

Con la colaboración de:



AE Agencia de Evaluación
TS de Tecnologías Sanitarias

ANDE
Asociación Nacional de Directores de Enfermería



2011

ANUARIO



La Gestión en
Diabetes desde
la Mesogestión

ÍNDICE

La Gestión en Diabetes desde la Mesogestión	3
FORO GERENDIA	5
INTRODUCCIÓN	6
METODOLOGÍA	6
RESULTADOS	7
 Pasando a la acción. Experiencias Prácticas Locales	 15
1. Estrategia de Atención al Paciente Diabético en el Departamento de Salud de Alicante – Hospital General	17
2. La Gestión Transversal – El Director de Continuidad Asistencial Área Única de Salud de la Comunidad de Madrid – Atención Primaria	19
3. El Endocrino Virtual – Área de Salud de Tenerife	20
4. Continuidad Asistencial a niños con diabetes en el Ámbito Territorial de Barcelona Ciudad: Hospital Vall d’Hebron – Atención Primaria	21
5. Aula Permanente para La Salud – Grupos de Ayuda Mutua (GAM) Unidad de Gestión Clínica Huerta de la Reina. Distrito Sanitario Córdoba	22
6. Unidad de Hospitalización – Hospital Universitario Central de Asturias - Oviedo	24
7. Un Nuevo Método para la Evaluación de Equipos de Atención Primaria: Experiencia de Nueve años (2001-2010) en el Área de Salud Toledo	25
8. Paciente Activo: Mejora de la Gestión centrada en el Paciente – Osakidetza. Consejería de Sanidad del País Vasco	26
9. Unidades de Gestión Familiar – Aulas de Salud: Formación en Autocuidado para Profesionales y Pacientes – Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria	28

10. Interrelación Atención Primaria-Especializada: Programa "Cribado de Retinopatía Diabética en Atención Primaria" – Valencia	29
11. Sistema Logístico Integral Sanitario – Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol – Málaga	31
12. Gestión de la Diabetes – Estructura Multinivel – Centro de Salud Beraun. Guipúzcoa – Osakidetza	32
13. Uso Racional de Tiras de determinación de Glucemia en Atención Primaria – Servicio de Farmacia de Atención Primaria de Guadalajara.....	33
14. Estructura de Gestión – Hospital Costa del Sol – Málaga Agencia Sanitaria Costa del Sol	34
15. Autonomía de Gestión en un Equipo de Atención Primaria – Barcelona ICS – Institut Català de la Salut.....	35

La Gestión en Diabetes desde la Mesogestión



AUTORES

**Sarria Santamera A⁽¹⁾, Sánchez-Gómez MB⁽²⁾, Ferrer Arnedo C⁽³⁾, Sanz Villorejo J⁽³⁾,
Rodríguez Martínez M⁽⁴⁾, De Armas Felipe J⁽⁵⁾, González González J⁽⁶⁾,
Paricio Muñoz J⁽⁷⁾, Foro Gerendia⁽⁸⁾**

⁽¹⁾Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III, ⁽²⁾DC Cuidados Sociosanitarios, ⁽³⁾Asociación Nacional de Directivos de Enfermería, ⁽⁴⁾D.A.Este, Gerencia de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud, ⁽⁵⁾Gerencia Atención Primaria Tenerife, Servicio Canario de Salud, ⁽⁶⁾Atención Primaria, Departamento de Salud de Alicante-Hospital General, ⁽⁷⁾Servicio Aragónés de Salud.

⁽⁸⁾Foro Gerendia: Aranda Gallardo M, Arévalo Pérez C, Arnal Selva R, Barace Egaña J, Calderón Grau P, Calvo Mayordomo M, Canca Sánchez JC, Carrasco Rodríguez J, Díaz Castro I, Díaz Sánchez TJ, Domínguez González C, Fernández Espona M, Fernández Menéndez A, Fonta Velasco F, Gallego Paz M, Gallego P, Gallel Urgel M, García Fernández P, Guerrero González M, González Crespo G, González Gutiérrez C, Gutiérrez Díaz F, Hernández García J, Hernández Ortega E, Levy Benasuly A, Lobato Ortega J, Lobato Valcuende O, Lozano Guerras R, Makazaga Garbizu I, Maroto Cueto S, Marteles Casajús S, Martín Afán de Rivera J, Martín Sánchez J, Martínez S, Medina Santana JR J, Medina Perez M, Méndez Serrano B, Miguélez Chamorro A, Molins G, Moreno Valenzuela Y, Motilla López F, Navarro Perez J, Nogales Carpintero JI, Olmo Martínez C, Olmo Quintana V, Parody Rúa E, Paredero J, Peña González M, Pérez Alcalá N, Pérez Perales I, Raya Herrera J, Rodríguez Ferrer C, Rodríguez González M, Sala Álvarez MC, Sánchez Fernández A, Sánchez Martín JM, Sánchez Rey M, Segarra Cañamares M, Tobajas Señor E, Yáñez Moto M, Yerro Jesús.

FORO GERENDIA

Gerendia es un foro que nace para desarrollar un espacio de conocimiento aplicado que permita crear oportunidades de aprendizaje mutuo, apoye los procesos de decisiones de los gestores sanitarios, permita conocer estrategias y modelos de Gestión en la atención al paciente con Diabetes, y a su vez sirva para compartir experiencias, debatir y discutir sobre los diferentes factores que influyen en el reto complejo de gestionar la diabetes en los distintos niveles Macro, Meso y Microgestión.

Gerendia surge de la colaboración de la División de Diabetes de Abbott, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III y la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE).

Niveles de Gestión



INTRODUCCIÓN

La gestión de la Diabetes Mellitus (DM) representa un desafío importante para los servicios de salud, por un lado para buscar soluciones cada vez más próximas a las necesidades emergentes de los pacientes y por otro, en la búsqueda de soluciones seguras y eficientes en la gestión integral del proceso. La evidencia indica que para mejorar la calidad y efectividad de la gestión de las enfermedades crónicas como la DM, es preciso adoptar una visión sistemática que incluya un sistema sanitario proactivo y pacientes protagonistas activos y co-responsables de la gestión de su enfermedad.

El objetivo de esta comunicación es describir las opiniones, de un grupo de directivos y responsables en la toma de decisiones, sobre la importancia y factibilidad de las estrategias que pueden ayudar a mejorar la gestión de la DM.

La gestión de la Diabetes Mellitus (DM) representa un desafío importante para los servicios de salud

METODOLOGÍA

Se realizó una reunión presencial con directivos y responsables en la toma de decisiones a modo de panel de expertos, en la que se planteó un ejercicio de expectativas de los agentes implicados en la gestión de la DM: usuarios, enfermeras, médicos, directivos, servicios centrales de los servicios de salud, industria farmacéutica; agencias financiadoras de investigación, y sociedades científicas. Los asistentes se dividieron en 8 grupos. A cada grupo se le asignó un agente para la discusión de las expectativas, pidiéndoles que asumieran el rol asignado, contestando a la pregunta "¿Qué espero yo de... para realizar un cambio en el modelo de gestión de DM?" situando en los puntos suspensivos cada uno de los otros 7 agentes. Tras la discusión, cada grupo presentó las expectativas de su agente al resto de los grupos generándose un debate después de cada exposición. Tras el debate, las conclusiones de los diversos grupos se revisaron y agruparon en 20 grandes categorías.

Las enfermedades crónicas, entre ellas la diabetes, representan uno de los principales retos a los que tienen que hacer frente los sistemas sanitarios

Con esta categorización y para generar la priorización facilitando la participación, se generó un cuestionario a través de una aplicación de Internet en la que los participantes debían seleccionar y ordenar 3 respuestas siguiendo la Técnica de Grupo Nominal, de doble entrada para este ejercicio, en función de su importancia y factibilidad.

RESULTADOS

Respondieron al cuestionario 26 participantes (tasa de respuesta 63,4%). La estrategia que apareció claramente como más importante fue generar el paciente experto, potenciando su co-responsabilidad, transmitiendo conocimientos y desarrollando habilidades mediante herramientas de ayuda para la autonomía, con guías sencillas y claras, que le proporcionen confianza y seguridad. La estrategia que parece más factible es que Enfermería debe consolidarse como puerta de entrada de los pacientes y asumir la gestión de los casos e Individualizar (planificando y priorizando) la asistencia, realizando el acompañamiento terapéutico al paciente en su proceso, teniendo en cuenta su entorno, creencias y valores.

Finalmente se identificaron como líneas de acción más importantes y factibles:

- I. Generar el paciente experto, potenciando su auto-responsabilidad, transmitiendo conocimientos y desarrollando habilidades mediante herramientas de ayuda para la autonomía, con guías sencillas y claras, que le proporcionen confianza y seguridad.
- II. Enfermería debe consolidarse como puerta de entrada de los pacientes y asumir la gestión de los casos.

- III. Atención primaria debe asumir el liderazgo conductor del proceso en al diabetes, para garantizar la continuidad de cuidados, y la coordinación interniveles.
- IV. Individualizar (planificando y priorizando) la asistencia, acompañando al paciente en su proceso, teniendo en cuenta su entorno, sus creencias y valores.
- V. Ampliar la formación en metodología de educación terapéutica, así como en habilidades de comunicación y en escucha activa.
- VI. Desarrollar nuevas formas de educación terapéutica, como la educación en grupos o las aulas de salud.

Al trasladar estas líneas en los diversos componentes del **Modelo PRECEDE**, aparecieron como:

PREDISPONENTES:

- Capacitar y potenciar la auto-responsabilidad en los pacientes, generando confianza y seguridad.

REFUERZO

Profesionales-pacientes:

Atención centrada en el paciente, su entorno y sus perspectivas.

- Individualizar en función de las características de los pacientes.
- Estratificar a los pacientes en función de sus necesidades.
- Educar desde la comunicación y la escucha activa.

Pacientes-pacientes: aprovechar el conocimiento de los propios pacientes.

CAPACITANTES

- Enfermería: puerta de entrada y gestión individualizada (riesgo y características personales) de casos.
- Atención primaria: continuidad y coordinación del proceso (entre profesionales, entre niveles).
- Gestionar en función de la medida y evaluación de resultados.

DISCUSIÓN

Las enfermedades crónicas, entre ellas la diabetes, representan uno de los principales retos a los que tienen que hacer frente los sistemas sanitarios. Cuando pensamos en la atención a las personas con enfermedades crónicas, podemos considerar que algunas de las características de una buena atención a estas enfermedades serían:

- Una relación terapéutica continua con los pacientes.
- Una gestión clínica efectiva.
- Información, formación y apoyo continuo para los autocuidados a través de la asignación de enfermeras como entrenadoras.
- Valoración periódica y sistemática de la evolución de la enfermedad.
- Plan de cuidados negociado y participativo con los pacientes donde ellos son los protagonistas en su autogestión.
- Seguimiento activo pero no paternalista.

Sin embargo, lo que en muchas ocasiones reciben los pacientes con enfermedades crónicas es:

- Una atención fragmentada y discontinua.
- Déficits en la gestión clínica.
- Falta de información y apoyo para que el paciente asuma el autocontrol.
- Falta de seguimiento activo de los problemas.
- Descoordinación y falta de comunicación entre profesionales y niveles asistenciales.
- Profesionales inadecuados en cada parte del proceso y por tanto ineficiencia.

Aunque existen alternativas tanto para su prevención como para evitar o retrasar las complicaciones una vez que han aparecido, es preciso identificar qué cambios deben incorporar los sistemas sanitarios para conseguir buenos resultados en su tratamiento y control.

Para mejorar la calidad asistencial y la efectividad en la gestión de las enfermedades crónicas es preciso adoptar una visión sistémica, mejorando los sistemas de información, reorganizando los procesos asistenciales y dando visibilidad a la capacidad de gestión de las enfermeras reforzando así la mejora de la capacidad de autocuidados por los pacientes. En definitiva, para conseguir un buen tratamiento de las enfermedades crónicas, los sistemas sanitarios deben conseguir un paciente activo e informado, y un equipo asistencial preparado y proactivo, donde prime la especificidad en la aportación de las diferentes disciplinas al equipo sobretodo la especificidad de médicos y de enfermeras.

Un sistema sanitario preparado y proactivo es aquel que se anticipa a los problemas de salud que se van a producir en el proceso de deterioro relacionado con la evolución de las patologías crónicas. Para ello, cuenta con un buen sistema de información que le permite disponer de toda la información del paciente, que dispone de sistemas de apoyo para la toma de decisiones, que está bien dotado en recursos físicos y humanos, que tiene tiempo para ofrecer una gestión clínica basada en la evidencia y apoyo para los auto-cuidados, y que evalúa sus resultados en dimensiones que tienen relevancia para los pacientes en su entorno.

La calidad y el valor de los servicios sanitarios ofrecidos globalmente no pueden ser mejores que la calidad y el valor de los servicios ofrecidos por las diversas unidades funcionales o microsistemas que lo componen. Es decir, la mejora de la calidad de los sistemas sanitarios implica la mejora de la calidad de la atención que se presta en el punto de contacto con los pacientes. El punto de arranque para definir y rediseñar los microsistemas clínicos serían los profesionales implicados que trabajan en el microsistema, los pacientes atendidos, los procesos asistenciales de los que es responsable y los patrones o pautas que hacen que el microsistema funcione.

Un sistema sanitario preparado y proactivo es aquel que se anticipa a los problemas de salud

No cabe la menor duda que el punto de entrada al sistema de pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes debe ser atención primaria, que debe asumir la responsabilidad de liderar un proceso asistencial integrado, que ofrece una atención coordinada y continua. Dentro de atención primaria, los enfermeros y las enfermeras deberían asumir el protagonismo en el proceso de gestión de casos, que debe adaptarse e individualizarse a las características tanto de estado de salud y riesgo de cada paciente, como sus valores y preferencias en el contexto propio del paciente. Las enfermeras comunitarias pueden jugar un papel clave, con nuevos roles y con una orientación del servicio marcadamente multidisciplinar. Los modelos de atención a pacientes crónicos, centrados en la continuidad asistencial, la educación para el auto-cuidado y el seguimiento en la autogestión del mundo del cuidado cotidiano por parte de la enfermera, son una alternativa coste-efectivas, que consigue mejoras clínicas, en calidad y de vida y satisfacción, y en una utilización racional de servicios.

El punto de arranque para definir y rediseñar los microsistemas clínicos serían: Los profesionales implicados, los pacientes, los procesos asistenciales y los patrones que hacen que el microsistema funcione

La continuidad asistencial es percibida por los pacientes como un elemento clave. Sin embargo, la realidad actual es la prestación fragmentada y episódica de una serie de atenciones puntuales por diferentes profesionales, sin apenas comunicación ni coordinación entre ellos. Un elemento clave para la coordinación y continuidad asistencial es institucionalizar y formalizar la comunicación entre atención primaria y atención especializada. Esta falta de comunicación limita la posibilidad de ofrecer una asistencia coordinada. Los diferentes proveedores de servicios sanitarios deben reorganizarse de una forma coherente, lógica y sincronizada para asegurar la continuidad asistencial.

La falta de integración entre niveles y profesionales origina:

- Duplicidad de esfuerzos diagnósticos y terapéuticos
- Competencia entre ámbitos. La misma enfermedad puede ser vista de forma paralela por diferentes especialistas
- Desconocimiento de la historia médica completa del paciente por haber duplicidad de registros
- Variabilidad de la práctica clínica
- Retrasos en los pacientes que requieren un diagnóstico no demorable
- Prolongación innecesaria del tiempo de paso de cada paciente por el sistema sanitario con la potencial iatrogenia
- Múltiples desplazamientos y citaciones para el paciente
- Desconocimiento de los resultados de las intervenciones
- Desmotivación del personal que trabaja en consultas externas
- Insatisfacción y desconfianza de los usuarios
- Masificación de los servicios de urgencia

La continuidad asistencial más que la simple coordinación, debe plantearse como una visión continua y compartida del trabajo asistencial en el que van a intervenir múltiples profesionales, en centros de trabajo diferentes, en diversos niveles asistenciales, que actúan en tiempos distintos, con un objetivo de resultado final común: la persona. Este concepto de continuidad coloca a la persona y no a las enfermedades en el centro del sistema.

Pasos clave para la continuidad asistencial que pueden asumirse desde enfermería serían, por ejemplo, la importancia de una captación precoz de los casos, que multiplica exponencialmente las posibilidades de actuación, anticipándose al proceso de deterioro del paciente crónico, posibilitando el retraso de las complicaciones, lo que repercute en el mantenimiento de la calidad de vida y estado funcional del paciente.

La continuidad asistencial debe plantearse como una visión continua y compartida del trabajo asistencial en el que van a intervenir múltiples profesionales

Otro aspecto, claramente relacionado con el anterior, es el referido a la adecuada selección de los pacientes candidatos a determinados tipos de tratamientos y a medios diagnósticos de mayor o menor intensidad. Para ello, es preciso el desarrollo de sistemas y modelos que permitan a partir de un mejor conocimiento de los factores, establecer un pronóstico en relación a la respuesta esperada a una determinada intervención sanitaria. Un elemento en este proceso de "individualización" de la asistencia es identificar grupos de pacientes "objetivo" para intervenciones o procesos asistenciales específicos. Esto requiere, por un lado, la estratificación de la población en función de su riesgo clínico y sus necesidades de salud, y por otro lado, ofrecer a cada grupo o tipo de pacientes aquellas intervenciones que la evidencia ha probado efectivas.

Ambos aspectos directamente relacionados con una mejora global en la eficiencia del sistema.

La atención a pacientes crónicos precisa un abordaje flexible, individualizado, adaptando el cuidado de la salud a las distintas fases de la enfermedad, las necesidades de la persona, sus intereses, sus familias y el medio cultural en el que hay que proveer la atención. La asistencia debe plantearse desde dichas premisas, integrando la comprensión de la vivencia de la enfermedad y de la situación de dependencia, así como las respuestas humanas que emergen en esta situación, con las necesidades clínicas que tienen los pacientes. Son modelos "para la permanencia en la comunidad" que se inician a partir de la selección de poblaciones de riesgo, probablemente conocidas de antemano por el equipo asistencial. La persona y su entorno, su salud y necesidades pasan a ser el foco central del sistema. Dado el problema de la poli-morbilidad es importante reconocer la relevancia de ofrecer asistencia y cuidados a las personas, no solo a las enfermedades.

Los Enfermeros deben asumir la responsabilidad de garantizar la continuidad asistencial interconectando tanto los diversos niveles entre si, como a cada paciente con el nivel asistencial que necesita para cada uno de los problemas que presenta y quizás su participación en la gestión clínica debe hacerse desde el liderazgo de las Unidades. Es preciso establecer protocolos de tratamiento, cuidados y seguimientos comunes e integrados, unos circuitos consensuados y la identificación efectiva de los líderes de proceso. El personal de enfermería debe gestionar la adecuada transición del paciente entre niveles, informando al paciente de cómo relacionarse con el sistema sanitario, canalizando en primera instancia las consultas que se planteen y coordinando la intervención de los distintos profesionales implicados en el tratamiento de estos pacientes (gestión de casos).

Un paciente activo e informado es aquel que entiende el proceso de la enfermedad y sabe cuál es su responsabilidad diaria en el cuidado de su enfermedad y ve al profesional sanitario como una fuente de información y apoyo

Así mismo, entendiendo que no sólo hay que ofrecer a los pacientes el tratamiento adecuado, basado en la aplicación de la mejor evidencia, sino también de un abordaje activo del componente psicosocial del paciente. La enfermera enseña al paciente en la detección de los signos de alarma de descompensación, y le acompaña en la utilización de los tratamientos mediante el trabajo en la adherencia. En caso de descompensación, el paciente puede contactar con el personal de enfermería, de manera que se pueden detectar y tratar lo antes posible las recaídas o reagudizaciones en la enfermedad en caso necesario. Esta labor de supervisión y control de los pacientes debe ser clave también para romper el problema de la inercia clínica, al permitir ajustar los tratamientos y pruebas necesarias para el seguimiento a las necesidades de cada paciente.

Un paciente activo e informado es aquel que entiende el proceso de la enfermedad y sabe cuál es su responsabilidad diaria en el cuidado de su enfermedad y ve al profesional sanitario como una fuente de información y apoyo. En este caso, la enfermera asume el rol de entrenadora a lo largo de su vida. Cuando los pacientes participan activamente en la toma de decisiones sobre el manejo de su enfermedad los resultados que se obtienen son mejores. Los pacientes atendidos por profesionales que adoptan un estilo de práctica «participativo», en el que los pacientes pueden expresar sus opiniones sobre su enfermedad y las alternativas existentes para su manejo, o lo que se ha denominado como «atención centrada en el paciente», son modelos que obtienen mejores resultados.

La diabetes no solo se asocia a una notable utilización de servicios, debido a sus complicaciones a corto y largo plazo, sino que tienen un importante impacto en las personas que las padecen. Varios aspectos de su vida cotidiana, personal, familiar, social y laboral pueden verse afectados, así como su capacidad funcional y calidad de vida. Los cuidados y cambios que estas personas deben llevar a cabo para el control de sus enfermedades dependen directamente del compromiso y la responsabilidad que asuman con su enfermedad. Un factor clave para su compromiso en el autocuidado es su relación con el sistema sanitario basada en la confianza y en la seguridad de que tiene capacidad de elegir.

Para una mejor intervención sobre los procesos de salud-enfermedad, el enfermo crónico ha de ser protagonista activo. Por ello, hay que reorientar la prestación de servicios de salud y hacerlo desde "sistemas centrados en los pacientes". En este modelo, la relación profesional-paciente es un elemento nuclear.

La atención a pacientes crónicos precisa un abordaje flexible, individualizado, adaptando el cuidado de la salud a las distintas fases de la enfermedad

Un factor clave para su compromiso en el autocuidado es su relación con el sistema sanitario basada en la confianza y en la seguridad de que tiene capacidad de elegir

Cuando el paciente percibe que su perspectiva, vivencia y decisiones sobre la enfermedad se tienen en cuenta, su participación y cooperación en el plan de tratamiento son más activas y efectivas.

Este modelo de relación supera las limitaciones tanto del modelo "paternalista", caracterizado porque es el profesional quien toma las decisiones que cree más convenientes para el paciente, y éste último se debe limitar a seguir sus consejos, y en el que es el profesional quien ejerce el control en la relación, y las del modelo "consumista", caracterizado por pacientes más demandantes y asertivos, que ejercen un mayor control sobre el profesional, y que no está basado tanto en la confianza sino en la utilización del servicio como un bien de consumo.

Cuando paciente y profesional trabajan conjuntamente, a través de la relación de confianza, elaborando alternativas y decisiones conjuntas, mejoran tanto la satisfacción de ambos como los resultados clínicos. Este modelo exige comprender cómo los pacientes construyen e interpretan su enfermedad. La información que proporcionan los profesionales ha de adaptarse a las necesidades de los pacientes y producirse en un clima de confianza. Las decisiones relativas al manejo de las enfermedades deben ser congruentes con la perspectiva de los pacientes.

La comunicación efectiva se plantea como una herramienta útil para favorecer la adherencia y mejorar la calidad asistencial. Según la perspectiva del paciente, elementos que facilitarían el proceso de afrontamiento de la enfermedad son disponer de información apropiada, recibir ayuda y apoyo para el cambio, tener confianza en sí mismo, y que se considere la realidad concreta de cada uno de ellos.

La capacidad de comunicar información relacionada con la salud y motivar el deseo y la posibilidad de participar en la toma de decisiones deben considerarse herramientas clínicas básicas. Los profesionales necesitan conocer mejor a sus pacientes y desarrollar capacidades para consensuar, ayudarles en la toma de decisiones y respetarlas. Escuchar, empatizar, explorar, entender, explicar, en definitiva, recuperar el valor de la palabra, es el cimiento sobre el que se asentaría una relación profesional-paciente más efectiva, y estas son las herramientas que utilizan las enfermeras del siglo XXI para mejorar la práctica del cuidado. Situar a los pacientes en el centro del sistema sanitario y conseguir una comunicación efectiva en la práctica clínica y atender sus necesidades percibidas son claves no sólo para una asistencia sanitaria más humana, sino para conseguir sistemas sanitarios más efectivos y eficientes.

Las enfermedades crónicas se gestan y se dan en el escenario de la vida cotidiana y son vividas y padecidas por personas inscritas en un marco existencial.

La información que proporcionan los profesionales ha de adaptarse a las necesidades de los pacientes

Desde esta perspectiva, es necesario identificar y tener en cuenta el punto de vista de las personas afectadas, lo que supone analizar tanto aspectos relacionados con el marco de referencia del paciente como otros relativos al entorno cercano, condiciones de existencia y variables estructurales, como el género o la clase social. Dada esta complejidad, seguir un tratamiento cuando se tiene una enfermedad crónica puede resultar problemático, y exige superar el concepto de "cumplimiento" y pasar al de "adherencia". Tiende a creerse erróneamente que los tratamientos farmacológicos prescritos a los enfermos crónicos son seguidos estrictamente por la mayor parte de los pacientes. Sin embargo, los datos disponibles sugieren la presencia de problemas de cumplimentación y adherencia terapéutica en un porcentaje muy elevado de pacientes.

En el caso de las enfermedades crónicas este problema es especialmente preocupante y motiva un buen número de desestabilizaciones y utilización de servicios de salud. El término adherencia se define como un proceso de cuidado activo y responsable en el que el paciente trabaja para mantener su salud en colaboración con el profesional de la salud sanitario.

Cuando se tiene una enfermedad crónica puede resultar problemático, y exige superar el concepto de "cumplimiento" y pasar al de "adherencia"

Una relación efectiva profesional-paciente sería el producto de una interacción en la que las recomendaciones de los profesionales se ajustan a las características del paciente por el conocimiento que tiene de sus necesidades personales y de su contexto social, cultural o económico. Así, se maximiza la capacidad del paciente de tomar decisiones en función de la información y del apoyo que recibe. La clave es desarrollar mecanismos que permitan pasar del consejo persuasivo al consejo participativo: de forma que se consiga un paciente activo y responsable. El papel del profesional es ser agentes de promoción de la salud para conseguir que los enfermos crónicos asuman responsabilidad por su propia salud. Mecanismos que facilitan este proceso de alianza entre los profesionales y los enfermos son: cooperación, colaboración, consenso y consulta.

La comunicación no solo es el vehículo más básico, sino, posiblemente, el más poderoso que tiene el profesional sanitario. Es el instrumento que permite construir la relación profesional - enfermo y posibilita alcanzar los objetivos terapéuticos. La conversación, el intercambio de información, la transmisión de consejos, permite interpretar la historia del paciente y situar en un contexto sus síntomas y signos. Pero la comunicación no solo tiene que ver con aspectos verbales: la comunicación no verbal es fundamental.

En conjunto, los aspectos verbales y no verbales reflejan la dinámica de una relación que debe servir para satisfacer las necesidades del paciente. Lógicamente, esta relación está determinada por las circunstancias en que se establece, y por los valores sociales y las normas culturales del momento.

De hecho, los pacientes que hacen preguntas, valoran las opciones de tratamiento, expresan opiniones, y plantean sus preferencias, tienen mejores resultados. Los pacientes que perciben que han participado en la toma de decisiones tienen una mayor probabilidad de continuar con el tratamiento a largo plazo. Evidentemente, estos factores son especialmente relevantes en el caso de las enfermedades crónicas, donde el paciente debe asumir una gran responsabilidad para el control de su enfermedad.

Por ello, en las patologías crónicas el éxito del proceso asistencial se basa principalmente en el proceso comunicativo, en que éste sea un verdadero intercambio de información entre profesional y usuario. Los pacientes necesitan saber que los profesionales entienden cuáles son sus problemas, que se les ha hecho un diagnóstico y propuesto un tratamiento que pueden asumir, y que por su parte entienden cuál es su problemática claramente y han participado en la toma de decisiones sobre su salud. Por tanto, la relación paciente-profesional, tiene que basarse en un proceso de comunicación que es algo más que un proceso informativo, es un proceso de empoderamiento.

Hacer avanzar al paciente del rol tradicional pasivo y receptor de cuidados, al de paciente activo y responsable de su propia atención y prevención es un cambio que requiere una transformación importante no solo de la manera de enfocar la asistencia, sino de recursos.

El término adherencia se define como un proceso de cuidado activo y responsable en el que el paciente trabaja para mantener su salud en colaboración con el profesional de la salud sanitario.

El papel del profesional es ser agentes de promoción de la salud para conseguir que los enfermos crónicos asuman responsabilidad por su propia salud.

Además, el grado de la posible participación y responsabilización de pacientes y cuidadores en su atención no tiene por qué ser exactamente el mismo, sino que debe adaptarse a la realidad de cada uno. En cualquier caso, todos los pacientes y cuidadores tienen la oportunidad de participar en su cuidado, existiendo la oportunidad de apoyar a los pacientes en el desarrollo de habilidades específicas y recursos para maximizar su capacidad de auto-cuidado

En un marco de relación como este, entre las interacciones productivas que se deben producir está la valoración no sólo de la situación clínica de los pacientes, sino de sus habilidades para el auto-control y de su confianza en sus capacidades. Además, implica adaptar la gestión clínica al proceso en el que se encuentra el paciente de asumir la enfermedad y sus posibles consecuencias. En este marco, se produce una determinación de objetivos y toma de decisiones compartidas, que constituyen un plan compartido de cuidados. Todo se evalúa de forma periódica a lo largo del tiempo.

En conclusión, el incremento del número de enfermos crónicos y el envejecimiento de la población deben ser un motor de reforma y un llamamiento tanto a los sistemas de salud pública y asistencia sanitaria, a nivel macro, como a los profesionales sanitarios en sus consultas, a nivel micro. Las nuevas propuestas asistenciales que se planteen deben estar basados en marcos conceptuales apropiados, ser multicomponente, y bien evaluados. Los profesionales sanitarios requieren recursos para ofrecer esta asistencia, fundamentalmente tiempo y formación, para poder centrarse más en las necesidades y perspectivas de los pacientes. Atención primaria, en su conjunto, y el personal de enfermería, en concreto, pueden y deben jugar papeles clave en este nuevo modelo asistencial.

La transición epidemiológica y el éxito en la reducción de la mortalidad por enfermedades agudas han dado lugar a una nueva epidemia, las enfermedades crónicas, a la que no podemos hacer frente con los planteamientos con los que se ha dado respuesta a los problemas agudos de salud. Con la reducción de la mortalidad prematura por enfermedades agudas, aumenta la prevalencia de problemas de salud que se acumulan en tiempo. A ello contribuyen, además, los cambios ambientales y en nuestros estilos de vida, que hace que aumente la incidencia de este tipo de problemas. Las enfermedades crónicas son un producto de múltiples influencias en la salud. Ni hay un agente único culpable de la causalidad de las enfermedades, ni la propia enfermedad es un concepto uniforme. Las características de las enfermedades crónicas hacen que estas no puedan abordarse una a una. Requieren un abordaje global e integrado.

Los pacientes que perciben que han participado en la toma de decisiones tienen una mayor probabilidad de continuar con el tratamiento a largo plazo.

Además de los cambios en los modelos sanitarios, tanto desde una perspectiva macro como de una perspectiva micro, es preciso plantear un nuevo modelo de relación entre pacientes y profesionales. Este modelo de relación debe reconocer que en las enfermedades crónicas es esencial y clave la participación de los pacientes en las decisiones y control de su enfermedad. Según las palabras de Pablo Freire, se trata de "educación que busca desarrollar la toma de conciencia y la actitud crítica, gracias a la cual el sujeto escoge y decide, liberándolo, en vez de someterlo, de domesticarlo, de adaptarlo".


La clave de la relación efectiva entre paciente y profesional es la comunicación eficaz a través de una escucha activa por parte del profesional, que permite conseguir un intercambio real de información para comprender la dolencia y que se dé mejor respuesta a las necesidades y expectativas del paciente.

Además, la participación de manera activa del paciente en el encuentro clínico también contribuye a la comprensión de la información, a incrementar su satisfacción y la confianza en el médico, y resulta positivo desde el punto de vista de la adherencia y la efectividad de los tratamientos.

La relación efectiva es el producto de una interacción que maximiza la capacidad del paciente de tomar decisiones en función de la información y del apoyo que recibe. La consecuencia de una relación efectiva es el empoderamiento del paciente y la mayor y mejor responsabilidad del paciente en el cuidado de su enfermedad.

**La relación paciente-profesional,
tiene que basarse en un proceso de
comunicación**

En, definitiva, se trata de un modelo relacional que rompe la asimetría de la relación paciente-profesional reconociendo la existencia de dos expertos que intercambian información: uno, el profesional, experto en la enfermedad, el otro, el paciente, experto en vivir con la enfermedad.



Pasando a la Acción

Experiencias Prácticas Locales



1. Estrategia de Atención al Paciente Diabético en el Departamento de Salud de Alicante – Hospital General.

*Cedido por José Ramón González González.
Director de Enfermería de Atención Primaria.
Departamento de Salud de Alicante-Hospital General*

Objetivo General:

Desarrollar un Protocolo Unificado de Atención al paciente crónico con DM

Método:

- Realización Jornadas de Trabajo con participación de profesionales de enfermería de A. Especializada y Atención Primaria
- Creación de la Unidad de Referencia en DM del Departamento de Alicante – Hospital General

Resultado:

“Protocolo Unificado de Atención al paciente crónico con DM”

Ejemplo 1:

Programa de Educación Diabetológica

Duración 6 meses, estructurado en 10 sesiones de 30-60 minutos cada una y concebido como una actividad cerrada y a la vez flexible con un principio y un final.

Objetivo:

Utilizar un patrón de enseñanza que genere pacientes responsables e independientes en su autocuidado, basándose en un modelo negociado entre paciente (alumno) y formador (profesional sanitario) que reconoce que las personas tienen el control y la responsabilidad diaria sobre el cuidado de su salud.

Método:

Proceso educativo cerrado

Con un inicio y un final, en cuyo recorrido se abordarán todos aquellos aspectos teóricos y prácticos relacionados con el cuidado de la diabetes y que el paciente necesita dominar para el manejo adecuado de su patología.

Una vez finalizada la educación, el diabético debería ser apto para ejercer de forma independiente el autocuidado.

Proceso educativo flexible

Se determinará la duración del programa y de las distintas sesiones que lo componen, así como la organización de los contenidos y la elección de los materiales educativos de apoyo en función de las características y el perfil del paciente (la educación concebida desde la individualización), así como de la disponibilidad de tiempo del profesional de enfermería y la estructura organizativa de cada centro de Salud.

Alta del Programa – Seguimiento

Al ser dado de alta del programa se establecen sesiones grupales de seguimiento cada 6–12 meses para:

- El refuerzo de conocimientos en caso necesario
- Para la resolución de dudas

Ejemplo 2: Protocolo de detección precoz retinopatía diabética

Objetivo:

Detección precoz de retinopatía diabética

Método:



Resultados:

PACIENTE:

- Accesibilidad y Comodidad
- Rapidez y sencillez de la Técnica
- Relación con su profesional de referencia

PROFESIONAL DE AP:

- Información más directa sobre las complicaciones del paciente.

- Enfermera y Médico de AP "mejor informados"
- RNPD directamente relacionada con mal control metabólico (indicador)

DEPARTAMENTO SANITARIO:

- Derivación selectiva de pacientes (26%)
- No derivación de pacientes con Fondo de Ojo "Normal" (74%)

Dentro de este nuevo diseño en la estructura organizativa, una de las nuevas figuras creadas es la del Director de Continuidad Asistencial.

2. La Gestión Transversal – El Director de Continuidad Asistencial Área Única de Salud de la Comunidad de Madrid – Atención Primaria

*Cedido por M^a Ángeles Rodríguez Martínez
Directora Asistencial Enfermera D.A.Este -
Gerencia de Atención Primaria*

Objetivo:

Promover la continuidad en la asistencia de los pacientes entre AP-AE como medio para garantizar la seguridad en la atención, la eficiencia del sistema y la satisfacción de usuarios y profesionales. Generar una cultura de trabajo conjunto y coordinado.

Método:

Establecer un vínculo, relación y compromiso entre el Hospital y AP y una resolución coordinada entre AP y AE de los procesos asistenciales.

Crear redes de médicos de familia y médicos de AE, de administrativos de UNAD y administrativos de Admisión de los hospitales y de enfermeros de AP y AE, que trabajando juntos con unos mismos objetivos, sean las unidades operativas que constituyan el germen de la continuidad asistencial.

Colaborar activamente en los foros de participación del hospital (reuniones de gerentes y jefes de servicio) y de AP (Consejos de Gestión). Participar en las Comisiones de Uso Racional del Medicamento y liderar, junto con los Directores Asistenciales de AP, las Comisiones AP- Hospital

Hacerse presente en los servicios hospitalarios y en los centros de salud, favoreciendo el acercamiento entre profesionales de los dos niveles, planificando objetivos conjuntos a corto y medio plazo, que faciliten una atmósfera de respeto profesional y de unidad respecto a la misión conjunta.

Resultados:

El Área única de Salud de la Comunidad de Madrid tiene una implantación reciente de apenas 6 meses, los resultados comenzarán a evaluarse.

3. El Endocrino Virtual – Área de Salud de Tenerife

*Cedido por José Miguel de Armas Felipe
Director de Enfermería – Gerencia Atención Primaria Tenerife*

Objetivo:

Crear un sistema de comunicación eficaz para la atención a la patología endocrinológica, teniendo en cuenta que la diabetes constituye uno de los problemas de salud crónicos más prevalentes en nuestro medio.

Método:

Para poner en marcha el proyecto, se extendió el uso de la Historia Clínica Electrónica (HCE) Drago AP de Atención Primaria (AP) al Servicio de Endocrinología del HUNSC, creando una agenda específica para la consulta virtual. Los médicos participantes que desean consultar generan una cita en dicha agenda, no existiendo criterios específicos para hacerlo. El endocrinólogo tiene acceso así a la historia del paciente pudiendo resolver el caso en la misma historia o citar al paciente de modo priorizado. El compromiso es responder a las 24 horas de la cita que se generó, siempre por escrito y contactar con el paciente si requiere ser visto para informarle de la cita.

Resultados:

Entre noviembre 2008 y octubre 2010 se generaron 2141 consultas virtuales por parte de 249 médicos de AP, que fueron respondidas por 4 endocrinólogos. El 51% del total se resolvieron virtualmente y el 49% generaron una cita de forma priorizada. La patología más consultada fue la diabetes seguida de los problemas tiroideos. Los profesionales refieren que este proyecto da respuesta inmediata a los problemas que plantean y la demora de los pacientes que requieren ser vistos ha disminuido desde 245 días en noviembre 2008 a 14 en octubre de 2010.

Conclusiones:

La consulta virtual de endocrinología se ha mostrado eficaz como sistema de comunicación entre niveles, tanto por su porcentaje de resolución como por su impacto en la espera, a la vez que mejora las habilidades de los médicos de AP en el manejo de estas patologías

4. Continuidad Asistencial a niños con diabetes en el Ámbito Territorial de Barcelona Ciudad: Hospital Vall d'Hebron – Atención Primaria

*Cedido por Clara Sala Álvarez
Enfermera adjunta a dirección. Servicio de Atención Primaria Muntanya-Dreta,
Àmbit Barcelona, ICS.*

Objetivos:

- Integrar los niveles asistenciales garantizando la continuidad en los cuidados al niño con diabetes, estableciendo alianzas y estrategias de coordinación
- Integrar estrategias de concienciación de los profesionales
- Optimizar recursos a través de la gestión
- Detectar las situaciones de niños con diabetes en un entorno familiar con poca capacidad de cuidado y activar los recursos necesarios para modificar la situación y mejorar su calidad de vida
- Involucrar en los cuidados a la familia y la escuela

Método:

Reuniones de trabajo conjuntas hospital-primaria donde se consensúa:

- Material para educación sanitaria (niño, familia y cuidadores de la escuela)

- Informe de continuidad asistencial
- Circuito de coordinación y determinación de competencias profesionales de los distintos ámbitos territoriales (primaria-hospital)
- Definición de indicadores
- Revisión bibliográfica que ha permitido organizar propuestas basadas en las necesidades

Resultados:

- Programa educativo que refuerza la educación sanitaria de los cuidadores (familia y escuela).
- Circuito de coordinación asistencial territorial que mejora la información y seguimiento del niño con diabetes, especialmente en el momento del debut y en las situaciones de descompensación
- Creación de un nuevo espacio de trabajo compartido entre profesionales de Atención Primaria y del Hospital que permite la interrelación de éstos orientada a la mejora del abordaje del niño con DM y su entorno

5. Aula Permanente para La Salud – Grupos de Ayuda Mutua (GAM) Unidad de Gestión Clínica Huerta de la Reina Distrito Sanitario Córdoba

*Cedido por Beatriz Méndez Serrano
Coordinadora de Cuidados de la UGC Huerta de la Reina*

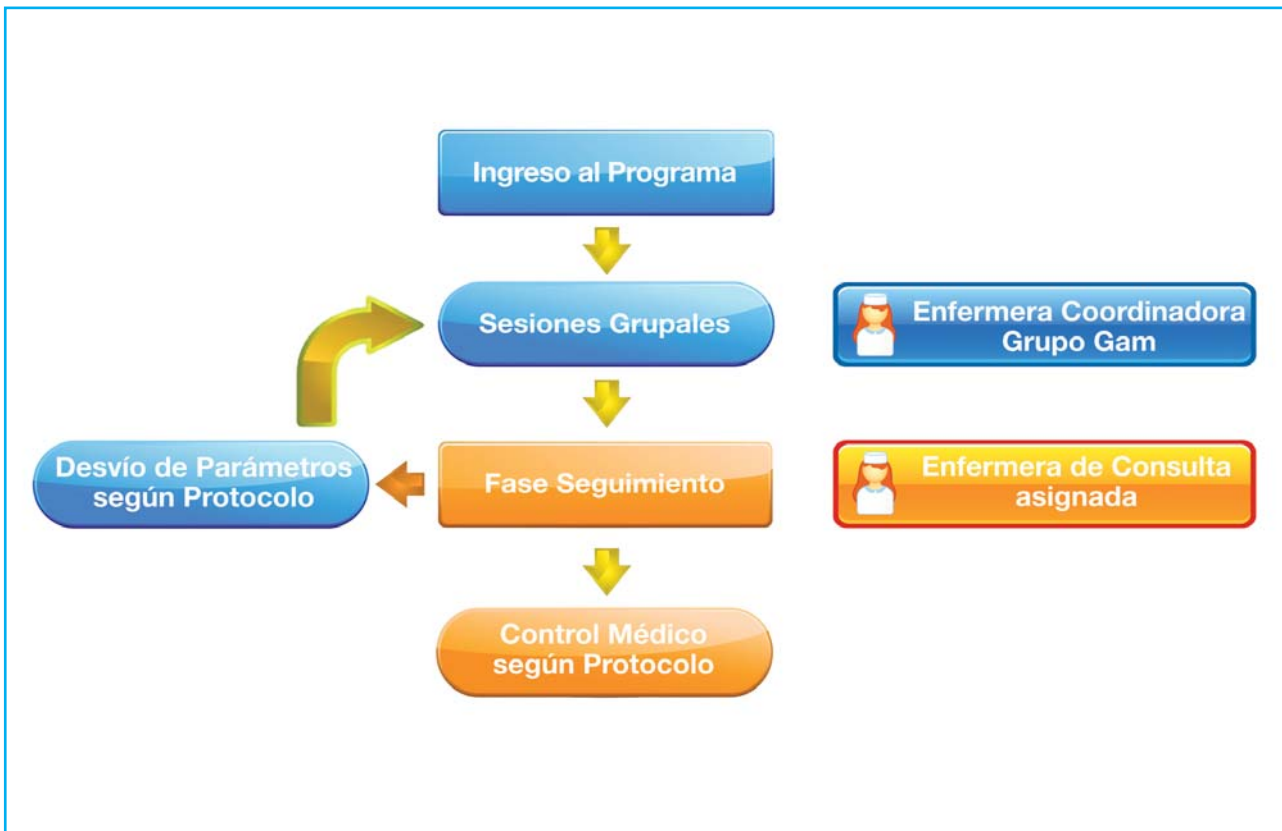
Objetivos:

- Reforzar conocimientos para los cuidados
- Optimizar actuaciones entre usuarios y profesionales
- Potenciar los autocuidados
- Crear grupos para la ayuda mutua
- Captar personas para formalizar “Agentes de Salud”
- Crear una red de personas que colaboren en la difusión de actividades

Método:

- GAM: Grupos de ayuda mutua para personas con diabetes

- Talleres realizados por profesionales: Médicos y Enfermeros
- Metodología del Taller: Se incentiva a los participantes a compartir información, ideas, preocupaciones y conocimientos en cada tema, a tomar control del proceso de aprender y compartir
- Fases:
 - Ingreso al programa
 - Sesiones iniciales
 - Plan de seguimiento: consulta de enfermería, según evolución metabólica puede volver a ingresar al GAM



Resultados:

- Se valoran diferentes parámetros de seguimiento: Peso, HbA1c entre otros
- Si bien en un primer corte se ha hallado una sustancial mejoría de parámetros (fundamentalmente IMC y HbA1c) el inicio es menor de 6 meses y, el objetivo del proyecto es medir el impacto de las intervenciones a largo plazo, se necesita mas tiempo para evaluar las mismas

6. Unidad de Hospitalización Hospital Universitario Central de Asturias – Oviedo

*Cedido por Sara Maroto Cueto
Supervisora de Área Logística y Calidad*

Objetivo:

Disminuir las complicaciones agudas y crónicas, a través de un cambio en el modelo de gestión del paciente

Método:

Pacientes:

- Programa estructurado de educación terapéutica del paciente y su entorno (familia, cuidadores...) a través de programas individuales y/o grupales
- La educación terapéutica es realizada por dos enfermeras educadoras en diabetes

Profesionales:

- Programa de Formación de Formadores en Atención Primaria, para asegurar la comunicación homogénea y la adecuada utilización del Programa Clave de Atención Interdisciplinar (PCAI) en diabetes

Resultados:

- Se ha conseguido una reducción tanto de los ingresos como de los días de estancias
- Cuando se inició el programa (año 2003) la estancia media dividida por rangos de era: 0 - 35 años 8.9 días y > de 36 de 6.8. En el año 2010 la estancia media se redujo prácticamente en tres días para < de 35 años (6.2) y de un día para > de 36 (7.9)

7. Un Nuevo Método para la Evaluación de Equipos de Atención Primaria: Experiencia de Nueve años (2001-2010) en el Área de Salud Toledo

*Cedido por Javier Carrasco
Director de Enfermería – Gerencia de Atención Primaria de Toledo*

Objetivo:

Diseñar y poner en marcha un nuevo método de evaluación de Equipos de Atención Primaria (EAP) en nuestro Área de Salud, mediante la obtención de un indicador que sintetice tres aspectos fundamentales: volumen de actividad, calidad y coste.

Método:

Aspectos diferenciadores:

- Utiliza un índice sintético de eficiencia
- Además de Cartera de Servicios, valora actividad a demanda, formación, docencia e investigación
- Da mayor peso a la calidad
- Utiliza indicadores de calidad desconocidos previamente
- Aplicación a nivel de EAP e individual

Fórmula del índice sintético:

$$\text{EFICIENCIA} = (\text{PRODUCCIÓN} / \text{RECURSOS} \times \text{CALIDAD}) / \text{GASTO}$$

La PRODUCCIÓN incluyó: actividad en cartera de servicios, en consultas y domiciliaria, formación, docencia e investigación. Cada variable se puntuó según tiempos de realización (fijados con antelación) y posterior ponderación.

Como RECURSOS se consideraron el número de profesionales del equipo.

La CALIDAD se obtuvo de la evaluación de criterios desconocidos previamente y diferentes cada año, intentando que fueran criterios de resultado.

Para medir el GASTO utilizamos el gasto medio por habitante ajustado por porcentaje de pensionistas.

Tras la evaluación anual se hacen reuniones con cada uno de los EAP, presentándoles sus resultados comparándolos con los del Área.

Se aprovecha la evaluación de calidad para poner en marcha ciclos de mejora en aquellos EAP con resultados muy desfavorables.

En función de los resultados de Área, se procede a reevaluar en años posteriores.

Conclusiones:

La aplicación de este método, aún con sus limitaciones, consigue una mayor objetividad en la evaluación de los profesionales de AP, considerando la mayor parte de las actividades que estos realizan en su jornada laboral y dando mayor protagonismo a la calidad de la asistencia, sin olvidar el coste.

En general, pensamos que este sistema es mejor aceptado por los profesionales que el que se venía realizando, aunque estamos pendientes de contrastar esta opinión a través de una encuesta a los profesionales.

8. Mejora de la Gestión centrada en el Paciente: Osakidetza

*Cedido por María Luz Peña González
Subdirección de Asistencia Sanitaria*

Objetivo:

Mejora de la Gestión centrada en el paciente crónico, basada en la mejora de la gestión de recursos, en la calidad de la atención, la seguridad del paciente, las alternativas a la hospitalización tradicional, la promoción de la salud, la formación de las personas para avanzar en el autocuidado.

Método:

Marco Teórico:

- La gestión clínica se basa en la Guía de Práctica Clínica de la diabetes, editada por el Ministerio de Sanidad y elaborada por profesionales de la Comunidad



Formación

- Profesionales: Se realiza la formación de profesionales basada en la Guía de Práctica clínica (presencial + e-learning)
- Pacientes: formación de Pacientes, para que a su vez ellos mismos formen a otros pacientes (Paciente Activo)

Control del gasto:

- Gestión de Consumos
- Contrato de Gestión Clínica con profesionales
- Prevalencia de Diabetes

Nuevos Enfoques:

- Papel de Enfermería: en fase piloto, se están midiendo diferentes roles de enfermería en la gestión del paciente crónico
- Desarrollo de Telemedicina, aplicación de nuevas tecnologías en seguimiento de patologías crónicas
- Estudios de Investigación que orienten a nuevas prácticas (Prescribe Vida Saludable, DEPLAN, Batera zainduz.
- Estrategia de tabaquismo "Euskadi libre de humo de tabaco", con lo que se garantizará la oferta de deshabituación en toda las Comarcas sanitarias

- Diseño de un plan de Actividad Física para todo Euskadi, de momento en fase de diseño, interviniendo desde servicios sanitarios, deportes, ayuntamientos, diputaciones

Resultados:

Evaluación de Resultados:

- El registro de datos en la historia se realiza a través herramienta informática OSABIDE-AP
- La evaluación de los indicadores de medición se extraen y a través de estos se configura la Oferta Preferente, que es la base de medición para todos los centros de salud

Las actuales intervenciones puestas en práctica recientemente, requieren un mayor tiempo de medición para contar con más datos.

- Los incentivos que se plantean en los contratos de gestión clínica están basados en la ejecución por parte del equipo de profesionales de cada Centro de Salud, donde el Jefe de Unidad de Atención Primaria gestiona su distribución entre los profesionales
Incentivos: días libres, cursos de formación y/o actualización, material fungible.

9. Unidades de Gestión Familiar – Aulas de Salud: Formación en Autocuidado para Profesionales y Pacientes Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria

*Cedido por Milagrosa Medina Pérez
Dirección de Enfermería de Atención Primaria*

Objetivos:

Implementar diferentes estrategias de Educación Terapéutica

Método:

Pacientes:

Unidades de Gestión Familiar: se gestiona el caso del paciente entre el médico, la enfermera, el auxiliar administrativo y el paciente con el fin de buscar el mejor plan terapéutico y qué profesional aporte más valor en cada parte de su proceso (citas, adiestramiento, tratamiento farmacológico, etc).

Aulas de Salud - Grupos de Educación Grupal: abordaje individualizado inicial y abordaje familiar posterior.

- Programa de educación grupal a pacientes y familiares con DM. Existe un apoyo metodológico desde Programas Asistenciales con unidades didácticas y material específico
- Programa de educación para pacientes árabes y sus familiares: Talleres de formación específico, incluyendo alimentación mediante productos etiquetados con calorías. Análisis de valores y creencias, con apoyo de un mediador para las dificultades de idioma. Elaboración de un CD de apoyo en árabe

Difusión a través de emisoras de radio local: sobre la DM y la co-responsabilidad en el uso de los sistemas sanitarios.

Profesionales:

Formación de profesionales en el abordaje del Autocuidado: a los profesionales les cuesta cambiar la tradicional aproximación paternalista. Los cursos se enfocan en desarrollar habilidades para potenciar el autocuidado: entrevista, valores y creencias, necesidades, pactos terapéuticos individualizados y negociación.

Esta es una línea estratégica de la Dirección de Enfermería, donde se ha comenzado con sensibilizar a los profesionales con la importancia de que el usuario potencie su autocuidado.

Estrategia de promoción y divulgación de iniciativas: para motivarlos y dar valor a las iniciativas que se implantan, evitar el agotamiento profesional, motivar al cambio a otros profesionales y que las experiencias no sean aisladas.

Motivación a través de los resultados en pacientes: evaluar el trabajo para ver si existen resultados "en salud" con los pacientes.

Resultados:

En relación a la implantación de estas Unidades se han realizado valoraciones cualitativas con resultados altamente satisfactorias tanto por parte de los usuarios como de los profesionales.

La formación en el abordaje del Autocuidado, es una línea estratégica y se ha logrado que el 70% de la plantilla de profesionales haya recibido entrenamiento.

10. Interrelación Atención Primaria-Especializada: Programa "Cribado de Retinopatía Diabética en Atención Primaria"

*Cedido por Feliciano Motilla López
Departamento de Salud-5-Valencia. Clínico-Malvarrosa.
Dirección de Enfermería de Atención Primaria. Miembro de ANDE*

Objetivos:

- Dar un respuesta adecuada, a las necesidades de salud, actuales y futuras, a la población diabética del Dpto-5 de Salud, por medio de la actuación coordinada entre todos los recursos de los profesionales disponibles
- Favorecer el acceso cómodo y ágil a todos los pacientes diabéticos en este programa de Salud
- Establecer actuaciones de cribado en pacientes crónicos
- Potenciar accesibilidad población diabética

Método:

Priorización-Criterios:

Indicación:

- > 10 años evolución enfermedad
- Mal control metabólico: HbA1c.>7,5
- HTA y mal control
- Nefropatía diabética

No indicación:

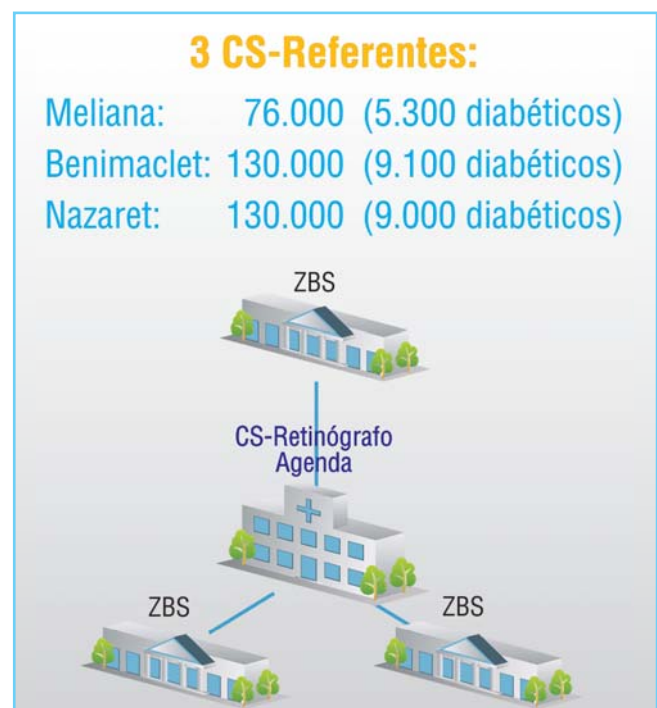
- RD control Oftalmología
- Demencia avanzada, enfermedad Psiquiátrica ó Neurológica grave
- Pacientes terminales
- Rechazo voluntario de la técnica

Técnica Diagnóstica:

Retinografía no midriatica

- Las retinografías (fotografías de la retina) se realizan habitualmente con una cámara no midriática que tiene la ventaja teórica de evitar la dilatación pupilar gracias al sistema de enfoque con infrarrojos
- Se trata de una prueba de despistaje para identificar pacientes con retinopatía diabética
- Es una prueba sencilla, coste-efectiva, segura y muy cómoda para el paciente

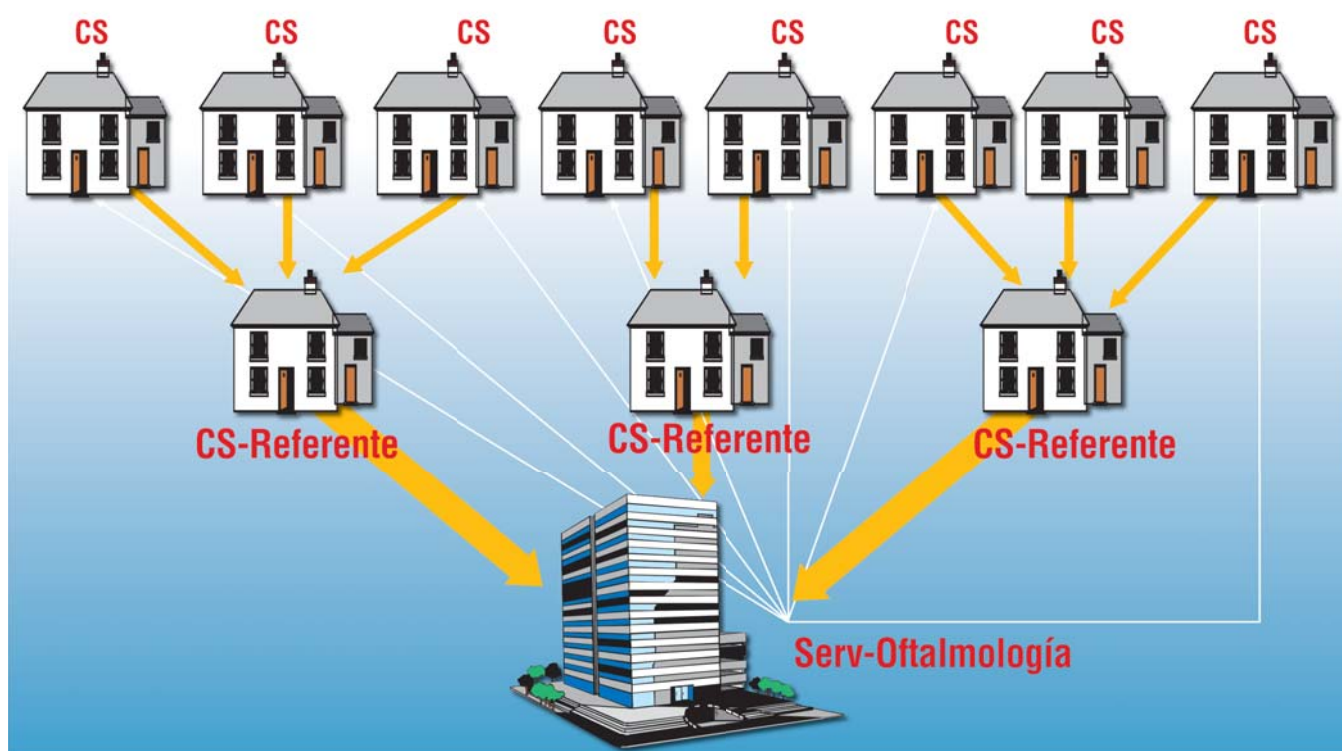
Centros Participantes



Estructura organizativa:

- Todas las auxiliares de enfermería participan en el proyecto a la vez
- Funciones, tareas, actividades y responsabilidades
- Analizar el contexto de su actuación con respecto a su formación y motivación
- Formación en utilización retinógrafo

Derivación de imágenes:



Resultados - Conclusiones

- La realización de retinografías con cámara no midriática es una técnica de fácil aprendizaje
- El cribado organizado utilizando la imagen digital con una cámara no midriática y personal Auxiliar adiestrado ofrece mejores resultados que los métodos tradicionales
- Facilita la detección de retinopatía de alto riesgo
- Permite captar pacientes de riesgo poco cumplidores
- Preserva la visión, mejora la calidad de vida del paciente
- Muy buena relación coste-efectividad
- Potencia la interrelación Atención Primaria-Especializada
- Facilita la extensión asistencial a áreas de gran dispersión geográfica

11. Sistema Logístico Integral Sanitario Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol – Málaga

*Cedido por Francisco Gutiérrez Díaz
Responsable de Compras y Logística*

Objetivos:

- Implantación de un sistema logístico integral sanitario en el área de la Agencia
- Liberar de esta tarea al personal asistencial
- Profesionalizar la actividad del personal logístico
- Lograr mayor eficiencia
- Medir resultados

Método:

- Creación de un centro logístico único que provee los recursos materiales a los almacenes de las unidades hospitalarias a través de los servicios generales de la Agencia
- Rediseño logístico estructural para la optimización de los recursos: espacios y orden de los almacenes, control y gestión de stocks, obsolescencia/caducidad de artículos, gestión de demanda/pedidos, distribución del material, etc.

- Se utilizan indicadores del proceso para medir resultados
- En relación a la gestión medio ambiental se realiza en todos los almacenes una logística inversa, es decir, todos los embalajes, cajas, plásticos, etc son retirados por la misma empresa de distribución para su adecuada eliminación

Resultados:

- Reducción de 30% stocks tanto del Centro logístico como de los almacenes de las unidades
- Se lograron reducir un 34% las roturas de stocks
- Se ha incrementado el nivel de satisfacción de nuestras unidades clientes en un alto porcentaje, logrando una valoración global de 8.6 sobre 10
- Se ha logrado gestionar las alertas sanitarias de forma inmediata

12. Gestión de la Diabetes – Estructura Multinivel Centro de Salud Beraun. Guipúzcoa – Osakidetza

*Cedido por C. Inmaculada Sánchez Martín
Cargo: Jefe de Unidad de AP de Beraun,
Rentería. Comarca Guipuzcoa Este*

MICRO-GESTIÓN

Objetivos - Metodo:

Enfermera Gestora de Continuidad:

- Garantizar la continuidad de la asistencia. Garantizar que el plan de Seguimiento y Cuidados, tras el alta, se ha instaurado
- Orientar las consultas. Servir de enlace con los demás agentes sanitarios y socio-sanitarios
- Gestionar las necesidades socio-sanitarias del paciente y cuidador
- Valoración del riesgo social y necesidades, etc.

Paciente Activo: a través de grupos de intervención se promueve la corresponsabilidad y el autocuidado. Los pacientes expertos, entrenan a otros pacientes en sus auto-cuidados.

MESO-GESTIÓN

Objetivo:

Cambio en los circuitos y modos de obtención de cita para mejorar el acceso en los Centros de Salud:

- Página Web
- Call-Center

Método:

Modificaciones en oferta para ajustar la demanda.

Nuevos Procedimientos

Agenda

- Cita telefónica
- Cita administrativa
- Gestión de indemorables sin cita

Nuevas competencias en las áreas administrativas:

- Gestión de la información
- Redimensionamiento de la demanda hacia consultas adecuadas a las necesidades
- Gestión de la demanda de informes

MACRO-GESTIÓN:

Desarrollo nuevas estrategias para el abordaje de pacientes crónicos

Objetivos:

- Reorientación y mejora de la oferta y resultados
- Calidad asistencial (Gestión Clínica)
- Eficiencia:
 - Gasto (Formación y Gestionable)
 - Consumo de recursos
 - Resultados
 - De mejora

13. Uso Racional de Tiras de determinación de Glucemia en Atención Primaria

Servicio de Farmacia de Atención Primaria de Guadalajara

*Cedido por: José Manuel Paredero
Farmacéutico de Atención Primaria*

Objetivo:

Proporcionar a los profesionales sanitarios un instrumento de ayuda para el control y uso racional de tiras de determinación de glucemia

Método:

Se diseña una aplicación informática que permita cargar los datos de pacientes ambulatorios diabéticos del área, indicando unos mínimos datos personales: código CIP, tipo de diabetes, tratamiento prescrito, pauta de autocontroles, consumo de tiras al mes y marca.

El personal de enfermería se encarga de introducir, actualizar y mantener los datos de los pacientes diabéticos existentes y debutantes.

La asignación de tiras se hace según los criterios del Programa de Atención Primaria para Diabéticos del Servicio de Salud. El paciente recoge sus tiras en el centro de salud y su enfermera comprueba las cantidades asignadas. Semanalmente, los farmacéuticos de primaria descargan y analizan la información sobre pedidos generados y asignaciones de tiras en cada centro solicitante, detectando fácilmente anomalías o datos incorrectos de petición.

Resultado:

Participan los 30 centros de salud del área (100%). La prevalencia estimada de diabetes en nuestra comunidad autónoma del 10%. Están registrados 6.650 pacientes usuarios de tiras (2,93% del total, 51,38% hombres, 48,62% mujeres) cuyo perfil es:

- Tipo 1: 2.467 (55 menores), 52,93% hombres; 47,03% mujeres
- Tipo 2: 3.918 (6 menores), 53,90% hombres; 46,09% mujeres
- Gestacional: 267

Tratamiento:

- Insulina: 2.802 (42,13%)
- Antidiabéticos orales: 3.064 (46,07%)
- Insulina + antidiabéticos orales: 252 (4%)
- Dieta: 532 (8%)

Con la aplicación logramos gestionar los recursos y saber si los pacientes reciben las tiras para el autoanálisis que le corresponden, el perfil del paciente demandante y su patología, evitando stocks y caducidades innecesarias, aportando información muy valiosa sobre la utilización de este recurso. La comparación entre los pacientes adheridos al programa y la prevalencia esperada permite estudiar el control de la enfermedad en el área.

14. Estructura de Gestión – Hospital Costa del Sol – Málaga Agencia Sanitaria Costa del Sol

*Cedido por Marta Aranda Gallardo
Responsable de Unidad de Enfermería*

Objetivos:

Disminuir las complicaciones agudas y crónicas

Método:

Macro-gestión:

- Plan Integral de diabetes en Andalucía
- Proceso integrado de diabetes tipo 1 y tipo 2

Meso-gestión:

- Gestión por competencias profesionales: se utiliza un modelo de competencias profesionales que abarca desde el proceso de selección de personal, hasta la compensación de incentivos al estar ligado a objetivos, así como la regulación de los cambios de servicio de enfermería

Micro-gestión:

- Programa educativo básico: (incluido en el plan de cuidados del diabético) para debuts o descompensaciones diabéticas durante el episodio de hospitalización

- Programa educativo avanzado: en consulta de Enfermería que ofrece educación individual y grupal a pacientes DM tipo 1 y 2, sus familiares y cuidadores

Meso / Micro:

- Potenciación del papel de la enfermera gestora de casos y la continuidad de cuidados
- Con 2 herramientas:
 - Generación de informes de continuidad de cuidados
 - Remisión a enfermera gestora de casos comunitaria
- Planificación de altas compleja conjuntamente entre supervisora de especializada y enfermera gestora comunitaria

Resultado:

- Durante el año 2010 el Programa Educativo Avanzado a cubierto a una población de 315 pacientes, los cuales se encuentran enrolados en el Plan de Continuidad

15. Autonomía de Gestión en un Equipo de Atención Primaria – Barcelona ICS (Institut Català de la Salut)

*Cedido por Gloria Molins Pérez,
Coordinadora de Gestió del Baix Llobregat Centre*

Objetivos:

Autonomía de Gestión en un Equipo de Atención Primaria Gestión orientada a una política integral de salud y a una revisión de la organización del modelo sanitario.

Método:

Gestión Sanitaria en base a una cuenta de resultados, en un mercado mixto de competencia planificada y regulada, diversificación de proveedores y descentralización de servicios.

Ingresos:

- Contrato Programa CATSALUT (Comprador del sistema) por población adscrita
- Facturación a terceros
- Convenios
- Cartera de Servicios Adicional

Gastos:

- Personal (Fijo + Variable)
- Gasto (energías, material sanitario, etc)
- Productos intermedios

Se evalúa el estándar de la calidad asistencial

El estándar de calidad asistencial está formado por una serie de indicadores sobre enfermedades prevalentes en atención primaria, relacionados con el tratamiento, grado de control o actividades a realizar.

Estos indicadores presentan distintas ponderaciones, la suma de las cuales va de 0 a 1000 puntos.

Algunos ejemplos:

- Tratamiento con antiagregantes en pacientes con IC
- Grado de control de HTA y Diabetes en pacientes en prevención secundaria
- Cribaje del hábito alcohólico en pacientes de 35-75 años

Hay indicadores de adultos, de pediatría, de odontología y de trabajo social.

Los indicadores se crearon con la participación de profesionales de atención primaria. Se crearon dos grandes grupos (adultos y pediatría) que pidieron a profesionales crear objetivos e indicadores sobre las patologías más frecuentes o con mayor problemática.

Posteriormente, diferentes grupos priorizaron y modificaron algunos objetivos. Cada año ha tenido pequeñas modificaciones a partir de las aportaciones y sugerencias de profesionales de todo el territorio.

Este año 2011 se ha iniciado un proceso de reforma más profunda, volviendo a crear grupos de expertos y se ha pedido a profesionales que indiquen objetivos e indicadores sobre aspectos concretos de la atención en la consulta a partir de patologías y motivos de consulta más prevalentes.

Resultados:

A partir de las puntuaciones de todos los equipos de atención primaria del ICS en cada uno de los indicadores se calcula el percentil 20 y el percentil 80. Si los valores están por debajo del percentil 20 no se obtiene ningún punto en ese objetivo. Si están en el percentil 80 o superior se obtiene el máximo de puntuación para ese objetivo.

Entre el percentil 20 y el 80 se calcula de manera continua.

Como interesante cabe destacar que se calcula el resultado, no sobre pacientes registrados con la patología en cuestión, sino sobre la prevalencia esperada (número de casos esperados según pirámide poblacional calculados a partir de todos los equipos de Catalunya).