

**INTEGRACIÓN ASISTENCIAL
DEL PACIENTE
INSTITUCIONALIZADO
PROYECTO ARTAI
(2018-2020)**

**HOSPITAL DE DÍA DE PROCESOS DE
GERIATRÍA**

INDICE

Indice	1
Indice de tablas y figuras	2
Resumen general	3
Presentación y propósitos del estudio	4
Justificación	11
Desarrollo del marco teórico	12
1. Modelo de atención actual	13
2. Nuevo modelo atención al paciente institucionalizado en el Hospital de Día Geriatría	14
1ª FASE:	14
- Recursos humanos y físicos	14
- Captación y selección de pacientes	14
- Coordinación asistencial del HDG	15
- Calendario de implantación del proyecto	16
- Metodología del trabajo	17
- Flujograma	18
2ª FASE:	19
- TELEA y comunicación asíncrona	19
Evaluación del proceso	20
Resultados 2017-2019	22
Aplicabilidad y utilidad clínica	23

Bibliografía	26
Anexos	28

INDICE TABLAS Y FIGURAS

Figura 1. Pirámide Kaiser ampliada

Figura 2. Pirámide definida por el modelo Kings's Fund en el Reino Unido

Figura 3. Pirámide estratificación del SERGAS

Figura 4. Mapa sanitario Área Saniatria de Lugo, A Mariña e Monforte

Figura 5. Residencias Sociosanitarias seleccionadas para el proyecto

Figura 6. Flujograma circuito asistencial

RESUMEN GENERAL

El modelo convencional de Hospital de Día de Geriatría es un modelo basado en la Rehabilitación y en el mantenimiento de la funcionalidad del paciente para evitar la discapacidad y dependencia.

Con una descripción de la situación actual, análisis de los elementos necesarios y las barreras para una adecuada integración entre ámbitos asistenciales, se realiza en este proyecto una propuesta de integración asistencial del paciente institucionalizado a través del hospital de día de procesos de Geriatría entre cuatro residencias sociosanitarias y el servicio de Geriatría y el Área Sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte.

El servicio de Geriatría del HULA llevará a cabo un seguimiento proactivo y de atención compartida de pacientes institucionalizados captados y seleccionados de la pirámide de Kaiser de las residencias sociosanitarias, según el nivel de estratificación y fragilidad de los pacientes.

Este procedimiento se realiza a través del hospital de día de procesos de Geriatría donde la agenda de trabajo será la herramienta fundamental y se establecen circuitos de coordinación con RRSS, Servicio de Urgencias, unidades de hospitalización y Atención Primaria, con criterios de derivación consensuados entre profesionales y con un papel relevante de la enfermera gestora de casos.

Se elaborará una evaluación de resultados de la implantación de esta estrategia con:

- 1º.- Análisis de resultados
- 2º.- Encuesta on-line a profesionales implicados y
- 3º.- Encuesta de satisfacción a pacientes

El período de realización abarca entre el 15 de diciembre de 2017 hasta la fecha.

CONCLUSIONES:

Los objetivos de la implantación de esta estrategia son:

- Aplicar escalas de fragilidad y establecer modelos de estratificación que permita dar a los pacientes institucionalizados la mejor atención en el nivel asistencial más adecuado a su situación basal.

- Mejorar la continuidad asistencial de los pacientes institucionalizados
- Reducir la estancia media de pacientes institucionalizados en la unidad de agudos de Geriatría
- Potenciar el manejo ambulatorio del paciente institucionalizado a través del hospital de día de Geriatría

PRESENTACIÓN Y PROPÓSITO DEL PROYECTO

Los Hospitales de Día de Geriatría (HDG), han formado parte de la Geriatría desde los años 50, década en la que nacieron en Inglaterra. Se convirtieron en una parte fundamental de la especialidad, por relacionar los servicios hospitalarios con los servicios comunitarios.

Actualmente, la mayoría de los Geriatras consideran que el papel más importante del HDG es la Rehabilitación, bien tras el ingreso hospitalario por un proceso agudo, o bien tras alguna eventualidad en el domicilio. La rehabilitación es el proceso de restauración hasta su grado óptimo de función y cognición deteriorada a consecuencia de la enfermedad. Sin embargo, en algunas Comunidades desempeñan un papel dirigido a la función social, como un Centro de Día que sirve de descarga a los cuidadores. Asimismo, son utilizados para realización de procedimientos médicos, pruebas diagnósticas e incluso tratamientos. Los Hospitales de día así diseñados hasta ahora han demostrado mejorar la función, la cognición y disminuir tanto los ingresos hospitalarios como la mortalidad, esto conlleva a un menor coste.

En España los HDG se han desarrollado e implantado progresivamente en todos los Hospitales en donde hay especialidad de geriatría. El objetivo principal de éstos es la rehabilitación, el mantenimiento de la funcionalidad del paciente para evitar la discapacidad y dependencia¹.

Tradicionalmente, el campo de acción de la Geriatría se ha enmarcado en el concepto de **«paciente geriátrico»**, definido como aquel que cumple tres o más de las siguientes condiciones:

- -Generalmente mayor de 75 años.
- -Pluripatología relevante.
- -Alto riesgo de dependencia.

- -Presencia de patoloxía mental acompañante o predominante.
- -Presencia de problemática social en relación con su estado de salud.

Aunque estos pacientes siguen siendo el núcleo central de la especialidad, actualmente hay que enunciar como otro objetivo primordial de la Geriátría, la necesidad de realizar intervenciones precoces dirigidas al denominado **«anciano frágil»**, entendiendo fragilidad como un estado fisiológico de mayor vulnerabilidad ante las agresiones o enfermedades, que resulta de la disminución de las reservas, o de la aparición de desequilibrios, en los distintos sistemas fisiológicos. La fragilidad es, en este grupo poblacional, el determinante fisiopatológico básico que caracteriza tanto las manifestaciones de la enfermedad como sus necesidades de atención, comportando, a partir de un umbral determinado, una mayor vulnerabilidad ante la enfermedad, un aumento del riesgo de desarrollar deterioro funcional, con la consiguiente dependencia en el desarrollo de actividades de la vida diaria, y, en última instancia, un aumento de la mortalidad.

Así mismo la especialidad de Geriátría también se caracteriza por abordar (además de las enfermedades concretas en su forma tradicional) los denominados **síndromes geriátricos** (demencia, trastorno de la marcha y caídas, sd confusional, UPP, malnutrición, estreñimiento...), entendidos como situaciones patológicas complejas de alta prevalencia en los ancianos, que tienen como rasgos comunes los de constituir una forma de presentación inespecífica de la enfermedad, mantener una escasa relación anatómica con la patología que los precipita y ser una frecuente causa de incapacidad².

El Hospital de Día de Geriátría, como Unidad de atención ambulatoria integral a pacientes ancianos frágiles, e incluso a pacientes geriátricos e institucionalizados, es conceptualmente diferente. Estamos viendo un cambio sustancial en las últimas décadas, con un auge de las alternativas a la hospitalización, encaminadas a optimizar los recursos y a una mejor atención al paciente complejo y anciano.

El paciente institucionalizado es un paciente complejo, con una edad media de 85 años, con pluripatología presentando una media de más de cinco enfermedades crónicas y con polifarmacia.

Tienen un elevado nivel de dependencia y con deterioro cognitivo grave en más del 50% de los ingresados. Se trata de una población muy vulnerable, frecuentadora de los Servicios de urgencias y reingresadores, a pesar de los cuidados recibidos tanto por parte de Atención primaria como por parte de los médicos de las residencias.

Por lo que podemos decir que el paciente institucionalizado es un paciente en la gran mayoría geriátrico, con riesgo de fragilidad y por tanto el Hospital de Día debe tener controlados o al menos identificados éstos pacientes.

El objetivo es conocer los pacientes frágiles, pluripatológicos, complejos que están en los centros sociosanitarios principalmente y establecer una comunicación entre los diferentes profesionales sanitarios para conseguir una mejor asistencia del paciente geriátrico y así disminuir la necesidad de hospitalizaciones.

Todo esto debe ir acompañado de una reorganización de la asistencia estos pacientes, para lo que es básico establecer una estratificación de la población, que permita identificar a las personas con riesgo de enfermar y predecir las necesidades de las que ya presentan enfermedad crónica, permitiendo optimizar los programas de prevención y atención.

Existen diferentes modelos de atención a la cronicidad, uno de los más utilizados es el Modelo de Kaiser³. Este modelo identifica tres niveles de intervención según el nivel de complejidad del paciente crónico.

En interpretaciones posteriores se ha incluido la vertiente poblacional de promoción y prevención (“Modelo Kaiser ampliado”).



Según la experiencia recogida, en otros sistemas donde se ha utilizado el Modelo Kaiser ampliado, en los pacientes de mayor complejidad (5%) con frecuente comorbilidad, **Nivel 3**, se hace necesaria una *gestión integral del caso* en su conjunto, con *cuidados fundamentalmente profesionales*. Este nivel precisa *gestión de casos*, con un conductor (profesional de enfermería) que gestiona activamente y agrupa los cuidados de estas personas.

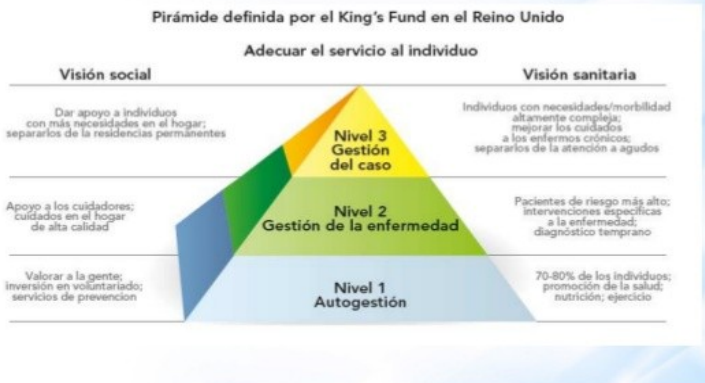
Los pacientes de alto riesgo pero de menor complejidad (15%) en lo que respecta a su comorbilidad, **Nivel 2**, reciben una *gestión de la enfermedad* que combina *autogestión y cuidados profesionales*. El equipo multidisciplinario provee cuidados de alta calidad basados en la evidencia, esto significa gestión proactiva de los cuidados, siguiendo protocolos y vías clínicas para la gestión de enfermedades específicas. Se sustenta en sistemas de información, planificación de cuidados e historia digitalizada compartida.

La mayoría de pacientes crónicos (70 - 80%) con condiciones de enfermedad todavía en estadios incipientes, **Nivel 1**, reciben apoyo para su *autogestión*. Con el soporte correcto los pacientes pueden aprender a ser partícipes de sus propios cuidados, esto puede ayudarles a prevenir complicaciones y enlentecer el proceso de su enfermedad.⁴

Finalmente, la *población general* es foco de intervenciones de **prevención y promoción** que tratan de controlar los factores de riesgo que puedan llevar a los individuos a la enfermedad crónica.

Otra adaptación de esta pirámide de Kaiser es la que realiza el Reino Unido, la llamada “Modelo **King’s Fund**”, siendo de gran interés ya que combina la visión sanitaria y social como dos partes integradas de la atención al paciente crónico.⁵

En **Reino Unido** se realiza una adaptación de la pirámide de Kaiser, es el modelo **King's Fund**, combinando la visión sanitaria y social como dos partes integradas de la atención requerida por los pacientes.



En el abordaje de una Atención Integral en el Paciente Crónico, es imprescindible realizar una Valoración bio-psico-social del paciente / cuidador de forma continua y hasta el final del proceso, para ello es necesario que exista una intercoordinación entre todos los profesionales sanitarios que atienden al paciente, y estos a su vez comunicarse con los responsables de los servicios socio-sanitarios.

El SERGAS ha creado su propia **Pirámide de estratificación** con un estratificador propio que agrupa a los pacientes en base a datos de frecuentación, gasto farmacéutico y etiquetas clínicas.

Niveles de estratificación:

En la **base** de la pirámide está el **paciente sano**. Ausencia de episodios y prescripciones con visitas esporádicas.

- **Estrato 1. Pacientes en situación de cronicidad de baja complejidad:**

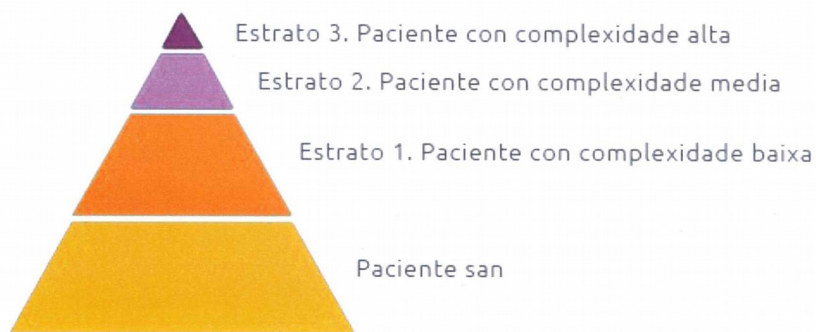
Paciente con 1 enfermedad crónica controlada que no precisa recursos especializados es estable en su situación, consultas puntuales en AP y hospital, sin hospitalización ni urgencias.

- **Estrato 2. Pacientes en situación de cronicidad de complejidad media:**

Pacientes con más de 1 patología crónica o con 1 patología que precisa recursos mas avanzados para su control y estable en su situación, pero precisa prescripciones de larga duración, estudios RX y frecuentes visitas a AP y hospital.

- **Estrato 3. Pacientes en situación de cronicidad de complejidad alta:**

Paciente pluripatológico que precisa conocimientos y recursos específicos para su control y que no es estable. Es un paciente crónico complejo (PCC) cuya gestión clínica es percibida como especialmente difícil por sus profesionales referentes. Necesidades sanitarias elevadas, elevado número de prescripciones, frecuentes visitas médicas, estudios, transiciones frecuentes de un nivel asistencial a otro, y situaciones de incertidumbre clínica.



El control y la asistencia a los pacientes institucionalizados representan uno de los principales retos a los que debe hacer frente el sistema sanitario para cumplir y satisfacer las necesidades de los pacientes.

Nuestro sistema sanitario parte de una muy buena situación en la que la cobertura básica de servicios para los pacientes crónicos e institucionalizados está garantizada. Sin embargo seguimos enfocando nuestros esfuerzos en un modelo de atención que presenta todavía una importante fragmentación entre sus niveles asistenciales (hospitalaria, primaria, residencias sociosanitarias).

En este sentido se pretende con este proyecto realizar una reorganización de los circuitos asistenciales y de los recursos disponibles que permitan al paciente institucionalizado controlar su enfermedad en su propio medio.

La estratificación lleva implícita además la interesante idea de una actitud proactiva del profesional, que no basa su atención en la demanda que le llega a la consulta, sino en la necesidad de los pacientes a los que se le realiza seguimiento. Además es un modelo que puede favorecer la coordinación socio-sanitaria, es decir, coordinar el cuidado sanitario a la enfermedad con el apoyo a las necesidades sociales del paciente y sus cuidadores.

A continuación exponemos un proyecto donde se pretende cambiar el perfil del paciente que será atendido en el Hospital de día de Procesos de Geriátrica y encaminar su funcionamiento como eje regulador de la asistencia geriátrica al paciente institucionalizado.

JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

La necesidad de :

- Revisar y realizar un seguimiento exhaustivo de aquellos pacientes con perfil geriátrico y frágil e institucionalizado con criterios consensuados entre profesionales
- Aplicar escalas de fragilidad y establecer modelos de estratificación que permita dar a los pacientes institucionalizados la mejor atención en el nivel asistencial más adecuado a su situación basal
- Reducir el número de asistencias a Urgencias de los pacientes geriátricos y frágiles institucionalizados
- Reducir el número de ingresos de pacientes geriátricos y frágiles institucionalizados
- Conseguir optimizar el uso de recursos asistenciales y hacer más eficiente el hospital de Día de Procesos de Geriátrica con una mejor asistencia al paciente complejo
- Poner en marcha programas de integración asistencial dentro de la Estrategia SERGAS 2020

Justifica la puesta en marcha de este proyecto con los siguientes objetivos:

- Objetivo general: cambiar el modelo de atención al paciente geriátrico y frágil institucionalizado hacia un modelo proactivo y de asistencia compartida basado en la alta resolución diagnóstica y terapéutica que tenga como eje regulador el Hospital de Día de Procesos de Geriátrica
- Objetivos específicos:
 - Poner en marcha protocolos de coordinación activa entre Sociosanitarios- Atención primaria- Geriátrica consensuados entre profesionales
 - Potenciar el manejo del paciente institucionalizado en el nivel asistencial más adecuado a su grado de complejidad, priorizando su atención en los Centros Residenciales
 - Disminuir la estancia media y el número de ingresos de pacientes institucionalizados en la Unidad de Agudos y de los que acuden al Servicio de Urgencias, potenciando su manejo ambulatorio
 - Fomentar la adecuación a la prescripción farmacéutica con criterios de eficiencia conforme a las guías elaboradas por la comisión de Farmacia de la EOXI y de acuerdo con las líneas estratégicas del SERGAS

- Fomentar la conciliación de la medicación en la atención transversal del paciente institucionalizado en todos los servicios sanitarios
- Obtener medidas de indicadores a los 3 y 6 meses de puesta en marcha del nuevo modelo de atención al paciente geriátrico y frágil institucionalizado en el hospital de Día de Procesos de Geriatría.

DESARROLLO DEL MARCO TEORICO

El área Sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte está compuesta de 3 áreas sanitarias: norte, centro y sur. Consta de 3 hospitales, 84 centros de salud y 18 PAC's..

El área centro da cobertura a un total de 219.708 habitantes con un total de 210.133 tarjetas sanitarias y abarca 49 centros de salud, 11 PAC's y 20 residencias sociosanitarias.

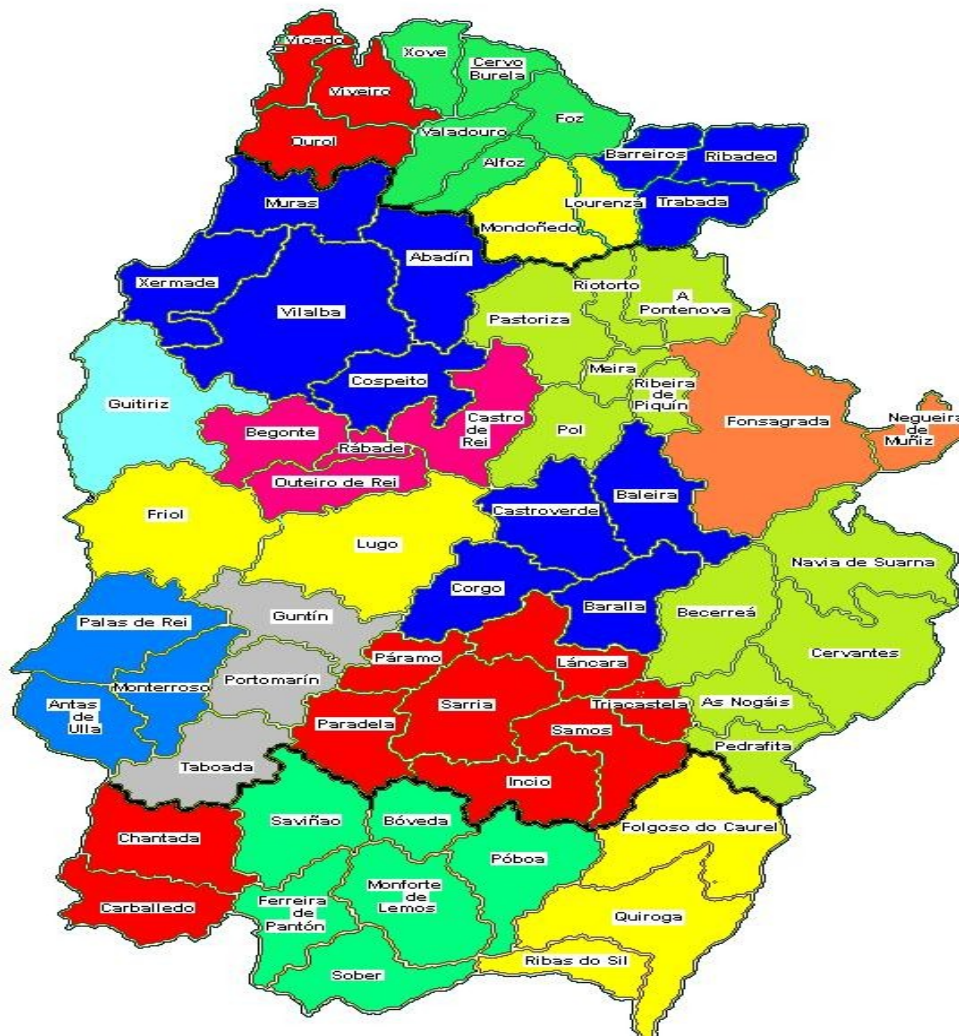


FIGURA 4. MAPA SANITARIO EOXI LUGO, CERVO E MONFORTE DE LEMOS

MODELO DE ATENCIÓN ACTUAL HOSPITAL DE DÍA DE PROCESOS DE GERIATRIA

A día de hoy, en el Hospital de Día de Procesos de geriatría, existen dos agendas, una de ellas está más dirigida a la atención al paciente institucionalizado. Se estableció un circuito entre las siguientes residencias: As Gándaras, Serge Lucense (A Veiga), Sarquavitae (Castro Riberas de Lea), a las que se fueron añadiendo , Orpea (Sanyres), Geriatros (Carlos IV) y Abeiro Gold se les explicó la metodología, todo paciente institucionalizado que precise una técnica de diagnóstico o un tratamiento ya sea inicio de antibioterapia, transfusión... se deriva a dicha consulta, además aquellos pacientes que hayan estado ingresados por un tipo de patología que se prevea que presenta riesgo de reingreso se cita como seguimiento en dicha consulta. Hasta ahora el modelo más bien era reactivo. Ahora se pretende que éste modelo cambie y se haga más proactivo⁴ .

Actualmente, valoramos pacientes institucionalizados de la zona centro de Lugo en ambas agendas dado el número de residencias al cargo (aproximadamente 40)

En la otra agenda, se citan pacientes derivados del Servicio de Urgencias para estudio o seguimiento de patologías con intención de evitar ingreso; también acuden pacientes desde Atención primaria (los menos) para manejo de alteraciones de conducta, o estudios de síndrome general y anemia; todos aquellos pacientes dados de alta de la Unidad de Agudos que se prevea perfil reingresador se citan en ésta consulta para seguimiento de forma temporal y luego vuelta a su Médico de Atención primaria, últimamente se suman pacientes de otras especialidades con especial mención de la valoración de fragilidad de los pacientes oncológicos y cardiológicos, dónde se les clasifica en un tipo de paciente con un índice de fragilidad y pronóstico, según el cual se individualiza su tratamiento sea del tipo que sea, reduciendo así el riesgo de toxicidades y por tanto de ingresos⁵ .

NUEVO MODELO ATENCIÓN AL PACIENTE INSTITUCIONALIZADO EN HOSPITAL DE DÍA DE PROCESOS DE GERIATRÍA

La implantación de este nuevo modelo constará de dos fases que se exponen a continuación:

1ª FASE

1.- Recursos físicos y humanos:

El Hospital de Día de Procesos de geriatría (HDDPG) dispone en la actualidad de espacio físico suficiente para llevar a cabo este nuevo dimensionamiento, y solo requiere reorganizar los recursos humanos y redistribuir las funciones de las distintas salas para su operatividad.

Es necesario disponer de los siguientes recursos en HDDPG:

- Personal administrativo que desarrollará sus funciones de citación de pacientes tanto en consulta presencial como no presencial. Esto supone incremento de 1 auxiliar administrativo que se utilizaría para la citación de todo el hospital médico-polivalente, que da cobertura también al servicio de Medicina Interna y Neumología, dependiendo de admisión.
- Una enfermera gestora de casos(personal de enfermería de Hospital de Día con especialidad de Geriatría)
- Auxiliar de enfermería
- Dos geriatras del servicio.
- Dos salas de consulta.
- Salas de tratamientos, con sillones para tratamientos y/o pruebas diagnósticas.
- Salas de atención individualizada: boxes individuales.
- Control de enfermería
- Sala de espera.

2.- Captación y selección de pacientes. Pirámide de Estratificación:

- Se realizará una pirámide de Kaiser de cada residencia incluida en el proyecto con el estratificador del SERGAS. Esto permitirá clasificar y seleccionar a los pacientes en

base a su nivel de estratificación, índice de fragilidad y patologías principales, incluyendo en el programa de seguimiento a los pacientes de mayor complejidad.

3.- Coordinación asistencial del HDG:

◆ Coordinación con Residencias Sociosanitarias:

-Primera toma de contacto, día 4 de diciembre 2018: reunión multidisciplinar con las cuatro residencias del proyecto, a la cual asistirán, directores, médicos de la residencia y primaria, y supervisora de enfermería. Explicaremos de forma detenida la metodología y el fin del proyecto.

- De forma individual, realizaremos una reunión en cada residencia con intención de conocer datos importantes como: número de pacientes de cada residencia; cuantos son dependientes; cuantos están diagnosticados de demencia e identificar los pacientes en situación avanzada (GDS 7) ⁶; cuantos presentan gérmenes multirresistentes y porcentaje de úlceras por presión (UPP); además de la evaluación conjunta de la Pirámide de Kaiser (Anexo 1)

- Establecer circuitos de derivación directa de pacientes institucionalizados durante el horario de funcionamiento del HDDPG, evitando así su paso por el Servicio de Urgencias. Para ello instauraremos progresivamente protocolos de actuación (Anexo II)

-Realizar visitas al Centro de forma programada: una vez a la semana durante los tres primeros meses y luego cada 2 semanas, para la selección y captación de pacientes de los estratos superiores de la pirámide de Kaiser y aplicar la mejor asistencia posible para el paciente de forma individualizada.

-Programar Sesiones sobre demencia y cuidados paliativos al personal de cada Residencia y charlas a profesionales y familiares de pacientes con demencia en estadios avanzados (GDS 7c).

-Comentar la actitud a seguir con éstos pacientes con su médico de referencia y además con sus familiares, según el grado de fragilidad y complejidad del paciente, es decir instaurar un plan de cuidados desde el principio, intentando así gestionar el caso lo más eficazmente posible antes de derivarlo a otro nivel asistencial.

◆ Coordinación con Atención Primaria:

- Sesión con los médicos de AP para presentar el proyecto y establecer circuitos de derivación de pacientes a HDDPG
- Posteriormente por mail, se les enviarán los criterios de derivación a los médicos implicados en la asistencia de estos pacientes (Anexo III)
- Coordinación con farmacéuticos de AP, responsables de RRSS incluidos, para conciliación de tratamientos.

◆ Coordinación con Urgencias:

- Presentación del proyecto al Servicio de Urgencias, establecer circuitos de derivación (Anexo III).
- Citación directa de pacientes y valoración del paciente en Urgencias para realizar diagnóstico y tratamiento si procede en HDDPG

◆ Coordinación con Unidades de Hospitalización:

- Reunión en el mes de Diciembre con todos los Servicios del Hospital de Día polivalente con el objetivo de conocer todos los proyectos a realizar y coordinar y establecer protocolos y criterios de derivación. (Anexo III)
- Citación directa al alta del paciente que precisa de seguimiento en HDDPG
- Comunicación al HDDPG de pacientes institucionalizados que ingresen en otro Servicio, para programar su seguimiento.
- HADO: coordinar el apoyo de la unidad de hospitalización a domicilio, para aquellos pacientes institucionalizados que lo precisen (cuidados paliativos al alta).
- Formación hospitalaria: coordinación con farmacéuticos responsables de RRSS incluidos en proyecto para conciliación de tratamientos.

4.- Calendario de implantación del proyecto:

A partir del 15 de Noviembre 2018 se establecerán reuniones con las Residencias seleccionadas además de con los servicios hospitalarios (Medicina Interna, Neumología, HADO, Farmacia y Urgencias) y de AP implicados en la asistencia de los pacientes incluidos en el proyecto. Posteriormente se establecerán visitas a las Residencias, y se seleccionarán aquellos pacientes en base a su nivel de estratificación y fragilidad¹⁰, estableciendo los circuitos asistenciales y protocolos para que la comunicación entre los profesionales sanitarios sea lo más fluida posible y con

un mesmo fin. Del 1 al 15 de Diciembre 2018 se realizará de forma progresiva la incorporación de las 4 residencias de tal manera que a día 15 de Diciembre ya se haya establecido la coordinación necesaria para arrancar el proyecto.



FIGURA 5. RESIDENCIAS SOCIO SANITARIAS SELECCIONADAS PARA EL PROYECTO

5.- Metodología de trabajo:

- Agenda de trabajo: la agenda será la herramienta principal para desarrollar la actividad asistencial en HDDPG. El proyecto se iniciará con dos agendas de citación con actos de consulta programada, a demanda, no presencial y tratamientos.

A cada agenda se le asignarán dos residencias: una de ellas dará cobertura a As Gándaras en Lugo (226 pacientes) y Serge Lucense (antes A Veiga) en Láncara (180 pacientes), y la otra a DOMUSVI en Castro Riberas de Lea (172 pacientes) y Residencia DOMUSVI (antes Carlos IV) en Outeiro de Rei (192 pacientes).

Cada una de ellas gestionará los pacientes según su nivel de estratificación y criterios de fragilidad de forma bidireccional.

Cada día se citarán en cada una de ellas: 4 actos para pacientes de RR SS, 6 actos para pacientes que proceden de hospitalización, urgencias, o A. Primaria. Se dejarán actos para citación urgente y/o tratamientos. Una de las agendas dará cobertura a Oncogeriatría y CardioGeriatría (con apoyo del personal de la planta).

Una vez a la semana se bloqueará parte de la agenda y uno de los dos médicos visitará las RR SS

- Circuito asistencial del Hospital de Día:

Acceso directo, tras citación, desde Sº Urgencias, Uds. Hospitalización y RR SS

Formación de la enfermera gestora: signos de alarma según la patología del paciente a través de consultoría no presencial (Anexo IV)

Alta del paciente institucionalizado: realizar contacto telefónico a las 48h por la enfermera gestora tras el alta. Preguntar por signos de alarma correspondientes a cada patología (Anexo IV)

Realizar valoración cognitiva, oncológica y test de fragilidad

Evitar ingresos o traslados fuera de la residencia de pacientes con Dx de demencia grave en estadio final

Herramientas de integración: consultoría no presencial y presencial con las residencias:

Consultoría no presencial: realizada por personal médico y de enfermería para aquellos pacientes que precisen seguimiento o presenten mal control de síntomas y/ o ajustes de tratamientos.

Consultoría presencial: aquellos pacientes que precisen de control de pruebas al alta (Rx, transfusión de sangre o hierro intravenoso, o bien control de UPP); de aquellos pacientes reingresadores y aquellos que surgen a demanda , a petición de los médicos de residencia, por proceso agudo que precise de alguna prueba o inicio de tratamiento por vía sistémica

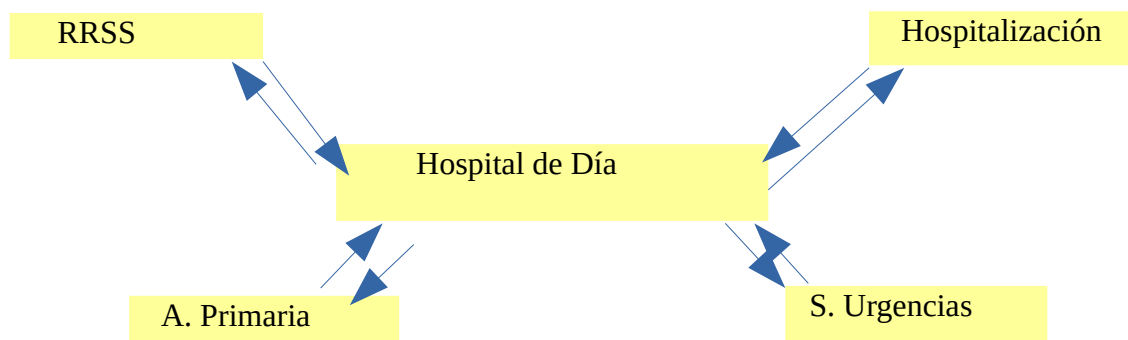


Figura 6. Flujograma circuito asistencial

2ª FASE

Una vez consolidado el modelo integral de asistencia a estos pacientes institucionalizados, se introducirá como herramienta y metodología de trabajo la Teleasistencia (TELEA), para la fase de agudización de estos pacientes así como para la comunicación asíncrona entre los cuidadores profesionales y el HDG.

Actualmente ya puesta en marcha.

EVALUACIÓN DEL PROYECTO

En el mes de Marzo y en el mes de Junio de 2018 se realizó la evaluación de todo el proceso, tras 3 y 6 meses de funcionamiento.

Actualmente tenemos resultados a dos años.

INDICADORES

- N.º de pacientes institucionalizados atendidos por consulta No-presencial
- Estancia media de pacientes institucionalizados en unidad de agudos de Geriátría
- N.º de ingresos de pacientes poliingresados
- N.º de reingreso en el primer mes del alta
- N.º de pacientes institucionalizados enviados a servicio de urgencias del HULA
- Reducción del coste por usuario del paciente institucionalizado
- N.º de pacientes polimedicados revisados por farmacéutico, médico y enfermería
- Encuesta de satisfacción a profesionales implicados (Anexo V)
- Encuesta de satisfacción a pacientes institucionalizados (Anexo VI)

RESULTADOS 2017-2019

- Reducción del 40% de reingresos en primer mes
- Reducción del 40% de días totales de ingresos
- Reducción del 28% estancia media en HULA
- Reducción del 28% del número de pacientes que ingresan en el HULA
- Reducción en un 77% el número de prestaciones: primeras consultas y revisiones en el HULA. Prácticamente la totalidad de los pacientes de estas 4 residencias no han precisado realizar ni tratamientos ni seguimientos en el HDDP.
- El número de visitas a los centros residenciales fueron aproximadamente entre 40-50 por dos especialistas en Geriátría y una enfermera gestora de Geriátría. Los tres primeros meses la visita fue realizada semanalmente y luego quincenalmente durante 9 meses y desde el inicio del 2019 hasta la fecha de forma mensual.
- De un total de 768 pacientes: robustos (132); fragilidad moderada (prefragiles) 381 y con fragilidad avanzada 136.
- Incremento en un 85% consulta no presencial
- reducción en un 35,74% del grupo: anticolinesterásicos, hipolipemiantes y antiagregantes
- Reducción en un 18% la mortalidad en el HULA
- La asistencia a urgencias es del 45,7%: un 65,3% de los pacientes regresan a la residencia y el 32% ingresan. (Reduciendo en dos años, un 11% el número de pacientes que ingresan) gracias a la coordinación con dicho Servicio.

APLICABILIDAD Y UTILIDAD CLÍNICA

El proyecto de cambio de modelo de asistencia al paciente institucionalizado que se presenta no se ha realizado en ningún hospital de día de Geriátría y no existen evaluaciones ni resultados que nos permitan avalar su implantación. Sin embargo la revisión bibliográfica, el desarrollo del marco teórico y la elaboración de cada uno de los apartado metodológicos, nos permiten extraer las siguientes valoraciones:

- La comunicación y coordinación asistencial a través del HDDPG entre profesionales sanitarios de Centros Residenciales, de Atención Primaria, del servicio de Urgencias y de unidades de hospitalización con el servicio de Geriátría podría tener un papel importante como parte de una estrategia para la prestación de asistencia sanitaria eficaz para los pacientes institucionalizados.

Basándonos en la estratificación anteriormente comentada, aquellos pacientes sin fragilidad (robustos) podrían ser manejados por sus Médicos de Atención Primaria en coordinación con el Hospital de Día de Geriátría y aquellos pacientes con algún grado de fragilidad, por enfermería del centro residencial y enfermeras gestoras de geriátría, valorando la mejor asistencia al paciente institucionalizado y frágil.

- No cabe duda que cambiar y modificar procesos asistenciales convencionales establecidos es una tarea difícil, que genera controversias por el miedo a la pérdida del estatus profesional, diferencias interpersonales y menor autonomía de gestión. Los profesionales sanitarios pueden ser resistentes a este tipo de innovación, en particular si se cambian los circuitos asistenciales establecidos.
- Este programa de integración no supone necesariamente crear más recursos, sino hacer más eficaces los recursos de que disponemos.
- Permitirá resolver cuestiones asistenciales planteadas en los Centros Residenciales y evitará desplazamientos innecesarios de los pacientes.
- Disminuirá, tanto la variabilidad clínica en la atención prestada a los pacientes institucionalizados, como las hospitalizaciones y la realización de pruebas innecesarias.
- Y permitirá detectar necesidades organizativas, formativas y asistenciales en el futuro, con áreas de mejora como: en la asistencia a urgencias: no se ve una reducción en cuanto a la asistencia, pero si que la coordinación entre el servicio de urgencias y el hospital de día hace que se reduzcan los ingresos desde dicho

servicio y que el paciente vuelva a su entorno para continuar allí su tratamiento. Habría que mejorar la coordinación con Atención Primaria, para que los pacientes sean valorados, previamente a la derivación al servicio de Urgencias.

- El incremento en las visitas a los centros residenciales ha mejorado:
 - la formación a los profesionales
 - permitió establecer planes de cuidado en 100-150 pacientes, de aquellos con fragilidad avanzada (reduciendo prescripción de fármacos, evitando pruebas innecesarias y desplazamientos...)
 - se evitaron tratamientos en Hospital de día ya que muchos de ellos se realizaron en el propio centro residencial.

AGRADECIMIENTOS

El Proyecto de Integración Asistencial de Residencias de Ancianos, no hubiera sido posible, sin el apoyo de la Gerencia-Dirección de nuestra Área Sanitaria, personalizado en la figura del Gerente Ramón Ares Rico y el Director Asistencial Alfredo J. Silva Tojo.

BIBLIOGRAFÍA

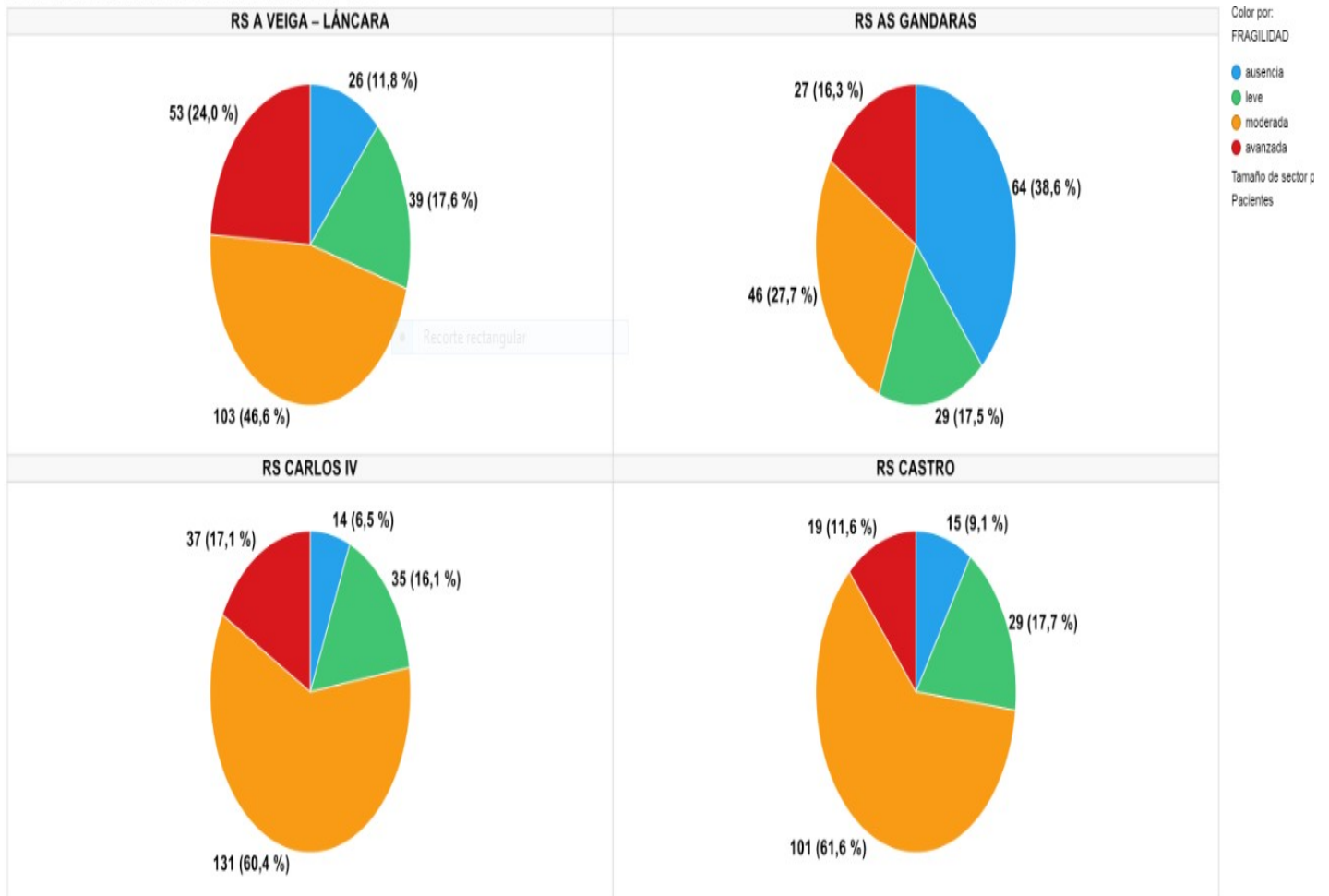
1. Brocklehurst, J. Hospitales de Día Geriátricos ¿hacia dónde va? Geriatric day Hospitals. Were now? Rev Esp Geriatric Gerontol 1999; 34:172-5.
2. Robles, MJ, Miralles, R, Lloracha I, Cervera A. Definición y objetivos de la especialidad de Geriatría. Tipología de anciano y población diana. Tratado de residentes de geriatría. SEGG Cap 1. pag 25-32.
3. Estratificación del riesgo. Pirámide de Kaiser
4. Designed to improve Health and the Management of Chronic Conditions in Wales. An integrated model and framework. Department for Health and Social Services. Welsh Assembly Government Welsh Assembly Government 2007
5. Martin C, Peterson C. The social construction of chronicity – a key to understanding chronic care transformations. Journal of Evaluation in Clinical Practice 15 (2009) 578–585
6. Estrategia SERGAS . La atención a la cronicidad
7. Antonio M, Saldaña J, Formiga F, Lozano A, González-Barboteo, J et al, Primera reunión Nacional de trabajo Multidisciplinar en Oncogeriatría : Documento de Consenso. Rev Esp Geriatr Gerontol 2012; 47:279-8
8. Global deterioration Scale (GDS) and Functional Assessment Staging (FAST). Guía SEN 2002, 19
9. Innocuo, SK, Van Dyck, CH, Alessi, CA (1990). Clarifying confusion:The confusion assessment method. A nex method for detecion of Delirium. Annal of Internal Medicine, 113:941-948.
10. Fontecha B, Navarri L. Adecuación del esfuerzo terapéutico. Un reto en camino. Rev Esp Geriatr Gerontol 2016;51:66-7.
11. Gallo C, Vilosio J y Saimovici J. Actualización de los criterios STOPP-START. Una herramienta para la detección de medicación potencialmente inadecuada en ancianos. Evid Act Pract Ambul 2015; 18(4):124-129. Oct.Dic
12. Bermejo C, Saavedra V, Gutierrez B, Parres A, Nuñez Gónzales. Reducción de costes mediante un programa de coordinación entre médicos de urgencias y médicos de residencias. Rev Esp Geriatr Gerontol 2017;52: 295
13. Amblás-Novellas J, Espauella-Panicot J, Inzitari M, Rexach L, Fontecha B. En busca de respuestas al reto de la complejidad clínica en el siglo XXI: a propósito de los índices de fragilidad. Rev Esp Geriatr gerontolog 2017;52:159-166.

ANEXOS

ANEXO I

Pirámides estratificación Centros Residenciales

Distribución de pacientes por Escala de Fragilidad - RSS



ANEXO II

◆ **Protocolos: principales patologías. Asociados a estratificación:**

Se instaurarán protocolos de Insuficiencia cardíaca, mediante la monitorización de aquellos pacientes con perfil reingresador: se pesará cada 48h a aquellos pacientes que sean independientes, en los pacientes inmovilizados se cuantificarán el número de pañales al día y se explorarán para descartar edemas en zonas declives, control de Frecuencia cardíaca y tensión arterial en ambos grupos. (Criterios de Framingham)

Protocolo de Reagudización EPOC: midiendo saturación y vigilando aparición de síntomas como la disnea, aumento de tos con expectoración y/o fiebre. Vacunación de la gripe en todos los pacientes

Protocolo de Diabetes Mellitus: glucemia capilar por encima de 300, instaurar pautas de insulinización. Detectar síntomas de descompensación : sed, polifagia, poliuria, fiebre.

Revisar glicadas, filtrados renales y tratamientos por parte de sus médicos

Protocolo demencia: tener identificados todos los pacientes con demencia en estadio GDS 7c, control de ingesta de agua, si están con espesante, detección de disfagia (tos, estornudos mientras comen, evidencia de atragantamientos), educar a los familiares y sus médicos sobre el pronóstico y cuidados paliativos en este grupo de pacientes. Preguntar por higiene sueño, alteraciones de conducta. Descartar delirium (CAM)⁷

Protocolo de estudio de anemia: siempre que haya síndrome general se derivarían para estudio en HDD . Transfusiones de forma programadas o tratamientos con hierro iv, siempre valorando riesgos-beneficios.

Protocolo de fiebre: iniciar de forma empírica en su centro tratamiento antibiótico previa recogida de cultivos. Derivando aquellos casos que a las 72 h persistan con fiebre o bien, conocer antibiograma y enviar antibiótico sistémico según resultado.

Protocolo de Adecuación del esfuerzo terapéutico en enfermedades terminales⁸

Conciliación de fármacos. Reducir polifarmacia. Criterios STOP-START⁹

ANEXO III

➤ Criterios de derivación de RRSS a HDDPG:

- Fiebre persistente tras 48-72 h de tratamiento antibiótico, tras cultivos y analítica realizada en el centro. Intención de realización de pruebas diagnósticas
- Insuficiencia cardíaca descompensada que precise perfusión de furosemida
- Descompensación diabética cetósica que precise ingreso para perfusión de insulina
- Reagudización EPOC que a pesar de nebulizador no mejora y precise de tratamiento sistémico y tras 48 h volver a derivar a su centro.
- Transfusiones programadas en pacientes con anemia o hierro intravenoso. Instaurar plan de cuidados en pacientes que se prevea terminalidad
- Alteración del nivel de conciencia que precise estudio EEG y P de imagen , punción lumbar...
- Ascitis conocida o de aparición en paciente con Diagnóstico conocido de IC, cirrosis en enfermedad maligna con intención de paracentesis paliativa.

➤ Criterios de derivación de AP a HDDPG:

- En primer lugar todos aquellos pacientes que estén en la cima de la pirámide de Kaiser, aquellos que estén institucionalizados y aquellos que tengan un perfil geriátrico y/o frágil.
- Pacientes con Diagnóstico de Insuficiencia cardíaca (IC) que hayan estado ingresados en Geriatría, y que tengan perfil reingresador. Al descompensarse , se derivaría a HDG.
- Pacientes con síndrome general a estudio y anemia, aportando analítica completa, como vía para solicitud de pruebas de imagen o valorar ingreso si fuese necesario
- Alteraciones del ciclo vigilia-sueño o alteraciones de conducta de difícil manejo. Gestionado mediante consulta no presencial
- Coordinar el manejo del paciente con demencia grave y disfagia y/o negativa a ingesta, para valorar colocación de SNG (sonda nasogástrica) en Hospital de Día y evitar así el paso por Servicio de Urgencias e incluso evitar la Hospitalización. También recambios de PEG (sonda gastrostomía)

➤ **Criterios de derivación de Urgencias a HDDPG**

- Control de paciente con patología infecciosa, ictus, descompensación diabética, cardíaca... que no cumpla criterios de ingreso, y que se puedan manejar de forma ambulatoria
- Estudio de anemia severa. Otras anemias a través de consulta externa
- Estudio de síncope con repercusión clínica
- IRC reagudizada. Revisión de fármacos
- Negativa a ingesta/ Deterioro general en paciente con Demencia avanzada. Citar para sonda de alimentación o bien iniciar cuidados paliativos en su domicilio
- Alteraciones de conducta en el anciano. Consulta no presenci
- Con respecto al paciente institucionalizado que acuda en horario de mañana al Servicio de Urgencias, se pondrá en contacto directo con HDG para su correcta valoración y gestión

➤ **Criterios de derivación de las Unidades de Hospitalización a HDDPG:**

- El perfil del paciente sería, aquel que ingresa por una descompensación y tratamos de dar alta de forma precoz para evitar un deterioro funcional o cognitivo del paciente. Pacientes con IC, EPOC ; anciano frágil y pluripatológico que ingresa en otros servicios.
- Especial mención a la valoración de fragilidad de los pacientes cardiológicos, dónde se valorar la indicación de recambio valvular (TAVI) y la valoración de Oncogeriatría en la cual el paciente Oncológico con criterios de fragilidad que surge del Comité de Tumores: se clasificará en robusto, frágil o geriátrico y según el perfil, se calcula, el pronóstico, riesgos de toxicidades, intervención sobre patologías que pueden empeorar su estado basal (malnutrición, anemia, depresión...) evitando así ingresos.

ANEXO IV

Signos de alarma en pacientes dados de alta :

-Fiebre, expectoración purulenta, FR > 28rpm en paciente con Dx al alta de patología respiratoria. Preguntar por antibiótico y si acudió a su MAP. Si persiste, citar

-aumento de disnea, aumento de 2Kg en 3 días, aumento de edemas en MMII, aumentar dosis de furosemida (comentado previamente con médico HDG), si no mejora, citar para control clínico

-Ulceras por presión: en seguimiento por MAP. Con empeoramiento y crecimiento en cultivos, con antibiograma. Citar una revisión cada 15 días un mes

ANEXO VI

Encuestas de satisfacción a profesionales y encuestas de satisfacción a los usuarios y/o familias. Actualmente se ha realizado un pretest a usuarios y familiares y encuestas de satisfacción a profesionales de ambos ámbitos (residencial y hospitalario)