atención continuada de 24 horas entre todos los dispositivos implicados, especialmente para pacientes paliativos y crónicos complejos.	Si		Diciembre	Mayo	Protocolo
11. Establecer reuniones de coordinación entre el equipo de atención primaría y las unidades de apoyo, como por ejemplo fisioterapeutas y trabajadoras sociales.		Si		Junio	Memoria anual SESPA

Bibliografía y/o documentación de apoyo

World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies. Assuring the quality of health care in the European Union: a case for action. Legido-Quigley H, editor. Copenhagen: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.

Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? J Fam Practice. 2004;53(12):947-80.

Mitton CR, Adair CE, McDougall GM, Marcoux G. Continuity of care and health care costs among persons with severe mental illness. Psychiatr Serv. 2005;56(9):1070–6.

Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. Ann Fam Med. 2003;1(3):134-43.

Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. Ann Fam Med. 2004;2(5):445-51.

Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. Ann Fam Med. 2005;3(2):159-66.

Worrall G, Knight J. Continuity of care for older patients in family practice: how important is it? Can Fam Physician. 2006;52:754-5

Suter E, Oelke ND, Adair CE, Armitage GD. Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration. Healthc Q. Oct 2009;13(Spec No):16–23.

Freeman G, Hughes J. Continuity of care and the patient experience. London: The King's Fund; 2010.

Kringos DS, Boerma WG, Bourgueil Y, Cartier T, Hasvold T, Hutchinson A, et al. The european primary care monitor: structure, process and outcome indicators. BMC Family Practice. 2010, 11(1):81.

Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ. 2003;327(7425):1219-21.

Crooks VA, Agarwal G. What are the roles involved in establishing and maintaining informational continuity of care within family practice? A systematic review. BMC Family Practice 2008;9(1):65.

Carrier E, Gourevitch MN, Shah NR. Medical Homes: Challenges in Translating Theory Into Practice. Med Care. 2009;47(7):714–22.

Berta W, Barnsley J, Bloom J, Cockerill R, Davis D, Jaakkimainen L, et al. Enhancing continuity of information: essential components of consultation reports. Can Fam Physician. 2009;55(6):624-5.e1-5.

Agarwal G, Crook VA. The nature of informational continuity of care in general practice. Br J Gen Pract. 2008;58(556):e17-24.