

Categoría: Innovación y creatividad

Título: Modelo de coordinación de cuidados entre hospital y residencias de mayores

Resumen:

Este trabajo describe el desarrollo de un programa de coordinación entre un hospital y sus residencias de referencia, para facilitar los cuidados basados en la evidencia científica del paciente geriátrico en su entorno.

Metodología: diseño e implantación del programa, que incluye visitas presenciales en el centro para la gestión enfermera de casos tras la valoración geriátrica integral, asesoramiento de enfermeras referentes del hospital y programas formativos adaptados a las necesidades de cada residencia. Periodo: 1/06/2020-31/12/2021.

Resultados: 330 visitas presenciales, 1570 consultas enfermeras, 1427 intervenciones durante su ingreso hospitalario para continuidad de cuidados, 37 planificaciones de envíos de material de uso hospitalario y equipos de protección individual. Formación: 63 talleres presenciales con 425 asistentes y 37 distribuciones de cartelería y material de apoyo formativo.

Conclusión: la implantación del programa ha permitido la coordinación en cuidados entre los profesionales de ambos ámbitos, reduciendo el desplazamiento de personas mayores al hospital, teniendo en cuenta las dificultades de su movilización y la complejidad en la valoración de la población anciana fuera de su entorno. El grado de satisfacción evaluado en las encuestas de los profesionales que asistieron a los talleres ha sido muy elevado y con una alta aplicabilidad en su puesto de trabajo.

Introducción y justificación

Dentro de las estrategias de mejora de la continuidad asistencial son especialmente relevantes los entornos definidos como “socio sanitarios”, que obliga a la coordinación de los servicios sanitarios y sociales: tanto de hospitales, como con los centros de salud y los servicios sociales(1,2).

El envejecimiento progresivo de la población junto con la mejora de las condiciones sociales y el avance de los cuidados sanitarios, han generado un marcado incremento del número de pacientes con enfermedades crónicas, fragilidad y dependencia, lo que condiciona un mayor consumo de recursos sanitarios y sociales(3,4,5).

La pandemia de COVID-19 ha supuesto que los sistemas sanitarios se enfrentasen a una situación nueva que requería una adaptación y reorganización urgente para acondicionarse al aumento de presión asistencial y a las manifestaciones clínicas en los pacientes(6), siendo el entorno sociosanitario uno de los afectados que añade un plus a la situación previa en la que la desconexión entre ámbitos y la fragmentación de cuidados constituía una práctica habitual(7-9).

Por ello resulta necesario crear modelos de atención y coordinación sanitaria, que den entre todos una respuesta de servicios y recursos lo más eficiente posible(10–13).

Durante la pandemia COVID-19 surgió la necesidad de intensificar la coordinación entre los hospitales públicos y los Centros Socio Sanitarios (CSS). Nuestro hospital atiende a la

población del municipio (170.000 habitantes) y es referente de 4 CSS (1 público y 3 privados/concertados), con un total de 688 plazas autorizadas (Tabla 1. Anexo 2)(14). En junio de 2020 se incorporaron **2 enfermeras especialistas en geriatría**, dentro del equipo de geriatría con funciones y responsabilidades previamente definidas(15).

En este documento describimos una metodología de trabajo planificada, organizada y a su vez dinámica, que ha supuesto un extra en la coordinación de los cuidados de los pacientes y el asesoramiento a los profesionales de los centros, permaneciendo hasta la fecha actual.

Objetivo

Describir el desarrollo de un programa de trabajo conjunto y coordinado entre los 2 ámbitos asistenciales, para facilitar los cuidados basados en la evidencia científica del paciente geriátrico en su entorno.

Metodología y desarrollo

Se realiza una descripción y análisis de resultados de la experiencia de trabajo de coordinación de cuidados desde el 1 de junio de 2020 al 31 de diciembre de 2021.

Elaboración del programa de coordinación de CSS de referencia del hospital.

Para ello se realizó la definición de las responsabilidades y obligaciones de las enfermeras especialistas en geriatría teniendo en cuenta el programa formativo de la especialidad de enfermería geriátrica(16) y el documento técnico de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica(17):

- Asesorar en cuidados individualizados a los profesionales referentes del paciente anciano en residencia tras la valoración geriátrica integral.
- Coordinar la asistencia de cuidados prestada al anciano entre ambos ámbitos.
- Realizar talleres formativos destinados a los profesionales de las residencias, según necesidades detectadas.
- Participar en la gestión del material de prescripción/provisión hospitalaria.

El programa de coordinación comprende:

1.- Actividad asistencial presencial en la residencia:

Se desarrolla con 1 visita programada semanalmente a cada una de las 4 residencias, estableciéndose un día y franja horaria concreta de la semana para cada una de ellas, pudiéndose incrementar si la situación asistencial lo precisa (brotes COVID-19). Para favorecer la organización de los centros y de los profesionales que intervienen en la visita se designa una enfermera interlocutora directa en cada residencia, que planifica los pacientes de cada visita junto con la enfermera de geriatría del hospital y a su vez es la encargada también de transmitir la información telemática que se envía a la residencia.

La actividad desarrollada en cada visita se recoge en la agenda de enfermería de consultas del hospital registrándose en la Historia Clínica Electrónica del residente. Incluye: primeras consultas, sucesivas, sin presencia del paciente y sesión formativa a

demanda. En situaciones puntuales de brotes epidemiológicos, también se da apoyo y recomendaciones para la zonificación y sectorización de los aislamientos para la prevención de la transmisión de microorganismos.

Los problemas de cuidados sobre los que asesora son:

- Alto riesgo de caídas.
- Disfunción del patrón nutricional-metabólico:
 - Alteración de la deglución.
 - Alteración de la nutrición (por exceso o por defecto).
 - Deterioro de la integridad cutánea.
- Trastornos del hábito de eliminación:
 - Estreñimiento, incontinencia fecal.
 - Ostomías digestivas.
 - Incontinencia urinaria funcional, de urgencia, por rebosamiento y neurógena.
- Déficit de autocuidados actividades básicas de la vida diaria.
- Deterioro de la deambulación/movilidad.
- Ostomías respiratorias.
- Alteración del patrón sueño/descanso.
- Manejo del dolor (tratamiento no farmacológico).
- Manejo conductual del síndrome confusional agudo.
- Deprivación sensorial.

Además de la actividad presencial, se presta atención telefónica, los días laborales de 8 a 15h para consultas telemáticas de cuidados y gestión de recursos materiales necesarios.

2.- Continuidad de cuidados de los residentes ingresados en el hospital:

Esta actividad consiste en hacer seguimiento de los residentes derivados del CSS al Servicio de Urgencias y/o están hospitalizados, con la finalidad de compartir información y facilitar la coordinación de cuidados entre los profesionales de ámbos ámbitos. Se hace una revisión diaria de la HCE, captando a aquellos que precisan continuidad de cuidados. Posteriormente se hace el seguimiento de la evolución de los pacientes durante su estancia hospitalaria, incluyendo una valoración conjunta entre profesionales si es preciso. Al alta se planifica la consulta presencial de la enfermera de geriatría en su CSS para una revisión posterior.

3.- Interconsulta a enfermeros referentes del hospital en cuidados:

Consiste en la gestión de casos de residentes de los CSS para dar una respuesta a esa necesidad de cuidados sin la presencia del paciente en el centro hospitalario.

4.- Gestión del material:

Se gestiona todo el material de prescripción y uso exclusivo hospitalario que precisan los residentes para iniciar y/o continuar el tratamiento y cuidados en su centro residencial.

Desde el 1 de junio de 2020, durante la pandemia del SARS-CoV-2, las enfermeras de geriatría junto con la supervisora de continuidad asistencial, participan en la gestión de

envíos quincenales de equipos de protección individual, material de limpieza y desinfección de superficies y de higiene de manos a los CSS. Para ello se hace una valoración previa de la situación epidemiológica de la residencia, el número de plazas de residentes y los profesionales del centro.

5.- Formación de profesionales:

Se elabora un programa formativo, basado en la evidencia científica y adaptado a las necesidades de cada residencia, teniendo en cuenta las solicitudes de los profesionales sanitarios del centro y los recursos disponibles para dispensar los cuidados.

La mayor parte de la formación es proporcionada por las enfermeras de geriatría en la propia residencia para facilitar la asistencia, y en ocasiones en el propio hospital en colaboración con instructores o entrenadores de esa actividad formativa. Estos últimos, se han desarrollado en el centro de simulación del hospital y son para el aprendizaje de actividades que requieren ciertas habilidades técnicas. En ellos también participan dentro del equipo docente profesionales del CSS, siendo reconocidos como referentes de esa actividad en su propio centro.

Además de los talleres presenciales, en aquellos temas que no requieren de instrucción y/o habilidades técnicas, se han desarrollado presentaciones, infografías y cartelería con información de cuidados que resultaban indispensables y/o son solicitados a modo de recordatorio.

Resultados

Los resultados obtenidos durante el primer año y medio de su implantación se resumen a continuación:

Actividad asistencial presencial

Se han realizado 330 visitas presenciales, y un total de 1570 consultas enfermeras, desglosándose en:

- 324 primeras
- 743 sucesivas
- 268 sin presencia del paciente
- 165 telemáticas

Continuidad de cuidados

De los 467 ingresos hospitalarios generados por 272 residentes de los CSS, se han realizado 1427 intervenciones de seguimiento y continuidad de cuidados, principalmente al alta.

Interconsulta a enfermeros referentes del HUFA

19 interconsultas solicitadas a enfermeros referentes (de urología, vascular y dermatología).

Gestión de material

En cuanto al material de equipos de protección individual y prevención de transmisión de microorganismos, se han gestionado 37 envíos totales a las 3 residencias privadas, ya que la pública recibía material directamente del servicio regional de salud.

En determinadas situaciones de brotes epidemiológicos, se precisó algún pedido extraordinario además del quincenal.

Respecto al material relacionado con la medicalización de las residencias y de provisión y prescripción de uso hospitalario, se realizaron 34 gestiones de material. El 73,7% se relacionan con la administración de tratamientos, 15,8% con dispositivos y el 10,52% con equipos barrera.

Actividad de formación impartida en los CSS

En la tabla 2 se muestran los talleres formativos realizados presencialmente.

Nombre de la sesión	Lugar	Nº sesiones	Nº Asistentes
Cuidados al paciente portador de sonda gastrostomía percutánea	CSS	18	90
Disfagia en el paciente geriátrico	CSS	14	64
Prevención de lesiones por presión y lesiones cutáneas asociadas a la humedad en CSS	CSS	14	147
Valoración funcional y entrenamiento multicomponente	CSS	6	43
Síndrome de inmovilidad	CSS	2	10
Transferencia en CSS	hospital	4	45
Entrenamiento para formadores frente a riesgos biológicos COVID-19	hospital	3	9
Taller pronación de paciente consciente adaptado a CSS. Centro de Simulación HUFA	hospital	4	16
Total asistentes		63	425

Tabla 2. Talleres formativos realizados presencialmente

En la tabla 3 se resume los materiales de apoyo e información realizados para los CSS.

Formación ONLINE	Total
Cartelería higiene de manos	4
Infografía elastómeros	1
Infografía Lesiones por Presión	2
Listado de verificación medidas de aislamiento en paciente COVID positivo y sospechoso	4
Presentación medidas de higiene y prevención de la transmisión de microorganismos en entorno CSS	8
Presentación: "Prevención de lesiones cutáneas relacionadas con la utilización de equipos de protección individual en profesionales sanitarios: Guía de recomendaciones"	4
Presentación: "Medidas de aislamiento en paciente con Clostridium Difficile"	1
Presentación: "Medidas para evitar la transmisión de COVID-19"	4
Presentación: "Píldoras vía subcutánea y elastómeros"	1

Cartelería: “Pronación paciente consciente”	4
Diagrama derivación “paciente diabético”	4
Total general	29

Tabla 3. Materiales de apoyo e información realizados para los CSS

Los programas formativos han sido evaluados mediante cuestionarios de satisfacción, con un porcentaje de respuesta de un 95,48%. El 94,4 % de los profesionales indicó que la formación mejora su trabajo y el 95,5% que los conocimientos aprendidos los puede transferir inmediatamente en su puesto de trabajo (Tabla 4. Anexo 3).

Discusión y conclusiones

Las consultas enfermeras presenciales y no presenciales en los CSS han permitido hacer una valoración geriátrica integral del paciente anciano conjunta, elaborar junto a las enfermeras de la residencia un plan de cuidados y llevar a cabo las intervenciones precisas para abordar los diferentes síndromes geriátricos detectados, así como también participar en la asistencia interdisciplinar del equipo de geriatría del hospital con los profesionales sanitarios de la residencia.

El suministro de material, junto a la formación, ha posibilitado realizar técnicas y cuidados en el propio centro que anteriormente se realizaban en el hospital. También la provisión de equipos de protección individual y material relacionado con la prevención de transmisión de microorganismos en el entorno sanitario, además de la información de cartelería e infografías relacionado con ello, han facilitado poder llevar a cabo las medidas de prevención y control de las infecciones en estos momentos de pandemia que han sufrido muchos CSS a nivel nacional e internacional(18).

El grado de satisfacción de los profesionales sanitarios que asistieron a los talleres en el CSS fue alto y con una alta aplicabilidad en su puesto de trabajo; teniendo en cuenta que el 72,4% de los profesionales de servicios sociales, considera que existe bastante necesidad de recibir formación(19, 20).

La coordinación entre ámbitos asistenciales ha evitado el desplazamiento de personas mayores al hospital tanto para consultas de cuidados como para procedimientos diagnósticos o terapéuticos, como reportan Díaz-Gegúndez et. al.(12). Esto cobra mayor relevancia en un contexto de pandemia teniendo presente las recomendaciones de restricciones de contactos que estaban en vigor durante la implantación del programa. También las dificultades de movilización del paciente anciano y la complejidad en la valoración de la población anciana fuera de su entorno.

Consideramos que esta experiencia podría ser puesta en marcha en otros centros por los beneficios que pueden obtener los residentes tanto en la situación epidemiológica actual y a futuro.

Anexo 1. Bibliografía:

Anexo 2.

Tabla 1:

CSS	Nº de plazas autorizadas
Residencia 1	180
Residencia 2	144
Residencia 3	218
Residencia 4	146
Total	688

Tabla 1. Número de plazas de cada CSS.

Anexo 3.

Tabla 4:

Cuestionarios de formación en CSS	Resultado
Organización del taller (respuesta del 1 al 5)	4,4
Contenidos y metodología de impartición (respuesta del 1 al 5)	4,6
Duración y horario (respuesta del 1 al 5)	4,2
Formador (respuesta del 1 al 5)	4,8
Grado de satisfacción general con el taller (respuesta de 1 al 5)	4,7
¿El asistir a este taller puede mejorar mi trabajo? (Sí)	94,9%
¿Los conocimientos aprendidos los puedo transferir inmediatamente en mi puesto de trabajo? (Sí)	95,5%
Cuestionarios de formación en Centro de Simulación	
Organización (respuesta del 1 al 5)	4,9
Instalaciones (respuesta del 1 al 5)	4,8
Recursos (respuesta del 1 al 5)	4,9
Contenidos (respuesta del 1 al 5)	4,8
Utilidad aprendido (respuesta del 1 al 5)	4,9

Tabla 4. Resultados de los cuestionarios realizados tras la formación.