



DIRECTO AL GRANO

Cantabria se ha sumado a la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad del Ministerio de Sanidad de la mano de Fernández Miera, que considera que la atención al enfermo crónico, habitualmente pluripatológico, debe ser integral y continuada y fruto de una mayor coordinación entre Primaria y Especializada. Además, cada médico de familia debe tener un internista de referencia en el hospital, el cual al mismo tiempo será el médico 'de cabecera' del enfermo siempre que éste tenga que ser ingresado

Manuel **FERNÁNDEZ MIERA**

COORDINADOR DE LOS HOSPITALES DE DÍA MÉDICO Y QUIRÚRGICO Y DEL HOSPITAL DE SEMANA DE VALDECILLA Y REPRESENTANTE DE CANTABRIA PARA LA ESTRATEGIA DE ABORDAJE DE LA CRONICIDAD DEL MINISTERIO DE SANIDAD

«EN EL HOSPITAL, EL ENFERMO CRÓNICO DEBE SER TRATADO POR UN INTERNISTA»

...que es fundamental para lograr un buen rendimiento. En este último año hemos conseguido reducir a un 32% los tiempos muertos (la primera media hora de la mañana, la última parte de la tarde, el tiempo entre pacientes en un mismo puesto...), que es una cifra muy buena para un hospital de día. Esto se debe a que, por un lado, siempre hay personal médico presente y una supervisora que se ocupa de la gestión. Y disminuir los tiempos muertos hace que cada año aumente el número de pacientes. Por otro lado, es muy importante el uso de protocolos, en el HDM cada tratamiento y cada ensayo, cada procedimiento tienen su protocolo, en cuanto a tiempo, orden de administración, y para todas las posibles complicaciones que surjan durante el procedimiento (extravasaciones, obstrucción de catéter).

● ¿Qué significa para los pacientes? ¿Cómo valoran el trato y la atención que reciben?

○ Periódicamente hacemos encuestas entre nuestros pacientes: por ejemplo, en cuanto a espera, más del 80% de ellos dicen no haber tenido que esperar o lo han hecho durante menos de 15 minutos. Casi el 60% vienen para tratamientos de quimioterapia, y a lo largo de los años hemos visto que la gente ya lo tiene completamente asumido, de manera que ahora más del 60% ya conoce el HDM antes de venir. Procuramos darles comodidad, aquí están en sillones anatómicos, que se pueden regular y cambiar de posición. Además, los que vienen muchas veces hacen muy buena relación con las enfermeras, la enfermería aquí es muy importante y todos los pacientes se muestran muy satisfechos del trato que reciben por parte de las enfermeras, nadie se queja nunca. Hemos llegado a tener un psicólogo propio y un nutricionista, pero ahora, si es necesario apoyo psicológico tenemos que enviar al paciente a la Asociación Española Contra el Cáncer y en cuanto a la nutrición, las enfermeras hacen en los pacientes oncológicos al principio de cada ciclo una valoración del estado ponderal y nutricional. No tenemos un hospital de día ideal pero nos vamos acercando.

● También es importante la informatización de los procesos que emprendieron hace un tiempo...

○ Ya hemos acabado y actualmente no se administra nada si no está en la prescripción electrónica, que es específica del Hospital de Día. Nos lo hemos financiado con el porcentaje que nos corresponde de haber participado en los ensayos clínicos, con lo que hemos comprado la tecnología necesaria y hemos creado un programa informático. Ahora tenemos control y seguridad absoluta de lo que administramos, las enfermeras tienen un código de barras con el que se chequean primero



una entrevista de **Begoña Porras**

● El Hospital de Día Médico se ha convertido ya en parte esencial de Valdecilla. ¿Cuál es la actividad actualmente?

○ Los dos hospitales de día han visto aumentar claramente el número de pacientes atendidos. En el Hospital de Día Médico (HDM), tenemos del orden de 22.000 visitas al año. Aquí lo más complejo es la gestión de los tiempos...

ellas mismas y luego al paciente y después confirman la medicación con el programa informático y si existe cualquier error el ordenador les avisa. También nos permite evitar errores en las citas de los pacientes.

● ¿Cómo ha evolucionado el Hospital de Día Médico en estos 13 años?

○ Se puede decir que el HDM nació pegando codazos para hacerse un sitio, con una idea más amplia y como un servicio polivalente, a diferencia de lo que eran los hospitales de día para pacientes oncológicos que había en la mayoría de hospitales. Queríamos que en éste tuvieran cabida pacientes de Reumatología, Neurología, gente que ingresaba dos días para

ponerse un tratamiento... Ha sido a lo largo del tiempo cuando se ha ido definiendo como un servicio para poner tratamientos intravenosos, parenterales, subcutáneos y técnicas como toracocentesis, paracentesis... Además, el hecho de que lo hayamos llevado siempre gente de atención domiciliaria y también las nuevas instalaciones nos han obligado a distribuir las cosas entre el HDM y el Hospital de Día Quirúrgico (HDQ). Por otra parte, ahora todos los profesionales del hospital tienen en cuenta el HDM y nos envían a sus pacientes. Hemos conseguido establecer una dinámica de continuidad en la atención al paciente, de manera que quienes necesitan tratamiento

también en fin de semana son atendidos por los equipos de atención domiciliaria. En cuanto al tipo de pacientes, ha cambiado poco. Inicialmente había muchos de Hematología, pero luego ha crecido mucho el número de pacientes de Reumatología, debido a la utilización de las nuevas terapias biológicas. Ahora mismo, Oncología supone entorno a un 60%, Hematología 10-15% y Reumatología otro tanto, y empieza a crecer Neurología gracias a que empieza a poner también terapias biológicas. Otro tratamiento que hacemos mucho es el hierro intravenoso, más eficaz que el oral en algunas anemias.

● Dice que no es un hospital de día ideal, ¿qué le falta para serlo?

○ Le haría falta disponer de otro tipo de profesionales: un nutricionista, un psicooncólogo, y mayor coordinación si cabe con el resto del hospital, porque estoy convencido de que hay pacientes en las plantas que ingresan para ponerles tratamientos que se les podrían hacer aquí y se podrían ir a su casa cada día. Tenemos que conseguir también mayor interrelación con Atención Primaria, para que un paciente al que su médico de familia le ha hecho un diagnóstico y le quiere poner un tratamiento tenga acceso directo al hospital de día sin tener que pasar por el especialista.

● ¿Y el Hospital de Día Quirúrgico (HDQ) qué papel desempeña en relación con la actividad quirúrgica de Valdecilla?

○ Ha crecido también al menos un 30-40% en estos tres años. Pero el HDQ podría ayudar más para reducir las listas de espera y se le podría sacar mayor rendimiento si Valdecilla dispusiera de personal suficiente en horario de tarde para hacer cirugía mayor ambulatoria (CMA). Nosotros tenemos todavía un margen de maniobra grande y capacidad para acoger a muchos más pacientes tanto de CMA como de endoscopias... En verano también baja mucho la actividad en los quirófanos, solo se operan los casos de cáncer y lo urgente y solo ocasionalmente se hacen algunas intervenciones de CMA, y también disminuyen las pruebas diagnósticas. Teniendo en cuenta todo esto, estamos a un 38-40% de ocupación, pero hay especialidades que en el resto de España operan hasta al 90% de sus pacientes por CMA. Creo que en este sentido hay un margen de mejora de la coordinación entre servicios y niveles asistenciales para aumentar este tipo de cirugía.

● Y por si no fuera poco coordinar la actividad en dos hospitales de día y el hospital de semana, se embarca usted en un gran proyecto para mejorar la atención a la cronicidad...

○ Todo empezó cuando hace unos años supe de la existencia del Grupo de Trabajo de Atención al Paciente Pluripatológico y de Edad

HOSPITAL DE DÍA MÉDICO

«LO MÁS COMPLICADO ES LA GESTIÓN DE LOS TIEMPOS, QUE ES FUNDAMENTAL PARA LOGRAR UN BUEN RENDIMIENTO. EN UN AÑO HEMOS REDUCIDO LOS TIEMPOS MUERTOS AL 32%»



Avanzada de la Sociedad Española de Medicina Interna. El paciente crónico, por el que siempre he tenido gran interés, es el paciente tipo actual en todos los sistemas desarrollados del mundo. La OMS se dio cuenta hace mucho tiempo de que es necesario redirigir los hospitales hacia la atención de estos pacientes. Hoy, la gente se muere de descompensaciones de enfermedades crónicas, pero los sistemas sanitarios siguen organizados en función de la patología aguda. Hay que darle la vuelta a los hospitales y a la atención primaria. Hace algún tiempo, un grupo de internistas suscribió en Sevilla un documento en el que aseguran que la relación entre el médico de Primaria y el internista del hospital es básica para este tipo de pacientes y se comprometen a una asistencia integral y continuada. Fue el germen para que en muchos hospitales como el Virgen del Rocío de Sevilla se fueran montando sistemas de atención continuada al paciente crónico, consistentes en asignar un internista a cada centro de salud para que se ocupe de los pacientes crónicos y sea referencia para los médicos de familia, con los que celebra sesiones conjuntas en los propios centros de salud. Al mismo tiempo, en los hospitales se están creando unidades de pacientes pluripatológicos, de alta resolución, con un hospital de día de pocos puestos y algunas camas de hospitalización de corta estancia.

● **Pero eso requiere un cambio de mentalidad y mucho apoyo por parte de las administraciones...**

○ Sí, a ese nivel todo es más lento. Nosotros hemos celebrado ya el tercer congreso de atención al paciente crónico..., y en esto ha tenido mucho peso Rafael Bengoa, actual consejero de sanidad del País Vasco y considerado el padre del servicio vasco de salud, que ha montado en Euskadi una estrategia de atención al paciente crónico. Detrás han ido los andaluces y los valencianos, que lo han reorganizado todo hacia la atención del enfermo crónico: hospitales, centros de salud, atención a domicilio..., han creado toda una red de atención, aprovechando mucho las tecnologías de la información, han empezado a implicar a los propios pacientes en su autocuidado, han creado escuelas de pacientes, para traspasar parte de la responsabilidad al propio enfermo...

● **¿Y en Cantabria cuál es la situación?**

○ Mi tesina cuando acabé el Máster en Gestión sanitaria versó en torno a este tema, y se lo presenté al Servicio Cántabro de Salud, que acogió muy bien la idea. En enero de este año, durante la Conferencia Nacional de Atención al Paciente Crónico, de la que salió la Declaración de Sevilla, Cantabria se adhirió a ella y se ha intentado aprovechar la creación de la gerencia única de Laredo, que es una situación ideal para iniciar una estrategia como ésta, porque la dirección y los objetivos son los mismos en primaria y en el hospital. Pero de momento está todo por hacer.

● **¿Qué retos plantea la atención al paciente crónico hoy en día?**

○ El reto fundamental es traspasarle al paciente parte de la responsabilidad de su enfermedad, hasta donde él pueda asumirla, pero hay que ir más allá de la educación sanitaria, de decirle que no fume o no beba, hay que darle armas para que conozca su enfermedad y sepa qué hacer cuando surjan imprevistos. El otro reto es concienciar a los profesionales del hospital, que ven cada día a este tipo de



FOTOS: DELTA-ANA M.

pacientes y tienen muy asumido que son necesarios los cambios, pero no están acostumbrados a la continuidad de la atención. Hay que procurar que el paciente no tenga que ingresar, utilizar al máximo los hospitales de día, las camas de corta estancia, y si tiene que ingresar, que tenga un médico de cabecera dentro del hospital. No menos importante es el reto que supone el cuidador y la necesidad de respaldarle: estos pacientes tienen un cuidador, generalmente un familiar, que también necesita apoyo y aprender, porque su papel es básico en la atención integral.

● **¿En qué puntos hay que basar la asistencia a estos enfermos?**

○ Además del autocuidado del paciente, los puntos claves son la utilización de las tecnologías de la comunicación, la continuidad asistencial, la atención integral, la coordinación entre primaria y el especialista y que el especialista que lleve a este tipo de pacientes pluripatológicos sea un internista. La atención se debe basar en la llamada gestión de casos, que son aquellos más complejos que hay que gestionar de forma individualizada y diferente. En cuanto al paciente crónico con una sola enfermedad, debe ser seguido por el especialista correspondiente, aunque casi

seguro con el tiempo acabará convirtiéndose en pluripatológico y entonces deberá pasar a manos del internista. Según la experiencia de Sevilla, no solo el médico de familia tiene un internista de referencia sino que además cada vez que el paciente ingresa en el hospital lo hace en las camas dependientes de ese internista, lo que permite, por ejemplo, reducir el tiempo de estancia.

● **¿De qué volumen de pacientes estamos hablando que necesitarían hoy este tipo de atención?**

○ En la población general se calcula que entre un 1,5 y un 2% de los mayores de 14 años son pacientes crónicos pluripatológicos, es decir, con dos o más patologías crónicas. En mi proyecto, yo hice una estimación de unos 200-250 pacientes por centro de salud de media o unos 40-50 pacientes por médico de familia, que tienen varias enfermedades y que muchas veces son difíciles de captar porque ni siquiera su médico de familia les conoce personalmente.

● **Y que además consumen muchos recursos...**

○ En la pirámide de Kaiser, que clasifica a la población según el número de patologías y su gravedad, los enfermos crónicos

pluripatológicos suponen un 5% y consumen el 40% de los recursos; junto con los crónicos de una sola enfermedad utilizan el 70-80% de los recursos. Pero este es un problema en expansión, puesto que la edad conlleva más patología crónica, si bien también hay que tener en cuenta que algunos epidemiólogos dicen que la morbilidad se está comprimiendo a partir de los 75-80 años, la gente vive más y con más calidad de vida...

● **¿Se puede trazar un perfil de este tipo de pacientes?**

○ El enfermo crónico pluripatológico suele ser mayor de 75 años, hombre o mujer (no hay diferencias en cuanto al sexo, aunque a partir de cierta edad hay más mujeres sencillamente porque los hombres se mueren antes), que ingresan mucho en el hospital, que acuden mucho a atención primaria y a los que no se les puede programar una atención porque no se puede predecir cuándo se van a descompensar -más que controles periódicos son necesarias consultas abiertas-, afectados sobre todo por insuficiencia cardiaca o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (estas dos enfermedades suponen el 60-70% de los casos) y por supuesto polimedicados, con muchos medicamentos y mucho riesgo.

HOSPITAL DE DÍA QUIRÚRGICO

«PODRÍAMOS AYUDAR MÁS A REDUCIR LAS LISTAS DE ESPERA SI VALDECILLA DISPUSIERA DE MÁS PERSONAL PARA INCREMENTAR LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA»

ENFERMO CRÓNICO PLURIPATOLÓGICO

«ES MAYOR DE 75 AÑOS, INGRESA MUCHO EN EL HOSPITAL Y ACUDE MUCHO A PRIMARIA, POLIMEDICADO Y AFECTADO SOBRE TODO DE INSUFICIENCIA CARDIACA O EPOC»