

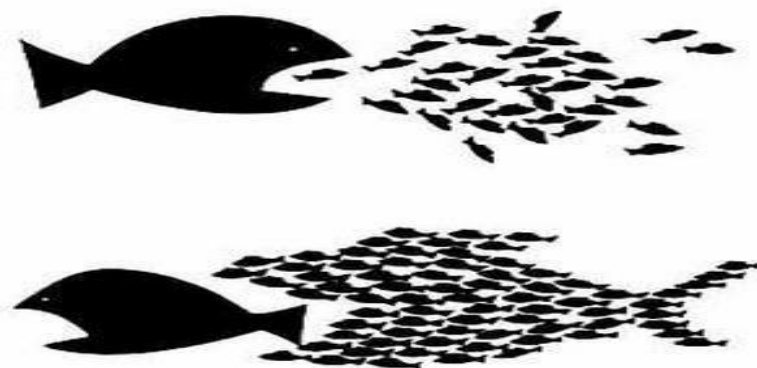
# Protocolo de Coordinación Hospitalización a Domicilio- Atención Primaria. Del mito a la realidad

**Eulalia Villegas Bruguera**  
**Hospital Dos de Maig**  
**Barcelona**

# MITOS y LEYENDAS

LA NUEVA ALIANZA

# Historia del proyecto



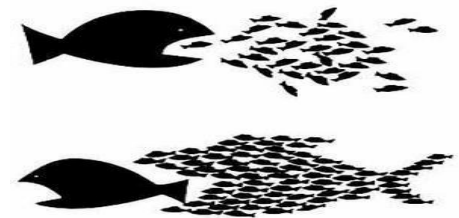
- 2006: Hospitalización a Domicilio (HADO) del Hospital Dos de Maig entra en funcionamiento
  - Un médico de dedicación compartida, dos enfermeras a jornada completa y una a media jornada
  - 150 altas
  - 50% altas de servicios quirúrgicos
- 9 Áreas Básicas de Salud (ABS), población >150.000 personas
- 2007: El Consorci Sanitari Integral (CSI) propone elaborar un proyecto de coordinación entre HADO y sus dos ABS Gaudí (2K) y Sagrada Familia (2I)

# Los aspectos atractivos del circuito



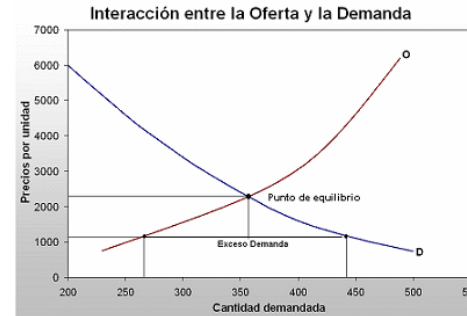
- Rápido flujo de información al ABS del ingreso en HADO de un paciente
  - **Contacto e intercambio de información útil**
- Visita de enlace entre ambos equipos en el domicilio
  - **Alta precoz desde HADO a Atención Primaria (AP)**
- Posibilidad de ingreso directo en HADO de un paciente desde AP
  - **Circuitos de exploraciones complementarias**
  - **Evitar estancias en Urgencias, camillas...**
  - **Pacientes terminales, pluripatológicos...**
  - **Pacientes de aislamiento hospitalario obligatorio**
  - **Curas largas y complejas de enfermería**

# Objetivos



1. Iniciar y consolidar un circuito fluido de información clínica de los pacientes pertenecientes a 2K y 2I ingresados en el HADO
2. Facilitar la continuidad asistencial entre hospital y AP
3. Disminuir la estancia media de ingreso en el HADO
4. Aumentar la capacidad de asistencia sin ocupar más espacio en el hospital. Coste de la oportunidad
5. Mejorar la oferta de servicios y los índices de calidad asistencial
6. Implicar a familiares y cuidadores en la asistencia
7. Aumentar la adhesión y cumplimiento de los tratamientos

# HADO ofrecía...



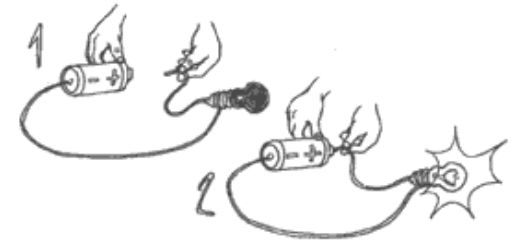
- Atención al paciente 24 horas al día, 365 días al año
  - Tratamientos endovenosos
  - Facilitar el acceso a exploraciones complementarias
  - Curas complejas y frecuentes de enfermería
  - Oxigenoterapia y nebulizaciones
  - Atención al paciente paliativo agónico
- Atención directa y permanente por parte de un médico o enfermera del HADO los días laborables de 8 a 20h, y de 8 a 15h los fines de semana y festivos
- Resto del horario (de 20h a 8h laborables, resto de 15h a 8h) atención telefónica directa del jefe de guardia de Urgencias

# HADO precisaba...



- Diagnóstico establecido (o deducible)
- Situación clínica soportable en el domicilio (según perfil del paciente)
- Transitoriedad del proceso de ingreso
- Aceptación del paciente/cuidador/tutor, y firma del consentimiento informado
- Ubicación del domicilio en el área de influencia del hospital
- Existencia de un cuidador adecuado:
  - Capacidad de entender y ejecutar los cuidados delegados y la vigilancia
  - Disponibilidad horaria
  - Aceptado por el paciente y reconocido por el médico

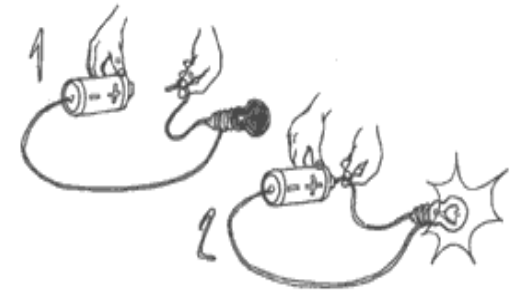
# Circuito de coordinación: HADO → AP



- Desde el HADO se enviaba un correo electrónico a los adjuntos de enfermería (ABS) y a la enfermera de enlace (hospital) comunicando el ingreso hospitalario
- Los adjuntos de enfermería (gestores de casos) del ABS traspasarían esta información a la enfermera de la Unidad Básica Asistencial (UBA) a quien cada paciente está asignado
- Enfermera o médico de la UBA se pondría en contacto con el HADO (correo-e, teléfono, fax) en <72h
- Pacto de visita conjunta, si procedía, para agilizar el alta de HADO (en el caso de patologías en tratamiento ev o nebulizaciones, el alta a ABS se daba al finalizarlo)

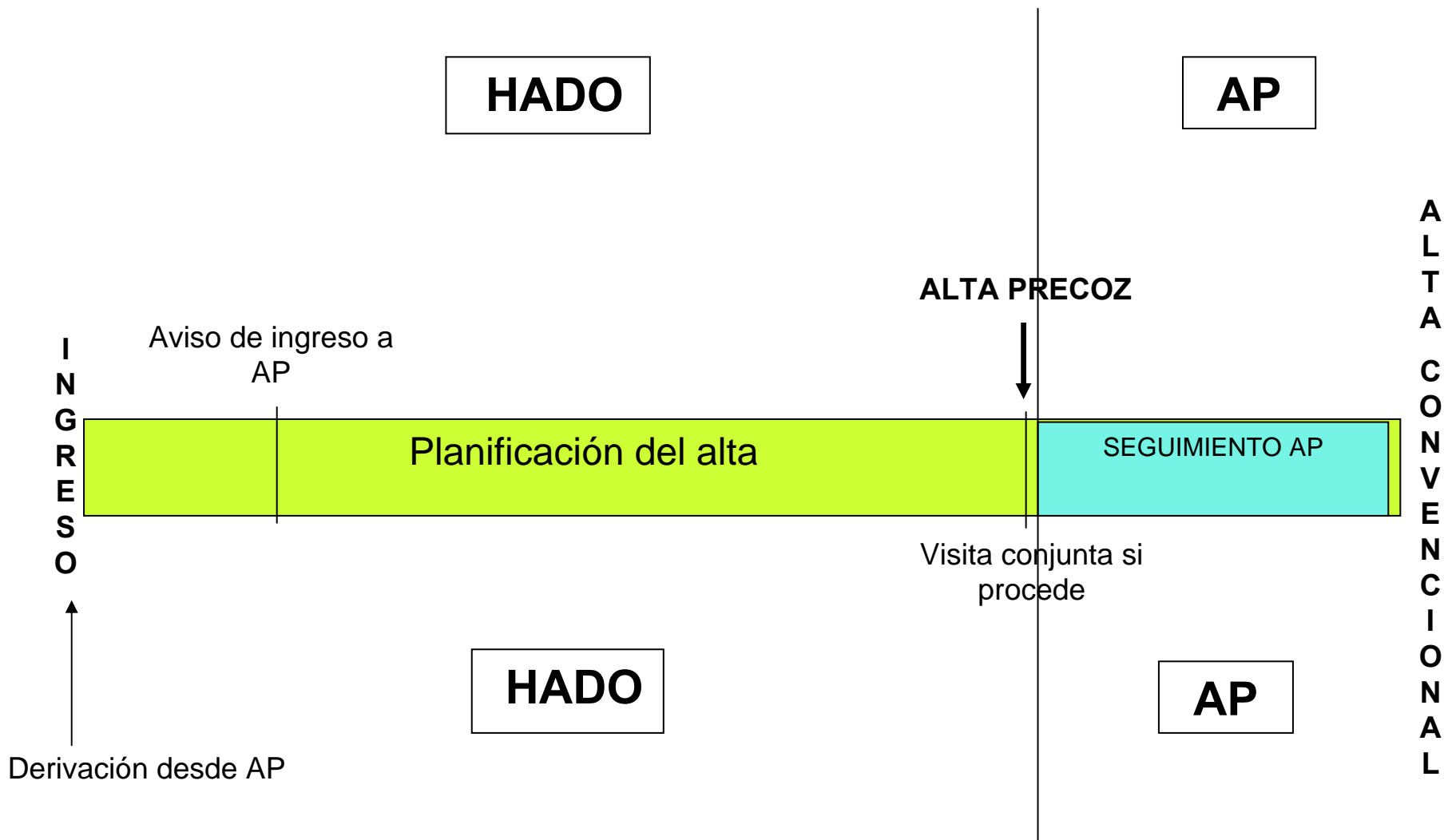


# Circuito de coordinación: AP → HADO



- En los pacientes controlados por el ABS que padecieran una recaída con criterio de ingreso hospitalario el circuito se establecería a la inversa. Desde AP se contactaría con HADO (enfermera i/o médico)
- Una vez ingresado en HADO, la información fluiría entre ambos equipos, y en caso necesario se realizaría visita conjunta al alta
- Aquellos fármacos que no figurasen en el petitorio del hospital serían facilitados por la UBA

## Circuito de coordinación: HADO → AP



## Circuito de coordinación: AP → HADO

# Población incluida en el circuito

- **2007:** 2 ABS en protocolo (2I, 2K), gestión privada (CSI)
- **2009:** Ampliación del circuito a 2H y 2J, gestión privada (EAP Dreta de l'Eixample SL)
- **2010:** Inclusión de 2 ABS correspondientes al CAP Larrard, gestión privada (PAMEM)
- **2010:** **6 ABS** incluidas en el protocolo, con **>100.000** personas mayor de 14 años, **>15.000** tienen 75 o mas años.
- **>1000** personas incluidas en el ATDOM (Atención en Domicilio de AP)



# Resultados

$$c = a + b + d$$

$$c = (T \cdot S \cdot (a - 10^a) + 3a + 2 \cdot 3 \ln 11)^2$$

$$c = (T \cdot S \cdot \log \frac{1}{x \cdot y} + 3a + 6 \ln 11)^2$$

$$c = \left[ \int_{x_1}^{x_2} \sum_{i=1}^n \alpha dx + \frac{3[(5+y) \cdot (6+3T)]}{(5+y)(8+2)+1} + 6 \ln 11 \right]^2$$

$$c = \left[ \int_{x_1}^{x_2} \sum_{i=1}^{200} \frac{(5+y)i + 6 + 3T}{(5+y)(8+2)+1} dx + \frac{3[(5+y) \cdot (6+3T)]}{(5+y)(8+2)+1} + 6 \ln 11 \right]^2$$

$$c = \left[ \int_{x_1}^{x_2} \sum_{i=1}^{200} \frac{(5+y)i + (\beta - 10^a) + 3T}{(5+y)(8+2)+1} dx + \frac{3[(5+y) \cdot (\beta - 10^a + 3T)]}{(5+y)(8+2)+1} + 6 \ln 11 \right]^2$$

$$c = \left[ \int_{x_1}^{x_2} \sum_{i=1}^{200} \frac{\sqrt{5+y} + (\beta - 10^a) + 3T}{(5+y)(8+2) + \log 8} dx + \frac{3[\sqrt{5+y} + (\beta - 10^a) + 3T] + 6 \ln 11}{10 \cdot 2 \cdot 6 \cdot 2^{-1} + \log 8} \right]^2$$

$$c = \sqrt{\int_{x_1}^{x_2} \sum_{i=1}^{200} \alpha dx + \frac{3 \sqrt{5+y} + (\beta - 10^a) + 3T}{(5+y)(8+2)} + 6 \ln 11}$$

$$c = \sqrt{\int_{x_1}^{x_2} \sum_{i=1}^{200} \alpha dx + \frac{3 \sqrt{5+y} + (\beta - 10^a) + 3T}{10 \cdot 2 \cdot 6 \cdot 2^{-1} + \log 8} + 6 \ln 11}$$

$$c = \sqrt{\int_{x_1}^{x_2} \sum_{i=1}^{200} \alpha dx + \frac{3 \sqrt{5+y} + (\beta - 10^a) + 3T}{10 \cdot 2 \cdot 6 \cdot 2^{-1} + \log 8} + 6 \ln 11}$$

# Resultados



- 2007: 2 ingresos (1 paciente) en HADO a solicitud de los ABS. 40 pacientes de las dos ABS ingresados.
- 2008: 0 pacientes derivados a HADO para ingreso desde ABS. 37 pacientes de las dos ABS ingresados.
- 2009: 3 pacientes derivados desde las 4 ABS para ingreso, con 11 episodios en HADO en total (7 derivados desde ABS, 4 reingresos en HADO directos). 58 altas del HADO pertenecían a las 4 ABS.
- 2010: 76 episodios de ingreso de pacientes pertenecientes a las 6 ABS, 11 episodios de pacientes derivados los EBA (7 derivados realmente).



# Visitas de enlace y estancias

- Estancias totales HADO/HADO-AP
  - 2007:2962/**11**
  - 2008:2445/**0**
  - 2009:2908/**160**
  - 2010:2399/**146**
- Visitas de enlace
  - Todas de enfermería
    - 2007: **1**
    - 2008: **0**
    - 2009: **4**
    - 2010: **2**
- Ahorro de estancias en HADO: **0**



## Análisis de los (magros) resultados

[Http://www.aletreando.com](http://www.aletreando.com)

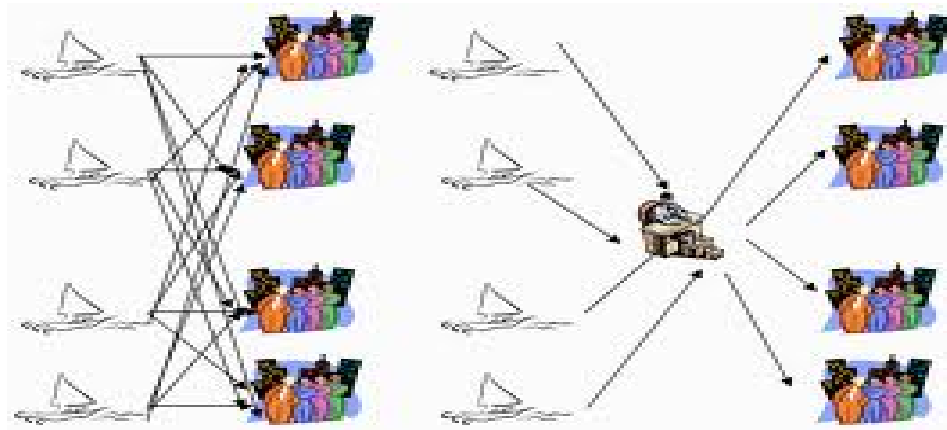
Quien es feliz  
no suele preguntarse  
por las razones

- **1. Los intermediarios**
- **2. La compleja organización sanitaria de AP en Cataluña**
- **3. La limitación en la atención domiciliaria de AP**





# Los intermediarios



- Gestores de casos, coordinadores, enfermeras de enlace...
- Ventajas:
  - Tienes un nombre concreto a quien llamar y consultar
  - El cargo existe para facilitar la transmisión de la información
- Inconvenientes:
  - Poder llamarle no asegura encontrarlo
  - Es un paso intermedio donde la información puede quedar retenida
  - A menudo son cargos cambiantes
  - Directamente nunca conocen el caso del que hablan

# La compleja organización sanitaria de AP en Cataluña

- El CatSalut trabaja con diversos proveedores de servicios sanitarios, de los cuales l'Institut Català de la Salut (ICS) es el proveedor mayoritario (>80% de los ABS). El resto (86 ABS en Catalunya) están gestionados por 39 entidades diferentes.
- Cada entidad (o proveedor) posee una organización interna particular, y unos objetivos de gestión diferentes
- Hay 49 ABS en Barcelona ciudad, de los cuales 16 no están gestionados por el ICS

# ABS no gestionados por el ICS en Barcelona ciudad

- Gestionado por el Consorci d'Atenció Primària de Salut Eixample (CAPSE): CAP Eixample
- Gestionados por el Consorci Sanitari Integral (CSI): CAP Sagrada Família, CAP Gaudí
- Gestionado por el CSC Vitae, SA: Centre Integral de Salut Cotxeres
- Gestionado por el Parc Sanitari Pere Virgili: CAP Sant Gervasi, CAP Vallcarca
- Gestionado por EAP Dreta de l'Eixample, SL: CAP Roger de Flor
- Gestionado por EAP Sardunya, SL: CAP Sardunya
- Gestionado por EAP Sarrià, SL: CAP Sarrià
- Gestionado por Gesclinic, SA: CAP Les Corts
- Gestionado por el EAP Poble Sec, SL: CAP Poble Sec - Les Hortes
- Gestionados por l'Institut Municipal de Prestacions d'Assistència Mèdica al Personal Municipal (PAMEM): CAP Vila Olímpica, CAP Larrard, CAP Barceloneta
- Gestionado por CSC Vitae, SA: Centre Integral de Salut Cotxeres

# La limitación en la atención domiciliaria de AP

## Puntos calientes:

- Los pacientes de cupo de cada médico se reparten frecuentemente entre dos o más enfermeras.
- El promedio de pacientes por médico del CAP es  $> 1200$  ( $>1500$  por enfermera). El promedio de pacientes  $>75$  años por médico es superior a 125 ( $>175$  por enfermera).
- En cada ABS hay más de 200 pacientes registrados en el programa ATDOM de AP (Atención Domiciliaria al paciente crónico dependiente). No se conoce el número de pacientes susceptibles no incluidos

- Promedio de visitas domiciliarias médicas "agudas" (incluidas las post-altas hospitalarias): 6-10 (12-25 enfermería). Cada día hay un médico y una o dos enfermeras en turnos de mañana y tarde.
- Cada médico tiene un tramo de agenda una o dos veces al mes (enfermería uno a la semana) reservado para acudir a visitas de sus pacientes ATDOM.



# Conclusiones ≠ Impresiones

- Establecer circuitos de comunicación y derivación de pacientes entre AP y HADO es lento y complejo
- En nuestro entorno la comunicación sigue dependiendo de la interacción positiva profesional-profesional y de los lazos de confianza particulares y personales
- La carga asistencial limita, también en este caso, el desarrollo de líneas de trabajo beneficiosas para los pacientes



*Surgiendo de la nada he nos  
alcanzado las más altas cimas  
de la miseria.*

*Groucho Marx*



[www.todocoleccion.net](http://www.todocoleccion.net)